

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1021

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2016

Par Lucie GASC

Etude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes

Enquête auprès des médecins généralistes dont les patients ont été évalués à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président
Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI, Assesseur
Madame le Docteur Sandrine SOURDET, Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, Assesseur
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU, Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1021

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2016

Par Lucie GASC

Etude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes

Enquête auprès des médecins généralistes dont les patients ont été évalués à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président
Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI, Assesseur
Madame le Docteur Sandrine SOURDET, Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, Assesseur
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU, Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Readapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

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

Professeur Associé de Médecine Générale

Pr VIDAL Marc

Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L

Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cynl	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		
			M.C.U.
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

TABLE DES MATIERES

- Liste des abréviations	2
- Liste des annexes	3
- Introduction	4
- Matériel et Méthodes	6
I- Population de l'étude	6
II- Elaboration du questionnaire	6
III- Envoi du questionnaire	7
IV- Analyse statistique	7
- Résultats	8
I- Caractéristiques de la population d'étude	9
II- Questions sur les deux types de courrier de sortie	11
III- Questions sur le courrier « long »	12
IV- Attentes des médecins généralistes	14
V- Analyse comparative selon la réalisation ou non d'une formation complémentaire en gériatrie	18
VI- Analyse comparative selon le nombre de patients évalués	20
- Discussion	21
I- Résultats principaux	21
II- Forces et faiblesses	22
III- Confrontation aux données de la littérature	22
IV- Propositions	24
V- Eléments à évaluer	24
- Conclusion	25
- Références bibliographiques	27
- Annexes	29

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- CHU Centre Hospitalier Universitaire
- DIU Diplôme Inter-Universitaire
- DU Diplôme Universitaire
- HAS Haute Autorité de Santé
- HdJ EFPD Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance du CHU de Toulouse
- MG Médecin Généraliste

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Méthode de la revue de la littérature
- Annexe 2 : Questionnaire type
- Annexe 3 : E-mail type adressé aux MG inclus dans l'étude
- Annexe 4 : E-mail type de relance
- Annexe 5 : E-mail type de relance après contact téléphonique
- Annexe 6 : Liste des résultats des analyses bivariées non significatifs

INTRODUCTION

Le concept de fragilité en gériatrie est apparu dans les années 1970. Deux modèles conceptuels se sont imposés : celui de Fried LP. (1) et celui de Rockwood K. (2). Le premier est basé sur la sarcopénie, le deuxième est une évaluation multidomaine. A l'heure actuelle, aucune définition n'est consensuelle au plan international (3). En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a adopté la définition suivante, reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS) (4) : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (5).

Sur ce postulat de réversibilité, un premier hôpital de jour de dépistage et d'évaluation de la fragilité est mis en place en septembre 2011 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse (6). Depuis, plusieurs hôpitaux de jour du même type sont créés, permettant un maillage sur le territoire national. Le médecin généraliste (MG) traitant est l'un des principaux demandeurs de l'évaluation hospitalière. L'activité de l'hôpital de jour repose sur une évaluation gériatrique multidimensionnelle par une équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation permet de confirmer le diagnostic de « fragilité » et d'en définir les principaux éléments qui la composent. Ceux-ci serviront de base à l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et de prévention. Le MG traitant sera le coordonnateur de l'application des recommandations proposées dans le plan personnalisé de soins (4) (6).

La mise en place des recommandations par le MG implique que celles-ci lui soient transmises de manière précise dans le courrier de sortie. Il existait jusqu'en janvier 2016 deux types de courrier. Le courrier dit « court » est une synthèse des évaluations et des propositions donnée au patient en main propre le jour de l'évaluation et adressée au MG traitant dans un délai d'une semaine. Le courrier dit « long » contient les détails de l'évaluation et des propositions. Il est adressé au MG traitant dans un délai d'une à quatre semaines. Depuis sa création, les courriers de sortie de l'Hôpital de Jour d'Evaluation des

Fragilités et de Prévention de la Dépendance du CHU de Toulouse (HdJ EFPD) ont été modifiés à plusieurs reprises. A ce jour, l'avis des MG concernant ces courriers n'a jamais été évalué.

Ce travail de thèse a pour objectif principal l'évaluation par les MG des différents courriers de l'HdJ EFPD, et pour objectif secondaire, le recueil des attentes des MG concernant ces deux courriers de sortie.

