

Année 2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

SEGUIN Arthur

Né(e) 13/08/1993 à Angers (49)

Facteurs de risque de la perte de suivi chez les sujets âgés

Présentée et soutenue publiquement le **21 octobre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE, gériatrie – Tours

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT, médecine interne – Tours

Docteur Jean CAPSEC, santé publique – Tours

Docteur Florence DUPRIEZ, gériatrie – Orléans

Docteur Jacques-Alexis NKODO, psychiatrie – Tours

Directeurs de thèse : Docteur Jacques-Alexis NKODO, psychiatrie – Tours et Docteur Jean CAPSEC, santé publique – Tours.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements :

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Bertrand Fougère, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous remercie pour votre écoute, vos conseils et pour l'intérêt que vous avez porté à me permettre d'étudier ce qui me plaît tout au long de mon internat.

À Messieurs les Docteurs Jean Capsec et Jacques-Alexis Nkodo, pour avoir dirigé cette thèse. Merci de vos conseils très précieux, de votre disponibilité, mais aussi de votre soutien constant, répété et infiniment nécessaire tout au long de ce travail.

À Madame le Docteur Florence Dupriez, pour avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre bienveillance pendant mon stage à l'UPOG d'Orléans et de m'avoir fait tant découvrir en gériatrie.

À Monsieur le Professeur François Maillot, pour avoir répondu à ma demande au pied levé. Merci pour votre compréhension et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À mes amis :

À Hélène, Nicolas et Paul, merci. Merci d'avoir été là depuis mes premiers pas à Tours, mes premiers pas dans l'internat. Je n'aurais jamais pensé devenir si proche si vite avec des gens rencontrés si tard et pourtant j'ai tellement de chance de vous avoir dans ma vie.

À Diane, pour ta bonté et ta vision humaine de la médecine qui nous pousse toujours à nous remettre en question.

À Léa et Céline, pour votre humour et tous vos conseils. Vous êtes devenus de vrais exemples et j'ai énormément appris de vous pendant et depuis ces 6 mois au CHU. Je garderai toujours en mémoire les matins arrivés en avance dans le service avec Céline pour dicter nos courriers avec le combo muffin et café, ainsi que la bravoure de Léa à protéger les reins de ses patients.

À Jad, sans qui mon stage à l'Ermitage aurait été probablement bien triste. Merci pour ta bonne humeur et ton amitié.

À Gabin, David, Amélie et Ophélie, pour tous ces moments partagés, toutes ces aventures vécues ensemble pendant notre externat. J'espère repartir en voyage avec vous bientôt, le Panama est passé trop vite. Vous êtes des personnes magnifiques et vous deviendrez de super médecins.

À Florian, Tom, Pierre-Marie, Rémi, Victor, Jean-Philippe, Raphael, Arnaud, Marie, Élise et Mathilde, pour le bol d'air frais que je prends quand on se retrouve. « Les copains d'avant », comme une grande famille et nos réunions sont un bonheur immense.

À Lola, ma gendarmette. Tu as toujours été là, depuis le tout début et je ne t'en remercierai jamais assez. Ton humour et ta force de caractère m'ont toujours impressionné et chaque jour qui passe me prouve à quel point tu es une personne formidable et quelle chance j'ai que tu sois ma meilleure amie.

À ma famille :

À mes parents, mes frères et mes sœurs, pour tout. Tout ce que vous avez fait pour moi, et ça veut dire tant de choses. Merci pour votre soutien et votre amour que j'espère vous rendre au centuple.

À Anna, pour que tu sois nommée dans au moins une thèse dans cette famille.

À mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines, pour être toujours prêts à fêter mes réussites.

À Michael. Tu sais que sans toi rien de tout ça n'aurait été possible. Merci d'être mon fan numéro 1, mon confident, ma raison et ma folie. Tu as su me motiver à aller dans la bonne direction malgré tous mes doutes, et je sais qu'à tes côtés tout ira toujours bien.

Résumé :

Facteurs de risque de la perte de suivi chez les sujets âgés.

Introduction : l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées est d'une importance capitale. Des facteurs de risque de perte de suivi sont retrouvés dans la littérature mais sont peu spécifiques du sujet âgé. L'objectif de cette étude est d'identifier des facteurs de risque de perte de suivi chez des patients bénéficiant d'un suivi gériatrique en consultation au CHRU de Tours.

Méthode : il s'agit d'une étude observationnelle, analytique, rétrospective et monocentrique portant sur des sujets âgés de 75 ans et plus, bénéficiant d'un suivi en consultation de gériatrie au CHU de Tours de janvier 2017 à mars 2020. Le critère de jugement principal est un rendez-vous médical de suivi non honoré ou annulé par le patient. Les données ont été recueillies à partir du dossier patient informatisé. Une analyse bivariée entre la rupture du suivi médical et l'ensemble des variables explicatives ainsi qu'un modèle de régression logistique ont été réalisés pour identifier les facteurs en lien avec la rupture du suivi médical.

Résultats : deux cent quatre-vingt-dix-neuf dossiers ont été évalués pour une population d'étude finale de 165 patients. A l'analyse multivariée, les patients diabétiques, ceux avec un antécédent d'AVC ou AIT et les patients vivant en EHPAD étaient plus retrouvés dans le groupe n'ayant pas manqué de rendez-vous ($p = 0.01$ et 0.03 respectivement). Les patients bénéficiant d'une prise en charge par APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) étaient plus retrouvés dans le groupe avec perte de suivi ($p = 0.007$). Par ailleurs, le type de consultation affectait également la présence des patients au rendez-vous avec des consultations moins souvent honorées quand il s'agissait de consultations mémoire ou psycho-cognitives ($p < 0.0001$). Les troubles cognitifs (quelle que soit la sévérité), la distance de l'hôpital, le nombre de comorbidités, les caractéristiques démographiques et la présence d'un proche aidant n'ont pas été associés à un risque de perte de suivi.

Conclusion : les patients diabétiques, ceux ayant un antécédent d'AVC ou d'AIT et ceux vivant en EHPAD sont significativement plus présents en consultation de suivi gériatrique. Les patients recevant l'APA sont plus à risque de ne pas honorer un rendez-vous médical. Le type de consultation affecte l'adhésion des patients au suivi spécialisé. Des données issues d'un suivi prospectif avec un effectif plus important sont susceptibles de montrer des résultats plus robustes quant à l'association entre les variables.

Mots-clefs : sujets âgés, consultation, gériatrie, rupture de suivi, facteurs de risque.

Abstract:

Risk factors for loss of follow-up in older patients.

Introduction: the improvement of the healthcare pathway for older people is of crucial importance. Risk factors for loss of follow-up have been found in the literature but are not specific to the elderly population. The objective of this study is to identify risk factors for loss of follow-up in patients benefiting of geriatric follow-up consultations at the Tours University Hospital.

Method: this is an observational, analytical, retrospective, and monocentric study of subjects aged 75 years and over, receiving medical care follow-up in a geriatric consultation setting at the CHU of Tours from January 2017 to March 2020. The primary endpoint was a follow-up medical appointment where the patient either didn't come or had cancelled. Data were collected from the computerized patient record. A bivariate analysis between the break in medical follow-up and all explanatory variables and a logistic regression model were performed to identify the factors related to the loss in medical follow-up.

Results: two hundred and ninety-nine medical records were evaluated for a final study population of 165 patients. In the multivariate analysis, diabetic patients, patients with a history of stroke or Transient Ischemic Attack (TIA) and patients living in assisted living facilities were more likely to be found in the group that did not miss an appointment ($p = 0.01$ and 0.03 respectively). Patients receiving APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) were more likely to be found in the group with missed appointments ($p = 0.007$). In addition, the type of consultation also affected patient attendance, with consultations more often missed when they were memory or psycho-cognitive consultations ($p < 0.0001$). Cognitive impairment (regardless of severity), distance from the hospital, number of comorbidities, demographic characteristics, and the presence of a family caregiver were not associated with a risk of loss to follow-up.

Conclusion: patients with diabetes, a history of stroke or TIA and those living in assisted living facilities are significantly more present at geriatric follow-up consultations. Patients receiving APA are at greater risk of not keeping a medical appointment. The type of consultation affects patients' adherence to specialized follow-up. Data from a prospective study with a larger population is likely to show more robust results regarding the association between variables.

Key words: older patients, medical appointment, geriatrics, loss of follow up, risk factors.

Liste des abréviations :

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BEPC : Brevet d'Études du Premier Cycle

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CEP : Certificat d'Études Primaires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CJP : Critère de Jugement Principal

COVID : COronaVirus Disease

DNB : Diplôme National du Brevet

DREES : Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecine Gériatrique

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPA : Psychiatre de la Personne Âgée

SHARE : Survey of Health Ageing and Retirement in Europe

TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation

Table des matières :

1. Introduction :	13
2. Matériel et méthode :	14
2.1. Design de l'étude et population :	14
2.2. Critère de jugement principal (CJP) :	15
2.3. Données recueillies :	15
2.4. Analyses statistiques :	16
2.5. Sécurité et information des patients :	16
3. Résultats :	17
3.1. La population d'étude :	17
3.2. La rupture de suivi :	18
3.3. Analyse multivariée :	20
4. Discussion :	21
4.1. Les résultats principaux :	21
4.2. Autres résultats :	21
4.3. Limites :	22
4.4. Les perspectives :	23
5. Conclusion :	24
Bibliographie :	25
Annexe :	29

1. Introduction :

Grâce à l'efficacité des politiques de santé et l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie s'allonge et l'âge de la population française progresse : selon l'Insee, en 1998 les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 15,5% de la population française totale. En 2018, elles représentent 19,6% de cette même population, et les prédictions actuelles l'évaluent à 29,1% en 2080. La part des 75 ans et plus, quant à elle, est de 9,2% en 2018 et atteindrait 17,9% en 2070. Dans l'Union Européenne, la part des résidents de 80 ans ou plus serait plus que doublée entre 2016 et 2080 pour atteindre 12,7%¹.

Parallèlement, l'incidence des maladies ne réduit pas, augmentant de ce fait le nombre de personnes âgées présentant des pathologies chroniques et en perte d'autonomie. Selon une étude de l'Insee et de la DREES publiée en juillet 2019, le nombre de séniors dépendants en 2050 en France atteindrait 4 millions de personnes, quand ils représentaient 2,5 millions de personnes en 2015². Ces nouveaux patients auront recours au système de santé pour le suivi de pathologies aiguës et chroniques, et nécessiteront un accompagnement de leur perte d'autonomie, ce qui représente une organisation médico-sociale importante s'appuyant sur plusieurs acteurs en coordination.

En mars 2021, le Ministère des solidarités et de la santé définit 3 niveaux de prise en charge des patients avec le parcours de santé, le parcours de soins et le parcours de vie, dans le but de permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment »³. Ces parcours sont rendus plus complexes pour les personnes âgées du fait d'une importante pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité des acteurs (professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux). Cette complexité engendre un risque de rupture de parcours avec des conséquences sur la qualité de vie, l'état de santé et l'autonomie des patients. Les conséquences étant plus marquées chez ceux avec des comorbidités chroniques pouvant décompenser au domicile ou des syndromes gériatriques pouvant apparaître sans être évalués par un spécialiste, le tout entraînant un risque d'admission aux urgences chez les patients présentant un défaut de suivi médical.

Une prise en charge aux urgences n'est pas un évènement anodin chez ces patients car elle représente un sur-risque d'hospitalisation, admission en maison de retraite, mortalité et hospitalisation longue au décours⁴. Plusieurs études ont mis en évidence l'effet péjoratif de la fragilité sur la survenue d'évènements indésirables chez des patients âgés rentrant au domicile après une consultation aux urgences, tels qu'un nouveau recours aux urgences, des hospitalisations, des entrées en EHPAD, des décès^{5,6}. Une évaluation gériatrique des patients âgés dès leur arrivée aux urgences peut aider à un meilleur aiguillage des patients dans le système de santé tout en réduisant la survenue d'évènements indésirables après un passage aux urgences^{6,7}. Cependant, la recherche des syndromes gériatriques avec des outils validés est peu souvent réalisée en pratique par les professionnels des urgences⁸.

L'évaluation gériatrique représente pourtant un outil puissant et indispensable de la prise en charge des sujets âgés car elle permet de diminuer la survenue d'évènements indésirables, diminuer la durée de séjour des patients, permet un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques et favoriserait le maintien à domicile des patients⁹⁻¹¹. À titre d'exemple, elle est recommandée dans l'évaluation et le suivi des patients en

oncologie¹²⁻¹⁶ et en cardiologie (notamment dans le contexte de l'insuffisance cardiaque¹⁷⁻¹⁹ et de l'évaluation pré-TAVI¹⁹⁻²³).

La prise en charge spécialisée des patients gériatriques permettant de limiter autant que possible des passages aux urgences évitables nécessite d'assurer un suivi continu et une réévaluation régulière des patients en consultation et de limiter le risque de rupture de suivi médical.

Les études s'intéressant aux caractéristiques de patients qui manquent un rendez-vous chez le médecin mettent régulièrement en évidence le jeune âge, le sexe féminin, la précarité financière, le manque de couverture sociale, l'appartenance à une minorité ethnique, le bas niveau socio-économique, les pathologies psychiatriques²⁴⁻³², le temps entre la prise du rendez-vous et la date de la consultation, l'antécédent de rendez-vous non honoré, l'intoxication tabagique et le nombre de jours depuis la dernière consultation^{33,34}. Cependant, la littérature retrouve peu de données concernant spécifiquement les patients âgés alors qu'une fluidification du parcours de soins et une adaptation de l'offre de soins à la population vieillissante sont des enjeux primordiaux.

L'objectif de notre étude est d'identifier des facteurs de risque de perte de suivi chez des patients bénéficiant d'un suivi gériatrique en consultation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tours. L'identification de tels facteurs spécifiquement dans la population âgée peut indiquer des actions ciblées et des efforts à mettre en œuvre pour combattre le manquement à un rendez-vous médical, améliorer le suivi des sujets âgés et limiter le risque de rupture dans leur parcours de soins.