MATERIELS et METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive de type transversale.

I- Population d'étude

La population de l'étude était constituée par les MG traitants dont au moins deux de leurs patients ont été évalués à l'HdJ EFPD du CHU de Toulouse entre septembre 2011 et août 2015. Etaient exclus les MG installés en dehors de la région Midi-Pyrénées et ceux ayant moins de deux de leurs patients évalués à l'HdJ EFPD du CHU de Toulouse. La cadre de santé du service nous a fourni la liste complète des MG dont un ou plusieurs patients ont été évalués entre septembre 2011 et août 2015. Cette liste comprenait les adresses postales et e-mails des médecins. Les adresses e-mails manquantes ou erronées ont été récupérées après appel téléphonique des cabinets médicaux concernés.

II- Elaboration du questionnaire

Une revue de la littérature (la méthode est disponible en annexe 1) a mis en évidence les éléments importants du courrier de sortie d'hospitalisation identifiés par les MG pour assurer la prise en charge sécurisée des patients à leur sortie. Les MG ont déclaré l'importance de présenter différemment les éléments les plus pertinents (7) (8) (9). L'utilisation de la mise en forme « gras » est proposée comme exemple (7). Ils ont rapporté l'importance d'un courrier structuré avec des titres et des sous-titres pour trouver rapidement les informations recherchées plutôt qu'une narration non structurée (9). Deux références proposaient la réalisation d'un résumé d'hospitalisation donné au patient le jour de sa sortie afin de le transmettre au MG (9) (10). L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), en 2001, le recommandait dans la préparation de la sortie du patient hospitalisé (11). Le courrier complet doit comporter outre les éléments administratifs, les éléments diagnostiques, l'histoire de la maladie, l'examen physique, les résultats des examens paracliniques normaux et anormaux, les recommandations des médecins spécialistes hospitaliers, les informations données au patient et à sa famille, les détails du suivi après sa sortie et le nom et le contact du médecin responsable à l'hôpital (7) (9) (11) (12) (13) (14). Concernant le moyen d'expédition, email et fax étaient les modes d'envoi plus efficaces que la voie postale ou remis au patient (7). La thèse de Merle Y. proposait une généralisation de la communication par e-mail en s'appuyant sur un système performant de protection des

données médicales (8). Règlementairement en France, le courrier de sortie doit être expédié dans les 8 jours suivant la sortie (article R710-2-1 du code de la santé publique (15)).

A partir de ces données de la littérature et avec le directeur de thèse, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux MG inclus. Le questionnaire est disponible en annexe 2. La partie I recueillait les informations descriptives de la population étudiée. Les parties II, III et IV regroupaient les questions concernant les courriers actuels de sortie de l'HdJ EFPD. La partie V concernait les attentes des MG au sujet de ces courriers. Des questions portaient sur l'utilisation de messagerie internet sécurisée. Un des projets, devenu réalité en février 2016, est la saisie des éléments du courrier, en présence du patient, sur tablette numérique afin d'accélérer l'envoi d'un courrier unique et définitif.

Le questionnaire a été mis en forme dans le logiciel en ligne Google Forms. Les réponses étaient collectées automatiquement dans un fichier au format Excel.

Le questionnaire a été testé sur un échantillon de trois MG du réseau de connaissance du directeur de thèse. Il n'y a pas eu de modification après leur lecture.

III- Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par e-mail ou par voie postale (pour les MG n'ayant pas internet) aux MG inclus, entre le 14 septembre et le 17 décembre 2015. L'e-mail accompagnant le questionnaire est disponible en annexe 3. Le premier e-mail a été envoyé le 14 septembre, la première relance était le 02 octobre, puis le 20 octobre (mail-type en annexe 4). Les médecins qui n'avaient pas encore répondu ont été contactés par téléphone entre le 02 novembre et le 17 décembre 2015 et un nouvel e-mail a été envoyé (annexe 5).

Les données ont été anonymisées.

IV- Méthode statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel 2013 pour PC et l'outil statistique en ligne BiostaTGV (16). Trois questions (n°16, 20 et 27) appelaient à des réponses libres. Seuls les éléments de ces réponses cités plusieurs fois ou semblant les plus pertinents ont été considérés dans l'analyse des résultats.