2. Matériel et méthode :

2.1. Design de l'étude et population :

Cette étude observationnelle, analytique, rétrospective et monocentrique a évalué des patients suivis en consultation par les médecins du service de Médecine Gériatrique (MG) du CHU de Tours. Après une période d'inclusion rétrospective du 1^{er} janvier 2017 au 31 août 2018, les patients ont été suivis pendant 18 mois soit au plus tard jusqu'au 2 mars 2020, pour éviter la période de COVID-19 qui a entraîné un arrêt des consultations hospitalières.

L'équipe médicale était composée de 5 médecins : 3 gériatres réalisant des consultations de suivi post-hospitalisation (dont une gériatre réalisant également des consultations d'évaluation gériatrique en amont d'une greffe hépatique, un gériatre réalisant beaucoup de suivi de patients diabétiques et un gériatre faisant partie de l'équipe mobile gériatrique), une gériatre réalisant des consultations mémoire et un psychiatre de la personne âgée (PPA) réalisant des consultations d'évaluation et de suivi psycho-cognitif dans le cadre du Centre Mémoire Ressources et Recherche.

La liste des patients venus en consultation sur la période d'inclusion a été définie à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Les critères d'inclusions étaient d'être âgé de 75 ans ou plus et avoir bénéficié d'une consultation avec un des médecins de l'équipe de la MG pendant la période d'inclusion.

Les patients n'ayant pas nécessité au moins une consultation de suivi à la suite de la consultation d'inclusion, ceux pour lesquels le critère de jugement principal était impossible à définir et ceux ayant trop peu de données pour les analyses ont été exclus.

2.2. Critère de jugement principal (CJP) :

Les patients ont été suivis sur une période de 18 mois après l'inclusion. Un rendez-vous manqué avec la mention « non-venu » dans le dossier patient ou une consultation annulée « à la demande du patient » constituaient une rupture de suivi et remplissaient le CJP, même si une nouvelle consultation était honorée par la suite avec le même médecin ou un autre médecin du service. Une consultation annulée « à la demande du médecin » n'était pas considérée comme une rupture de suivi.

2.3. Données recueillies :

À partir des dossiers informatiques des patients, leur âge, sexe, adresse, nombre d'enfants, niveau d'étude, antécédents médicaux et chirurgicaux, aide à la marche, le recours à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), la présence d'un conducteur dans le foyer, la présence d'un aidant et son rapport avec le patient et l'existence d'une protection juridique ont été récoltés dans les comptes rendus de consultations et d'hospitalisations sur le CHU. Les statuts de prise en charge ALD, couverture par la sécurité sociale et assurance santé complémentaire (mutuelle) ont été récupérés au travers des données administratives recueillies à l'enregistrement des patients lors de leur arrivée à l'hôpital.

Les adresses de domicile ont été utilisées de deux façons : la distance à parcourir en voiture pour se rendre du domicile au lieu de consultation (hôpital Bretonneau) a été estimée à l'aide de Google Maps, puis classée arbitrairement en 3 catégories, de 0 à 5km, de 5 à 10km et plus de 10km. Nous avons ensuite classé les patients en fonction de la zone d'habitation : zone urbaine ou rurale, en se référant à la classification de l'Insee au 1^{er} janvier 2021³⁵. Les troubles neurocognitifs ont été classés en « légers » et « sévères » en fonction de l'impact des troubles sur l'autonomie du patient. Le score de Charlson (Royal College of Surgeons Charlson Score^{36,37}) a été calculé à partir des antécédents récoltés dans les dossiers afin de pondérer les comorbidités des patients.

Les niveaux d'études ont été classés en 7 catégories : « jamais scolarisé », « a interrompu sa scolarité avant la fin de l'enseignement primaire », « certificat d'études primaires (CEP) ou scolarité interrompue après la fin du primaire et avant la fin du collège », « BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB ou scolarité jusqu'à la fin du collège ou au-delà, sans diplôme », « CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent (Diplôme d'aide-soignante, auxiliaire de puériculture, aide médico-pédagogique, aide à domicile) », « baccalauréat », « diplôme après le baccalauréat » en se basant sur la classification utilisée par l'étude européenne SHARE³⁸. Ces groupes ont ensuite servi à définir les patients avec un

« bas » niveau d'étude (les patients n'ayant pas fini le collège) et un « haut » niveau d'étude (collège et au-delà).

Pour explorer l'effet du type de consultation sur la présence des patients au rendez-vous médical, nous avons regroupé les consultations en catégories : consultation de suivi post-hospitalisation (en comprenant les consultations réalisées par le médecin réalisant également les évaluations pré-greffe et le médecin de l'équipe mobile), suivi de diabète, consultation mémoire et consultation avec le PPA.

L'ensemble des variables recueillies ainsi que leur catégorisation et la quantité de donnée manquantes dans chaque catégorie sont exposés dans le tableau A1, en annexe.

2.4. Analyses statistiques :

Une analyse descriptive des caractéristiques de la population a tout d'abord été réalisée pour les variables qualitatives et quantitatives. Puis la rupture de suivi médical et l'ensemble des variables explicatives ont été analysés en analyse bivariée avec un test du χ^2 ou de Fisher (variables qualitatives) ou un test de Student (variables quantitatives).

Enfin, une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique entre la variable à expliquer (être en rupture de suivi médical ou non) et les variables explicatives sélectionnées en fonction des résultats des analyses bivariées ($p < 0,2$).

Pour l'ensemble des tests réalisés, les résultats étaient considérés significatifs au seuil $p \leq 0,05$.

2.5. Sécurité et information des patients :

Les patients ont été informés de la possible utilisation de leurs données à des fins de recherche par oral lors du suivi et via l'affichage collectif mis en place dans l'hôpital et peuvent s'y opposer. Le protocole de l'étude a été validé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et est enregistré dans le registre des traitements informatiques du CHU sous le n° 2021_004.

3. Résultats :

3.1. La population d'étude :

Sur la période d'inclusion, 299 patients ont eu une consultation avec un médecin de l'équipe de la MG. Cent-trente-quatre dossiers ont été exclus pour une population incluse finale de 165 patients, 104 ayant honorés tous leurs rendez-vous et 61 en rupture de suivi (figure 1).

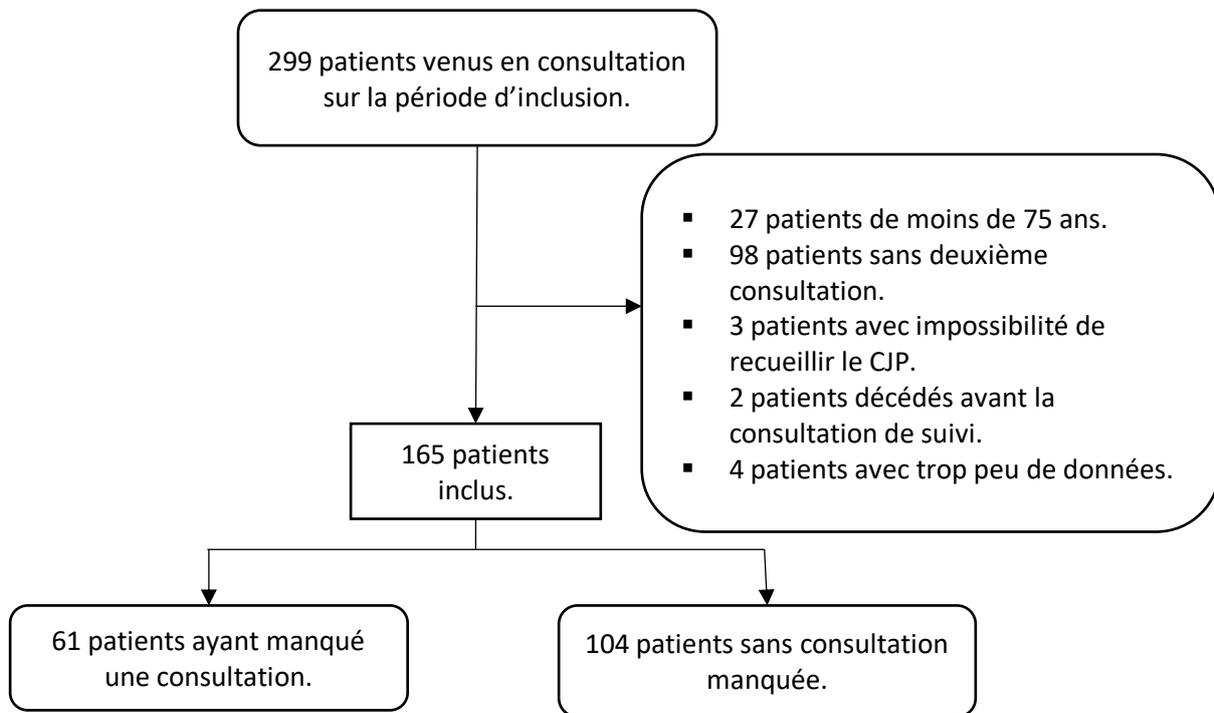


Figure 1 : flow chart.

La population finale est majoritairement composée de femmes (62,42%), l'âge moyen est de 85 ans. Cent pour-cent des patients inclus sont inscrits à la sécurité sociale et seulement 3 patients n'avaient pas de couverture mutuelle (tableau 1). Ils vivaient à 93,29% en zone urbaine, majoritairement à entre 5 et 10km du lieu de la consultation (44.51%). 32.93% des sujets vivent à plus de 10km de l'hôpital Bretonneau. Les comorbidités rencontrées le plus fréquemment étaient les troubles neurocognitifs (73,13%), le diabète (31,52%) et les cardiopathies ischémiques (24,85%). Aucun cas d'hémiplégie, de tumeur métastatique, d'infection au VIH ou de SIDA n'a été retrouvé. Près de la moitié (49,09%) des patients avait un score Charlson compris entre 0 et 5 pour un Charlson moyen de 5,65. Les patients pour lesquels le niveau d'étude était connu avaient majoritairement une formation de niveau primaire ou se sont arrêtés après le Certificat d'Étude Primaire (37,58%). Seulement 0,61% va plus loin que le baccalauréat et 1,82% n'ont jamais été scolarisés. La moitié des patients bénéficiait d'une aide à domicile, 26,06% nécessitaient une aide à la marche (cannes à 58.14%, déambulateurs à 27,91% et fauteuils roulants pour 13,95%) mais seulement 18,79% de la population bénéficiait d'une aide financière par l'APA.

	Rupture de suivi (Nb = 61)	Rendez-vous honorés (Nb = 104)	Total (Nb = 165)	p value
Sexe H / F - Nb. (%)	23 (37,7) / 38 (62,3)	39 (37,5) / 65(62,5)	62 (37,58) / 103 (62,42)	
Âge - moy.	85	84	85	
Distance domicile-hôpital				
Moyenne - km	10,92	10,32	10,54	
De 0 à 5km	12 (20,00)	25 (24,04)	36 (22,56)	
De 5 à 10km	27 (45,00)	46 (44,23)	73 (44,51)	
> 10km	21 (35,00)	33 (31,73)	55 (32,93)	
Résidence urbaine / hors urbain - Nb. (%)	56 (93,33) / 4 (6,67)	97 (93,27) / 7 (6,73)	153 (93,29) / 11 (6,71)	
Couverture médicale - Nb. (%)				
ALD	57 (93,44)	93 (89,42)	150 (90,91)	
Sécurité sociale	61 (100)	104 (100)	165 (100)	
Mutuelle	60 (100)	100 (97,12)	160 (98,18)	
Antécédents - Nb. (%)				
Pathologie psychiatrique	16 (26,23)	19 (18,27)	35 (21,21)	
Troubles neurocognitifs	45 (76,27)	72 (71,29)	117 (73,13)	0,49
Légers	17 (28,81)	27 (26,73)	44 (27,50)	
Sévères	28 (47,46)	45 (44,55)	73 (45,63)	
Cardiopathie ischémique	14 (22,95)	27 (25,96)	41 (24,85)	
Insuffisance cardiaque	5 (8,20)	3 (2,88)	8 (4,85)	0,15
Maladie vasculaire périphérique	4 (6,56)	4 (3,85)	8 (4,85)	
AVC ou AIT	5 (8,20)	17 (16,35)	22 (13,33)	0,14
Pathologie pulmonaire chronique	7 (11,48)	8 (7,69)	15 (9,09)	
Pathologie rhumatismale	0 (0)	2 (1,92)	2 (1,21)	
Maladie hépatique	2 (3,28)	1 (0,96)	3 (1,82)	
Diabète	12 (19,67)	40 (38,46)	52 (31,52)	0,01
Hémiplégie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Maladie rénale	10 (16,39)	11 (10,58)	21 (12,73)	
Néoplasie	1 (1,64)	5 (4,85)	6 (3,66)	
Tumeur métastatique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
VIH/SIDA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Charlson				
Moyen	5,65	5,65	5,65	
0 à 5 - Nb. (%)	34 (55,74)	47 (45,19)	81 (49,09)	0,11
6 à 7 - Nb. (%)	21 (34,43)	52 (50,0)	73 (44,24)	
≥ 8 - Nb. (%)	6 (9,84)	5 (4,81)	11 (6,67)	
Nombre d'enfants				
Moyen	2,62	2,74	2,69	
0 - Nb. (%)	5 (8,20)	9 (8,65)	14 (8,48)	
1 à 3 - Nb. (%)	40 (65,57)	62 (59,62)	102 (61,82)	
> 3 - Nb. (%)	13 (22,41)	23 (24,47)	36 (23,68)	
Niveau d'étude bas / haut - Nb. (%)	27 (72,97) / 10 (27,03)	39 (73,58) / 14 (26,42)	66 (73,33) / 24 (26,67)	
Aide à domicile - Nb. (%)	32 (54,24)	43 (47,25)	75 (50)	
APA - Nb. (%)	18 (29,51)	13 (12,50)	31 (18,79)	0,007
Aide à la marche - Nb. (%)	17 (27,87)	26 (25,0)	43 (26,06)	
Vit seul - Nb. (%)	23 (38,98)	38 (38,38)	61 (38,61)	
Vit en EHPAD - Nb. (%)	2 (3,39)	14 (14,14)	16 (10,13)	0,03
Aidant (patients au domicile) - Nb. (%)	42 (79,25)	59 (74,68)	101 (76,52)	
Protection juridique - Nb. (%)	4 (6,56)	2 (1,92)	6 (3,64)	

Tableau 1 : caractéristiques de la population d'étude.