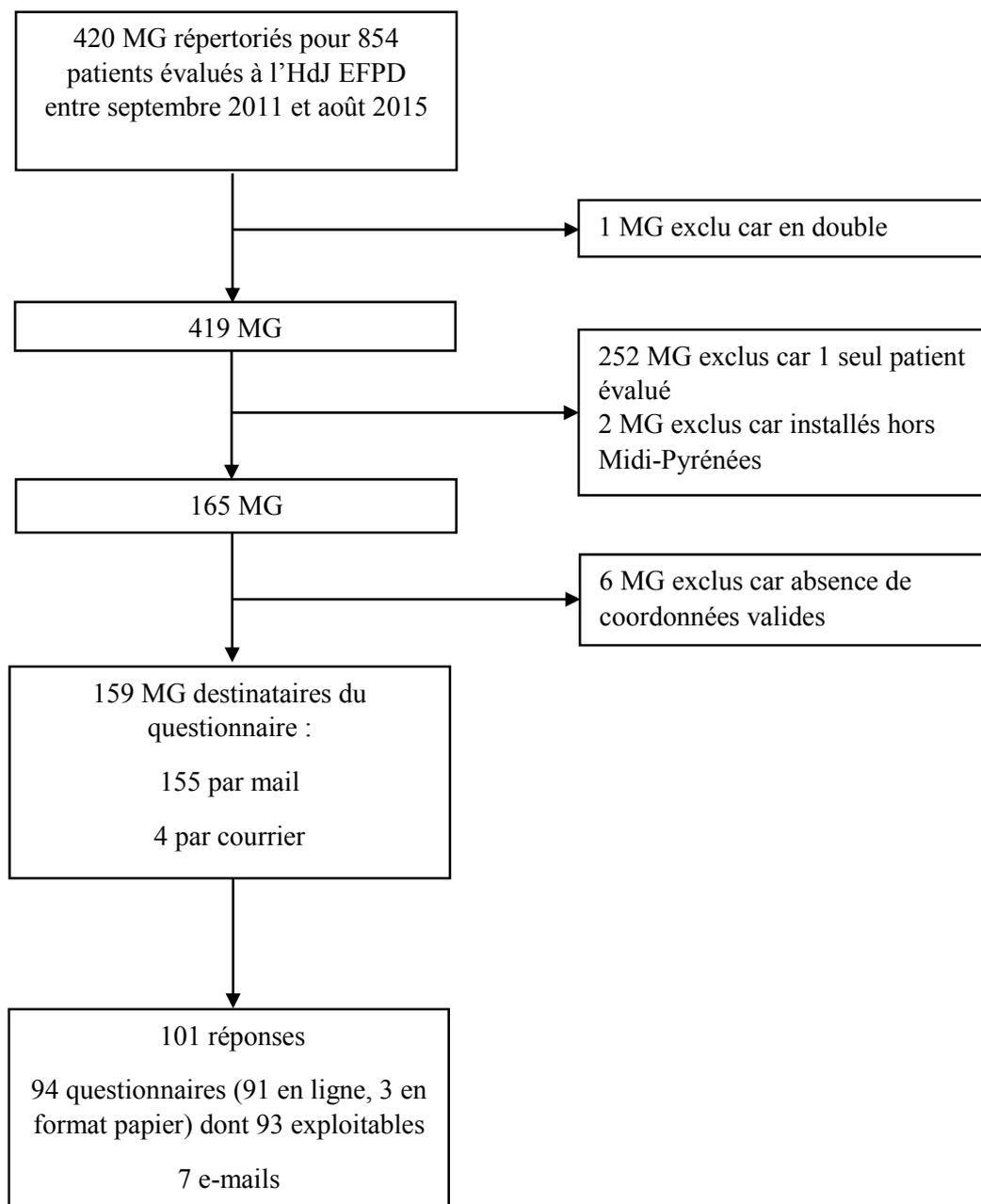
Le protocole est demeuré inchangé tout au long de l'étude.

RESULTATS

420 MG étaient répertoriés par l'HdJ EFPD.

La figure 1 représente le diagramme de flux de la liste initiale de MG fournie par l'HdJ EFPD.

Figure 1. Diagramme de flux



Quatre MG ont signalé par e-mail qu'ils avaient pris la retraite. Trois MG ont répondu par e-mail qu'ils ne souhaitent pas remplir le questionnaire pour divers motifs : absence de temps, activité principalement psychothérapeutique ou sans raison évoquée.