3.2. La rupture de suivi :

À l'analyse bivariée, les patients diabétiques et les patients vivant en EHPAD étaient significativement plus présents dans le groupe n'ayant pas manqué de rendez-vous (tableau 1). De la même manière, les patients bénéficiant d'une prise en charge par APA étaient significativement plus retrouvés dans le groupe avec perte de suivi. Enfin, le type de consultation affectait également la présence des patients au rendez-vous avec des consultations moins souvent honorées quand il s'agissait de consultations mémoire ou avec le PPA (tableau 2).

	Rupture de suivi (Nb = 61)	Rendez-vous honorés (Nb = 104)	Total (Nb = 165)	p value
Spécialité consult. Médecin - Nb. (%)				<0,0001
Diabète	5 (8,20)	37 (35,58)	42 (25,45)	
Mémoire	32 (52,46)	38 (36,54)	70 (42,42)	
Post-hospitalisation	1 (1,64)	17 (16,35)	18 (10,91)	
Suivi avec le PPA	23 (37,70)	12 (11,54)	35 (21,21)	

Tableau 2 : la rupture de suivi en fonction du type de consultation.

De plus, dans notre population d'étude les patients diabétiques avaient plus de maladies rénales (23,08%, $p = 0,006$), plus de cardiopathies (36,54%, $p = 0,018$) et plus de tumeurs (9,80%, $p = 0,011$) que le reste de la population. Ils avaient par ailleurs moins d'antécédent de maladie psychiatrique (11,54%, $p = 0,039$). Les résidents d'EHPAD avaient tous des troubles cognitifs et avaient plus d'aide technique à la marche (tableau 3). Les patients vivant à domicile n'avaient pas plus de troubles cognitifs dans le groupe en rupture de suivi (tableau 4). Les patients bénéficiant de l'APA étaient majoritairement des femmes (83,87%, $p = 0,006$) et présentaient plus de troubles neurocognitifs (87,10%, $p = 0,027$) que ceux n'ayant pas de prise en charge par l'APA. Ils avaient plus d'aide technique à la marche et plus d'aide à domicile mais pas plus d'aide informelle de leur entourage (tableau 5).

	Vit en EHPAD		Total (Nb = 153)	p value
	Oui (Nb = 16)	Non (Nb = 137)		
Troubles neurocognitifs - Nb. (%)				0,01
Oui	16 (100)	98 (28,47)	114 (74,51)	
Non	0 (0)	39 (71,53)	39 (25,49)	
Aide à la marche - Nb. (%)				0,01
Oui	9 (56,25)	34 (23,94)	43 (27,22)	
Non	7 (43,75)	108 (76,06)	115 (72,78)	

Tableau 3 : la population en EHPAD.

	Rupture de suivi (Nb = 55)	Rendez-vous honorés (Nb = 82)	Total (Nb = 137)	p value
Troubles neurocognitifs - Nb. (%)				0,16
Oui	43 (78,18)	55 (67,07)	98 (71,53)	
Non	12 (21,82)	27 (32,93)	39 (28,46)	

Tableau 4 : les troubles cognitifs chez les patients vivant à domicile.

	APA		Total (Nb = 132)	p value
	Oui (Nb = 28)	Non (Nb = 104)		
Aide à la marche - Nb. (%)				0,002
Oui	11 (39,29)	23 (19,01)	34 (22,82)	
Non	17 (60,71)	98 (80,99)	115 (77,18)	
Aide à domicile - Nb. (%)				< 0,0001
Oui	26 (92,86)	48 (39,67)	74 (49,66)	
Non	2 (7,14)	73 (60,33)	75 (50,34)	
Aidant - Nb. (%)				0,195
Oui	24 (85,71)	77 (74,04)	101 (76,52)	
Non	4 (14,29)	27 (25,96)	31 (23,48)	

Tableau 5 : les patients bénéficiant de l'APA à domicile.

3.3. Analyse multivariée :

À l'analyse multivariée, les patients diabétiques et les patients vivant en EHPAD étaient toujours significativement associés à un moindre risque de rupture de suivi médical mais l'antécédent d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou d'Accident Ischémique Transitoire (AIT) apparaissait également comme un facteur protecteur de rendez-vous non honoré (tableau 6). Les patients bénéficiant d'une prise en charge par APA sont toujours plus à risque de manquer un rendez-vous médical.

Variables		OR	IC95	p value
Vit en EHPAD	non		1	
	oui	0,14	[0,03-0,71]	0,018
Diabète	non		1	
	oui	0,2	[0,07-0,59]	0,0038
APA	non		1	
	oui	4,05	[1,52-10,80]	0,005
AVC ou AIT	non		1	
	oui	0,22	[0,06-0,82]	0,024
Insuffisance cardiaque	non		1	
	oui	3,5	[0,61-20,0]	0,16
Charlson	0-5		1	
	6-7	1,12	[0,44-2,87]	0,26
	>=8	3,6	[0,63-20,54]	0,13

Modèle ajusté sur l'âge et le sexe.

Tableau 6 : analyse multivariée.

4. Discussion :

4.1. Les résultats principaux :

Cette étude met en évidence un lien d'une part entre la présence d'un diabète, d'un antécédent d'AVC ou d'AIT ou de l'institutionnalisation et une bonne compliance aux consultations médicales, et d'autre part entre l'existence d'une APA et le manquement à un rendez-vous médical. L'étude rapporte également que les consultations mémoires et les consultations avec le PPA sont moins souvent honorées que les autres.

Les patients diabétiques sont suivis en consultation de manière régulière tout au long de la maladie et il est possible que les patients âgés diabétiques soient plus habitués que la moyenne de la population à se rendre à un rendez-vous médical, ce qui expliquerait leur meilleure compliance à la consultation. Il est aussi possible que la compréhension de la pathologie et de ses possibles complications graves sur de nombreux organes par les patients entraîne une rigueur plus importante à se rendre en consultation pour prévenir ces complications évitables. De la même façon les patients ayant eu un AVC ou un AIT perçoivent potentiellement plus le bénéfice d'un suivi régulier après un évènement médical marquant. Les patients vivant en EHPAD se sont montrés plus assidus aux consultations malgré le fait qu'ils aient plus de troubles cognitifs et nécessitent plus souvent une aide à la marche que la population vivant à domicile (tableau 3). Cela peut s'expliquer par le fait que les déplacements pour se rendre en consultation sont majoritairement organisés par l'EHPAD, qui prend note des rendez-vous prévus et organise le transport vers le lieu de la consultation, favorisant ainsi la présence des patients malgré les obstacles qu'ils peuvent présenter. Les patients bénéficiant de l'APA sont nécessairement des patients à l'autonomie altérée. Dans la population de l'étude ils avaient plus souvent besoin d'une aide à la marche et ont plus d'aide à domicile et n'étaient pas plus aidés par leurs proches que ceux ne bénéficiant pas d'aide financière (tableau 5). Une réévaluation de l'aide à l'autonomie dans le cadre de déplacements hors du domicile est probablement nécessaire pour apporter une aide adaptée permettant aux patients de se déplacer hors de chez eux pour des rendez-vous importants comme des rendez-vous médicaux. Les consultations mémoires et celles avec le PPA sont significativement moins honorées que les autres, cependant il est important de préciser que la consultation avec le PPA est principalement alimentée par les consultations mémoires car le PPA de l'équipe prend en charge des patients avec des troubles de la mémoire présentant également des troubles du comportement et s'occupe de l'évaluation cognitive de certains patients dont les signes d'appels sont des manifestations psycho-comportementales. La majorité des patients vus en consultations lui est donc adressée directement par la consultation mémoire.