Parmi les 94 questionnaires remplis, un a été rempli deux fois par le même médecin, nous avons décidé de supprimer sa deuxième réponse. Celle-ci comportait 10 réponses différentes sur les 39 items du questionnaire. Les différences au niveau des échelles d'attitude étaient peu importantes.

Il reste donc 93 questionnaires exploitables. Le taux de réponse est de 60% (93/155).

I- Caractéristiques de la population de l'étude

Les caractéristiques de la population de l'étude sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude

	N = 93	%
Sexe		
Masculin	65	69.9
Féminin	28	30.1
Age		
25-35 ans	5	5.4
36-45 ans	14	15
46-55 ans	31	33.3
56-65 ans	36	38.7
Plus de 66 ans	7	7.5
Département d'installation		
Ariège	2	2.1
Haute Garonne	88	94.6
Tarn	2	2.1
Tarn et Garonne	1	1.1
Mode d'exercice		
Seul	25	26.9
Cabinet de plusieurs MG	59	63.4
Cabinet regroupant des professionnels médicaux et paramédicaux	6	6.4
Cabinet avec plusieurs spécialités médicales	1	1.1
Centre de santé	1	1.1
Autre : médecin coordonnateur EHPAD	1	1.1
Formation complémentaire en gériatrie		
Oui	30	32.2
Non	63	67.7
Patients en EHPAD dans la patientèle		
Oui	85	91.4
Non	8	8.6

Les formations complémentaires rapportées par les MG répondants étaient : 19 capacités de gérontologie, 12 Diplômes Universitaires (DU) et Diplômes Inter-Universitaires (DIU) (gériatrie, gérontologie, Maladie Alzheimer et troubles apparentés), 1 DU de médecin

coordonnateur en EHPAD et 3 formations médicales continues. Certains MG ont fait plusieurs formations.

L'année moyenne d'installation est 1992. L'écart-type est de 11 années.

Le tableau 2 présente le nombre de patients évalués par MG ayant répondu au questionnaire.

La moyenne est de 3.7 patients, l'écart-type de 3.3 patients par MG.

Tableau 2. Nombre de patients évalués par MG

Nombre de patients évalués par MG	Nombre de MG	Pourcentage
2	43	46.2
3	23	24.7
4	8	8.6
5	6	6.4
6	5	5.4
8	3	3.2
11	2	2.1
12	1	1.1
15	1	1.1
25	1	1.1

II- Questions sur les deux types de courrier de sortie

51 MG soit 54.8% connaissaient les deux types de courrier, et 42 soit 45.1% ne le connaissaient pas.

80 MG soit 86 % jugeaient intéressant dans la prise en charge de fournir au patient une copie du courrier « court ». A l'inverse, 13 MG soit 14 % n'y trouvaient pas de plus-value.

Deux courriers de sortie étaient une aide pour 63 MG (67.7%) versus 31 MG (33.3%).

Le délai de réception pour le courrier « court » était adapté pour 84 MG (90.3%), non adapté pour 9 (9.7%). Le délai de réception du courrier « long » était adapté pour 60 MG (64.5%), non adapté pour 33 MG (35.5%).

III- Questions sur le courrier « long »

Les MG ont trouvé que le nombre de propositions était adapté pour 77 d'entre eux (82.8%), trop important pour 15 d'entre eux (16.1%) et pas assez important pour un MG (1.1%).

Domaine fonctionnel

Le détail des évaluations paraît totalement adapté ou plutôt adapté pour 92 MG (98.9%). 90 MG (96.8%) ont déclaré que les propositions étaient totalement pertinentes ou plutôt pertinentes. Le détail des réponses est donné dans le tableau 3.

Tableau 3. Résultats dans le domaine fonctionnel

-	Totalement adapté n (%)	Plutôt adapté n (%)	Plutôt non adapté n (%)	Pas du tout adapté n (%)
Détail des évaluations	40 (43)	52 (55.9)*	1 (1.1)	0
-	Totalement pertinentes n (%)	Plutôt pertinentes n (%)	Plutôt non pertinentes n (%)	Pas du tout pertinentes n (%)
Pertinence des propositions	37 (39.8)	53 (57)*	3 (3.2)	0

* En gras, l'item ayant eu le plus de réponses.