4.2. Autres résultats :

Aucune autre caractéristique n'a montré d'association significative avec le critère de jugement principal, mais plusieurs détails sont à noter : premièrement, les patients insuffisants cardiaques et les patients sous protection juridique semblent plus à risque de ne pas venir à une consultation ($p = 0,147$ et $0,195$ respectivement). Ces manques de

significativité pourraient être corrigés par une population d'étude plus grande. En effet les effectifs sont ici très faibles avec au total 8 patients insuffisants cardiaques et 6 patients sous protection juridique.

Deuxièmement, le score de Charlson semble lui aussi avoir un intérêt sans atteindre la significativité ($p = 0,096$) : les patients avec peu de comorbidités semblent plus à risque de manquer un rendez-vous, mais les patients avec un score de Charlson de 6 ou 7 étaient au contraire plus souvent retrouvés dans le groupe sans rupture de suivi. Il se peut que la présence de plusieurs comorbidités représente une motivation à se rendre en consultation qui n'est pas retrouvée chez les patients avec peu ou pas de comorbidités.

Les troubles cognitifs ne sont pas non plus significatifs. Comme décrit plus haut, les patients vivant en EHPAD avaient tous des troubles cognitifs et représentaient 14,04% des patients de l'étude avec des troubles cognitifs. Vivre en EHPAD étant ici retrouvé comme un facteur protecteur de rendez-vous non honoré, ces patients institutionnalisés avec des troubles cognitifs représentent très probablement un facteur de confusion quand on s'intéresse à toute la population de l'étude. En se concentrant sur les patients vivant à domicile uniquement, la part des patients sans rupture de suivi présentant des troubles cognitifs passe de 71,29% à 67,07% et p atteint 0,16 (tableau 4), quand il était de 0,49 dans la population entière (tableau 1). Il y a donc probablement d'autres facteurs de confusion en jeu qui n'ont pas pu être pris en compte dans les analyses, comme le rôle de la famille ou d'un aidant extérieur.

L'information sur le niveau d'étude était manquante pour 44,24% de la population étudiée. Une étude prospective avec un recueil de l'information directement auprès du patient à l'inclusion permettrait de diminuer grandement le nombre de données manquantes.

Pour finir, il se peut que notre définition de la rupture de suivi ne soit pas adéquate. En effet nous avons considéré que le moindre manquement à une consultation représentait une rupture du suivi médical, en incluant les rendez-vous annulés à l'avance par le patient, qu'il y ait eu reprise du suivi par la suite ou non. Il est possible qu'une définition plus rigoureuse de la rupture de soins montre des résultats différents. Cependant, le caractère rétrospectif de notre étude limitait la possibilité d'un recueil plus exhaustif.

4.3. Limites :

Cette étude présente des limites évidentes et importantes à signaler. Tout d'abord il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers médicaux. Une quantité importante de données était donc manquante dans certaines des caractéristiques étudiées comme le niveau d'étude pour 44,24% des patients, la présence d'un aidant pour 10,3%, la date de prise en charge d'une pathologie cancéreuse pour 3 patients. De plus, de nombreuses caractéristiques telles que les revenus ou la présence d'un conducteur dans le foyer ont été écartées de l'analyse du fait de la rareté ou l'absence de données (tableau A1). La réalisation d'une étude prospective avec distribution d'un questionnaire aux patients à l'inclusion permettrait de diminuer la quantité de données manquantes et d'étudier d'autres variables qui ne sont pas récoltées en consultation classique comme la qualité de vie ou bien l'isolement social. Ensuite, de

nombreux biais de classements sont à craindre du fait de la difficulté à récupérer certaines informations dans les dossiers médicaux. En effet les antécédents ont été récupérés à partir de comptes rendus de consultation et d'hospitalisation, ces informations n'étant pas rentrées dans le logiciel lui-même. De plus les comptes rendus de consultations de suivi rappellent rarement les antécédents connus au moment de la consultation et il a donc fallu utiliser les données de consultations ou hospitalisations parfois éloignées de l'inclusion de plusieurs mois. Dans les données administratives, l'enregistrement de la mutuelle n'est réalisé que lors d'une hospitalisation et exceptionnellement pour une consultation, amenant à rechercher l'information dans le dossier parfois à plusieurs années de distance. Enfin la population étudiée ici a probablement été sélectionnée par le profil des médecins réalisant les consultations. La présence d'un gériatre et d'un PPA réalisant des consultations mémoires, un gériatre faisant des consultations pré-greffe hépatique et un gériatre réalisant des consultations de suivi diabétique a pu influencer la composition de la population de l'étude en créant un biais de sélection, comme le suggère la différence significative de rendez-vous manqués en fonction du type de consultation (tableau 3). Toutefois, ces consultations rentrent dans le cadre du suivi classique des sujets âgés et sont susceptibles d'être retrouvées dans de nombreux centres gériatriques.

4.4. Les perspectives :

Les techniques utilisées aujourd'hui pour prévenir l'absence des patients à une consultation médicale telles que les rappels téléphoniques ou par lettre postale ont des effets limités et assez irréguliers dans la littérature car les interventions diffèrent souvent sur plusieurs points d'une étude à l'autre^{28,33,39,40}. En 2001, Hardy et al. démontrent qu'un modèle basé sur une information détaillée avant la consultation diminue le taux de non-présentation aux rendez-vous : les patients recevaient un « pack d'information » expliquant les étapes de leur passage à l'hôpital 2 semaines avant la consultation puis un appel téléphonique 1 semaine plus tard. La part de rendez-vous non honorés est alors passée de 15% à 4,6% avec $p < 0,0001$ ⁴¹. Cette démarche représente néanmoins un investissement considérable en ressources, notamment en temps de création et envoi du pack d'information ainsi qu'en temps passé à rappeler les patients, limitant son applicabilité à grande échelle. Dans une revue systématique et méta-analyse de 2020, Crable et al. s'intéressent à l'efficacité de différents types d'interventions visant à augmenter l'assiduité aux rendez-vous médicaux. Ils ne retrouvent qu'une amélioration modeste de la présence en consultation (RR = 1,08, 95% IC [1,03-1,13]), sans différence significative parmi les 9 différents types d'intervention⁴². Toutefois Goffman et al. ont montré que dans leur population d'étude les patients de plus de 60 ans avaient une meilleure compliance à la consultation s'ils étaient rappelés par téléphone 48h à l'avance, à la différence des plus jeunes pour qui l'intervention était la plus efficace quand réalisée 24h avant le rendez-vous⁴³. Ces résultats sont les premiers à mettre évidence l'importance d'un modèle d'intervention prédictif du risque de non-présentation au rendez-vous adapté au profil des patients.

5. Conclusion :

Dans notre population de patients âgés suivis en consultation gériatrique, la présence d'un diabète, d'un AVC ou AIT et la vie en EHPAD ont été associées à une meilleure compliance aux rendez-vous médicaux, quand un recours à l'APA a été associé à un risque plus élevé de non-présentation en consultation. Les consultations mémoires et celles avec le PPA ont également été associées à un risque accru de rendez-vous non honorés. Aucune autre variable n'a montré d'association significative avec la compliance au suivi médical. Le caractère rétrospectif de l'étude implique de nombreux biais qui sont susceptibles d'être améliorés par des données issues d'un suivi prospectif avec un effectif plus important, montrant ainsi des résultats plus robustes quant à l'association entre les variables.

À l'heure où les recommandations nationales insistent sur l'importance de la fluidification des parcours de soins et le besoin d'adaptation de notre système de santé aux besoins d'une population vieillissante et/ou souffrant de maladies chroniques et à risque de perte d'autonomie, une meilleure connaissance des freins à l'utilisation des structures existantes permettrait des actions plus ciblées et plus efficaces pour permettre aux personnes âgées de bénéficier du parcours de soins.

Bibliographie :

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Consulté le 11 novembre 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
2. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767. Consulté le 11 novembre 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
3. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie. Ministère des Solidarités et de la Santé. Published August 23, 2021. Consulté le 23 août 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
4. Jørgensen R, Brabrand M. Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *Eur J Intern Med.* 2017;45:71-73. doi:10.1016/j.ejim.2017.09.036
5. Hastings SN, Purser JL, Johnson KS, Sloane RJ, Whitson HE. Frailty Predicts Some but Not All Adverse Outcomes in Older Adults Discharged from the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2008;56(9):1651-1657. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01840.x
6. Salvi F. SCREENING FOR FRAILITY IN ELDERLY EMERGENCY DEPARTMENT PATIENTS BY USING THE IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISK (ISAR). *The Journal of Nutrition.* 2012;16(4):6.
7. Sirois M-J, Griffith L, Perry J, et al. Measuring Frailty Can Help Emergency Departments Identify Independent Seniors at Risk of Functional Decline After Minor Injuries. *The Journals of Gerontology: Series A.* 2017;72(1):68-74. doi:10.1093/gerona/glv152
8. Carpenter CR, Griffey RT, Stark S, Coopersmith CM, Gage BF. Physician and nurse acceptance of technicians to screen for geriatric syndromes in the emergency department. *West J Emerg Med.* 2011;12(4):489-495. doi:10.5811/westjem.2011.1.1962
9. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Published online September 12, 2017. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3
10. Sinvani L, Carney M, Kozikowski A, et al. The role of geriatrician-hospitalists in the care of older adults: A retrospective cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2018;77:31-37. doi:10.1016/j.archger.2018.03.006
11. Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) Service | Geriatrics | JAMA Internal Medicine | JAMA Network. Consulté le 26 janvier 2021. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1680133>
12. Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations†. *Ann Oncol.* 2015;26(2):288-300. doi:10.1093/annonc/mdu210
13. VanderWalde N, Jagsi R, Dotan E, et al. NCCN Guidelines Insights: Older Adult

Oncology, Version 2.2016. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(11):1357-1370.
doi:10.6004/jnccn.2016.0146

14. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2595-2603. doi:10.1200/JCO.2013.54.8347
15. Tucci A, Martelli M, Rigacci L, et al. Comprehensive geriatric assessment is an essential tool to support treatment decisions in elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma: a prospective multicenter evaluation in 173 patients by the Lymphoma Italian Foundation (FIL). *Leuk Lymphoma*. 2015;56(4):921-926. doi:10.3109/10428194.2014.953142
16. Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2018;19(6):e305-e316. doi:10.1016/S1470-2045(18)30348-6
17. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? Consulté le 1er juillet 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fpc_i_ns_cardiaque_web.pdf
18. GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Insuffisance cardiaque. Consulté le 1er juillet 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
19. Broussier A, Valembois L, Lafuente-Lafuente C, David J-P, Pariel S. [Gerontological evaluation benefits for very older people with cardiovascular disease]. *Presse Med*. 2019;48(2):120-126. doi:10.1016/j.lpm.2019.02.004
20. Rogers T, Alraies MC, Moussa Pacha H, et al. Clinical Frailty as an Outcome Predictor After Transcatheter Aortic Valve Implantation. *The American Journal of Cardiology*. 2018;121(7):850-855. doi:10.1016/j.amjcard.2017.12.035
21. Cockburn J, Singh MS, Rafi NHM, et al. Poor mobility predicts adverse outcome better than other frailty indices in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2015;86(7):1271-1277. doi:10.1002/ccd.25991
22. Saji M, Higuchi R, Tobaru T, et al. Impact of Frailty Markers for Unplanned Hospital Readmission Following Transcatheter Aortic Valve Implantation. *Circulation Journal*. Published online 2018:8.
23. Assmann P, Kievit P, Wulp K van der, et al. Frailty is associated with delirium and mortality after transcatheter aortic valve implantation. *Open Heart*. 2016;3(2):e000478. doi:10.1136/openhrt-2016-000478
24. Bean AG, Talaga J. Appointment breaking: causes and solutions. *J Health Care Mark*. 1992;12(4):14-25.
25. Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(12):e551-e559. doi:10.1016/S2468-2667(17)30217-7

26. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health*. 2013;4(4):251-255. doi:10.1177/2150131913498513
27. Miller AJ, Chae E, Peterson E, Ko AB. Predictors of repeated “no-showing” to clinic appointments. *Am J Otolaryngol*. 2015;36(3):411-414. doi:10.1016/j.amjoto.2015.01.017
28. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:13. doi:10.1186/s12913-015-1243-z
29. Parsons J, Bryce C, Atherton H. Which patients miss appointments with general practice and the reasons why: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2021;71(707):e406-e412. doi:10.3399/BJGP.2020.1017
30. Farrington M, Masterman A. The National Sentinel Audit Project on the management of dyspepsia and *H. pylori*. *Br J Gen Pract*. 1999;49(443):488.
31. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract*. 2005;6(1):47. doi:10.1186/1471-2296-6-47
32. Cashman SB, Savageau JA, Lemay CA, Ferguson W. Patient Health Status and Appointment Keeping in an Urban Community Health Center. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2004;15(3):474-488. doi:10.1353/hpu.2004.0037
33. Ruggeri K, Folke T, Benzerga A, et al. Nudging New York: adaptive models and the limits of behavioral interventions to reduce no-shows and health inequalities. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):363. doi:10.1186/s12913-020-05097-6
34. Mohammadi I, Wu H, Turkcan A, Toscos T, Doebbeling BN. Data Analytics and Modeling for Appointment No-show in Community Health Centers. *J Prim Care Community Health*. 2018;9:2150132718811692. doi:10.1177/2150132718811692
35. Base des unités urbaines 2020 | Insee. Consulté le 23 août 2021. <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>
36. Armitage JN, van der Meulen JH, Royal College of Surgeons Co-morbidity Consensus Group. Identifying co-morbidity in surgical patients using administrative data with the Royal College of Surgeons Charlson Score. *Br J Surg*. 2010;97(5):772-781. doi:10.1002/bjs.6930
37. Brusselaers N, Lagergren J. The Charlson Comorbidity Index in Registry-based Research. *Methods Inf Med*. 2017;56(5):401-406. doi:10.3414/ME17-01-0051
38. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Home. Consulté le 14 décembre 2019. <http://www.share-project.org/home0.html>
39. Maxwell S, Maljanian R, Horowitz S, Pianka MA, Cabrera Y, Greene J. Effectiveness of reminder systems on appointment adherence rates. *J Health Care Poor Underserved*. 2001;12(4):504-514. doi:10.1353/hpu.2010.0766
40. Goffman RM, Harris SL, May JH, et al. Modeling Patient No-Show History and