Domaine nutritionnel

Le détail des évaluations paraît totalement adapté ou plutôt adapté pour 86 MG (92.5%). 88 MG (94.6%) ont déclaré que les propositions étaient totalement pertinentes ou plutôt pertinentes. Le détail des réponses est donné dans le tableau 4.

Tableau 4. Résultats dans le domaine nutritionnel

-	Totalement adapté n (%)	Plutôt adapté n (%)	Plutôt non adapté n (%)	Pas du tout adapté n (%)
Détail des évaluations	33 (35.5)	53 (57)*	7 (7.5)	0
-	Totalement pertinentes n (%)	Plutôt pertinentes n (%)	Plutôt non pertinentes n (%)	Pas du tout pertinentes n (%)
Pertinence des propositions	33 (35.5)	55 (59.1)*	5 (5.4)	0

* En gras, l'item ayant eu le plus de réponses.

Domaine cognitif

Le détail des évaluations paraît totalement adapté ou plutôt adapté pour 90 MG (96.8%). 88 MG (94.6%) ont déclaré que les propositions étaient totalement pertinentes ou plutôt pertinentes. Le détail des réponses est donné dans le tableau 5.

Tableau 5. Résultats dans le domaine cognitif

-	Totalement adapté n (%)	Plutôt adapté n (%)	Plutôt non adapté n (%)	Pas du tout adapté n (%)
Détail des évaluations	43 (46.2)	47 (50.5)*	3 (3.2)	0
-	Totalement pertinentes n (%)	Plutôt pertinentes n (%)	Plutôt non pertinentes n (%)	Pas du tout pertinentes n (%)
Pertinence des propositions	43 (46.2)	45 (48.4)*	5 (5.4)	0

* En gras, l'item ayant eu le plus de réponses.

Domaine social

Le détail des évaluations paraît totalement adapté ou plutôt adapté pour 86 MG (92.5). 88 MG (94.6%) ont déclaré que les propositions étaient totalement pertinentes ou plutôt pertinentes. A noter que 7 MG (7.5%) ont déclaré le détail des évaluations comme plutôt non adapté ou pas du tout adapté. 5 MG (5.4%) ont trouvé les propositions plutôt non pertinentes ou pas du tout pertinentes. Le détail des réponses est donné dans le tableau 6.

Tableau 6. Résultats dans le domaine social

-	Totalement adapté n (%)	Plutôt adapté n (%)	Plutôt non adapté n (%)	Pas du tout adapté n (%)
Détail des évaluations	34 (36.5)	52 (56)*	6 (6.4)	1 (1.1)
-	Totalement pertinentes n (%)	Plutôt pertinentes n (%)	Plutôt non pertinentes n (%)	Pas du tout pertinentes n (%)
Pertinence des propositions	26 (27.9)	62 (66.7)*	4 (4.3)	1 (1.1)

* En gras, l'item ayant eu le plus de réponses.

Domaine thérapeutique

Le détail des évaluations paraît totalement adapté ou plutôt adapté pour 91 MG (97.8%). 90 MG (96.8%) ont déclaré que les propositions étaient totalement pertinentes ou plutôt pertinentes. Le détail des réponses est donné dans le tableau 7.

Tableau 7. Résultats dans le domaine thérapeutique

-	Totalement adapté n (%)	Plutôt adapté n (%)	Plutôt non adapté n (%)	Pas du tout adapté n (%)
Détail des évaluations	43 (46.2)	48 (51.6)	2 (2.2)	0
-	Totalement pertinentes n (%)	Plutôt pertinentes n (%)	Plutôt non pertinentes n (%)	Pas du tout pertinentes n (%)
Pertinence des propositions	36 (38.7)	54 (58.1)	3 (3.2)	0

* En gras, l'item ayant eu le plus de réponses.

IV- Les attentes des MG concernant ces courriers

54 MG soit 58.1% souhaitent conserver les deux courriers versus 39 (41.9%).

Si un seul courrier suffisait, 79 MG (84.9%) souhaitent que le détail de chaque évaluation y figure contre 14 MG (15.1%).

Présentation des résultats

64 MG (68.8%) ne pensaient pas nécessaire de limiter le nombre de propositions dans chaque domaine contre 29 (31.2%).

25 MG (26.9%) ont répondu à la question non obligatoire concernant le nombre maximal de propositions dans chaque domaine. 12 MG (48%) ont répondu 2. La moyenne était de 2.1 propositions, l'écart-type était de 0.9, le minimum 1, le maximum 4 propositions par domaine.

72 MG (77.4%) pensaient qu'il faudrait hiérarchiser les propositions contre 21 (22.6%). 69 MG (74.2%) ont proposé que cette hiérarchie soit de la plus urgente à la moins urgente, 14 (15.1%) de la plus simple à réaliser à la plus complexe, 10 (10.7%) ont choisi « autre » mais trois n'ont pas précisé leur réponse. Parmi les 7 restants, 4 ont proposé une hiérarchie alliant urgence et simplicité de mise en pratique.

78 MG (84.8%) se sentaient aidés lorsque des éléments importants du courrier figuraient en gras, contre 14 MG (15.2%). 1 MG n'a pas répondu à cette question.

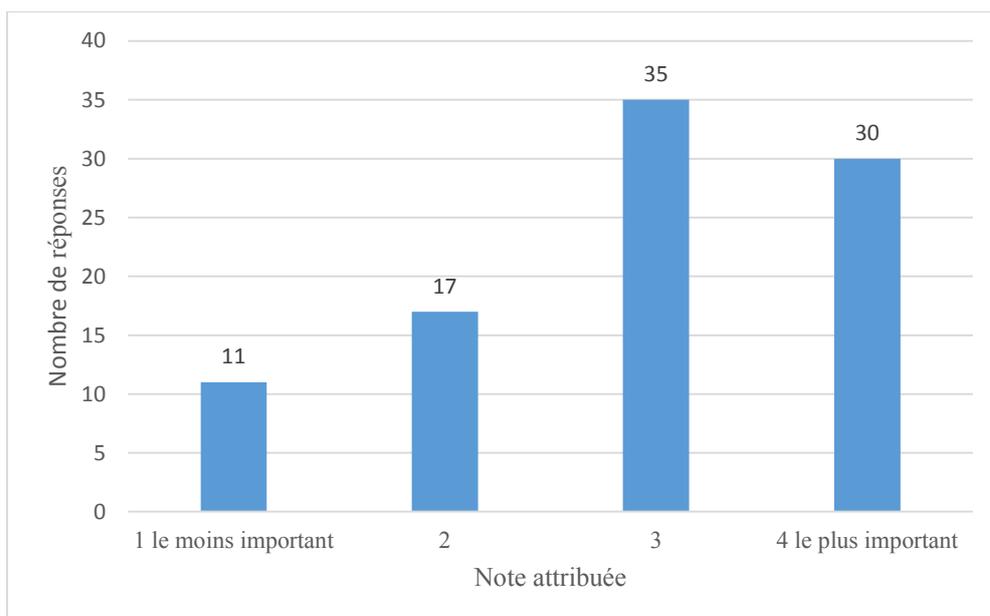
Les moyennes et les écart-types des notes (de 1, la moins importante à 4, la plus importante) attribuées pour l'importance de mettre en évidence les facteurs de fragilité, les propositions dans chaque domaine, uniquement les propositions urgentes et les dates des prochains rendez-vous sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8. Moyenne et écart-type des notes attribuées pour l'importance de mettre en évidence les éléments proposés

-	Moyenne	Ecart-type
Facteurs de fragilité	2.90	0.98
Propositions dans tous les domaines quel que soit le degré d'urgence	2.88	0.85
Uniquement les propositions urgentes	3.18	1.02
Dates des prochains rendez-vous	2.19	1.04