Predicting Future Outpatient Appointment Behavior in the Veterans Health Administration. *Military Medicine*. 2017;182(5):e1708-e1714. doi:10.7205/MILMED-D-16-00345

41. Hardy KJ, O'Brien SV, Furlong NJ. Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate. *BMJ*. 2001;323(7324):1298-1300. doi:10.1136/bmj.323.7324.1298

42. Crable EL, Biancarelli DL, Aurora M, Drainoni M-L, Walkey AJ. Interventions to increase appointment attendance in safety net health centers: A systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract*. Published online October 16, 2020. doi:10.1111/jep.13496

43. Goffman RM, Harris SL, May JH, et al. Modeling Patient No-Show History and Predicting Future Outpatient Appointment Behavior in the Veterans Health Administration. *Military Medicine*. 2017;182(5):e1708-e1714. doi:10.7205/MILMED-D-16-00345

Annexe :

Variable recueillie	Type de variable	Catégories	Données manquantes (%)
Âge	Quantitative	Années	
Sexe	Qualitative	Homme / femme	
Adresse	Qualitative	Zone urbaine / Hors urbain	0,61
Distance à l'hôpital	Quantitative	km	0,61
	Qualitative	Moins de 5km / de 5 à 10km / plus de 10km	0,61
Nombre d'enfant	Quantitative	Nombre	7,88
	Qualitative	0 / de 1 à 3 / plus de 3	
Niveau d'étude	Qualitative	Jamais scolarisé / a interrompu sa scolarité avant la fin de l'enseignement primaire / certificat d'études primaires (CEP) ou scolarité interrompue après la fin du primaire et avant la fin du collège / BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB ou scolarité jusqu'à la fin du collège ou au-delà, sans diplôme / CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent (Diplôme d'aide-soignante, auxiliaire de puériculture, aide médico-pédagogique, aide à domicile) / baccalauréat / Diplôme après le baccalauréat.	44,24
		Bas / haut	
Médecin de la consultation	Qualitative	Consultation post hospitalisation / suivi de diabète / consultation mémoire / consultation avec le PPA	
Pathologie psychiatrique	Qualitative	Oui / non	
Addiction	Qualitative	Oui / non	
Troubles neurocognitifs	Qualitative	Oui / non Légers / sévères	3,03
Cardiopathie	Qualitative	Oui / non	
Insufisance cardiaque	Qualitative	Oui / non	
Maladie vasculaire périphérique	Qualitative	Oui / non	
AVC/AIT	Qualitative	Oui / non	
Pathologie pulmonaire chronique	Qualitative	Oui / non	
Pathologie rhumatismale	Qualitative	Oui / non	
Maladie hépatique	Qualitative	Oui / non	
Diabète	Qualitative	Oui / non	
Hémiplégie	Qualitative	Oui / non	
Maladie rénale	Qualitative	Oui / non	
Néoplasie	Qualitative	Oui / non	1,82
Tumeur métastatique	Qualitative	Oui / non	
VIH/SIDA	Qualitative	Oui / non	
Charlson	Quantitative	De 0 à 5 / de 6 à 7 / Au moins 8	
Aide à la marche	Qualitative	Canne / déambulateur / fauteuil roulant Oui / non	
Aide à domicile	Qualitative	Oui / non	
APA	Qualitative	Oui / non	
Vit seul	Qualitative	Oui / non	4,24
Présence d'un conducteur dans le foyer	Qualitative	Oui / non	52,73
Vit en EHPAD	Qualitative	Oui / non	
Aidant	Qualitative	Oui / non	10,3
Protection juridique	Qualitative	Oui / non	
Revenus mensuels	Quantitative	Euros	100
ALD	Qualitative	Oui / non	
Couverture par la sécurité sociale	Qualitative	Oui / non	
Mutuelle	Qualitative	Oui / non	

Tableau A1 : les variables recueillies.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

SEGUIN Arthur

32 pages – 6 tableaux – 1 figure

Résumé :

L'amélioration du parcours de soins des personnes âgées est d'une importance capitale. Des facteurs de risque de perte de suivi sont retrouvés dans la littérature mais sont peu spécifiques du sujet âgé. L'objectif de cette étude est d'identifier des facteurs de risque de perte de suivi chez des patients bénéficiant d'un suivi gériatrique en consultation au CHRU de Tours.

Il s'agit d'une étude observationnelle, analytique, rétrospective et monocentrique portant sur des sujets d'au moins 75 ans suivis en consultation de gériatrie au CHU de Tours de janvier 2017 à mars 2020. Le critère de jugement principal est un rendez-vous médical de suivi non honoré ou annulé par le patient. Les données ont été recueillies à partir du dossier patient informatisé. Une analyse bivariée entre la rupture du suivi médical et l'ensemble des variables explicatives ainsi qu'un modèle de régression logistique ont été réalisés pour identifier les facteurs en lien avec la rupture du suivi médical.

Deux cent quatre-vingt-dix-neuf dossiers ont été évalués pour une population d'étude finale de 165 patients. Les patients diabétiques, ceux avec un antécédent d'AVC ou AIT et les patients vivant en EHPAD étaient plus retrouvés dans le groupe n'ayant pas manqué de rendez-vous ($p = 0.01$ et 0.03 respectivement). Les patients bénéficiant d'une prise en charge par APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) étaient plus retrouvés dans le groupe avec perte de suivi ($p = 0.007$). Par ailleurs, le type de consultation affectait également la présence des patients au rendez-vous avec des consultations moins souvent honorées quand il s'agissait de consultations mémoire ou psycho-cognitives ($p < 0.0001$). Ces associations restent significatives dans les analyses multivariées.

Les patients diabétiques, ceux ayant un antécédent d'AVC ou d'AIT et ceux vivant en EHPAD sont significativement plus présents en consultation de suivi gériatrique. Les patients recevant l'APA sont plus à risque de ne pas honorer un rendez-vous médical. Le type de consultation affecte l'adhésion des patients au suivi spécialisé. Des données issues d'un suivi prospectif avec un effectif plus important sont susceptibles de montrer des résultats plus robustes quant à l'association entre les variables.

Mots-clefs : sujets âgés, consultation, gériatrie, rupture de suivi, facteurs de risque.

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE

Directeurs de thèse : Docteur Jacques-Alexis NKODO
Docteur Jean CAPSEC

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Docteur Florence DUPRIEZ

Date de soutenance : 21 octobre 2021