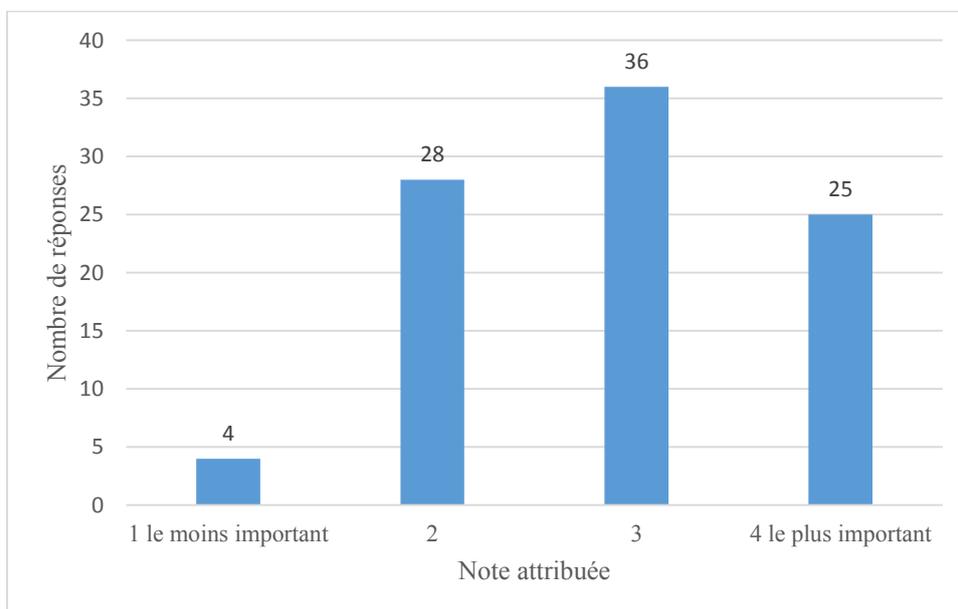
Les résultats complets concernant les facteurs de fragilité sont présentés dans la figure 2.

Figure 2. Notation de l'importance de mettre en évidence les facteurs de fragilité.



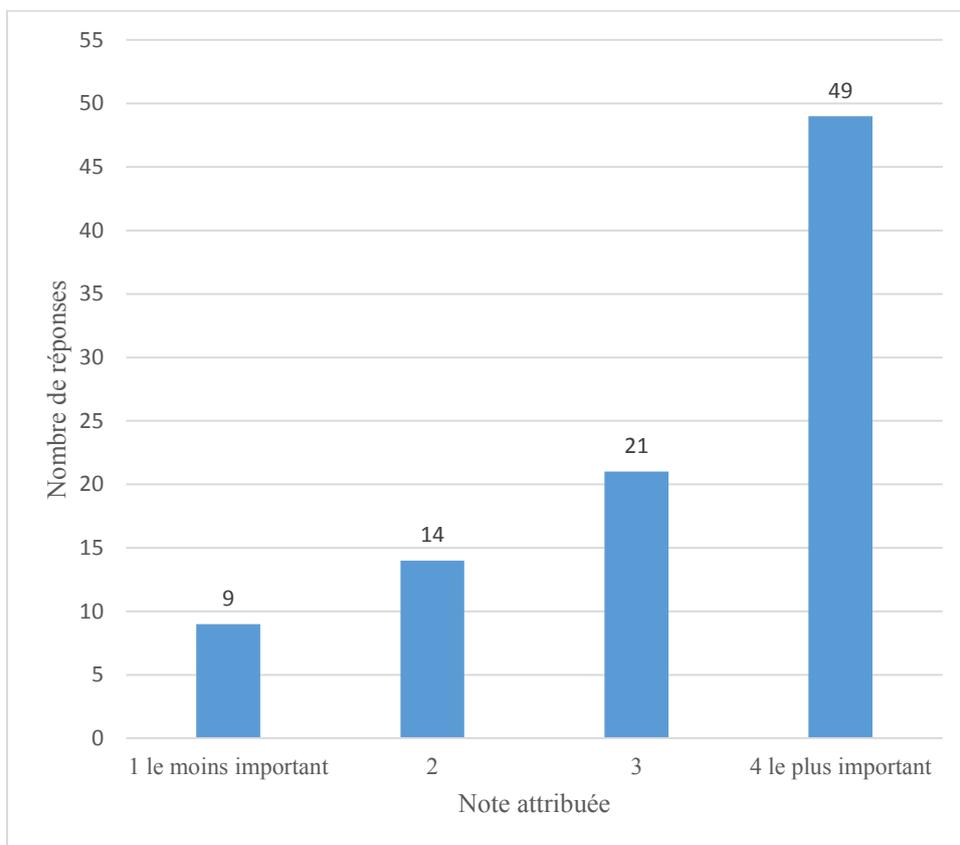
Les résultats complets concernant les propositions dans tous les domaines quel que soit le degré d'urgence sont présentés dans la figure 3.

Figure 3. Notation de l'importance de mettre en évidence les propositions dans tous les domaines



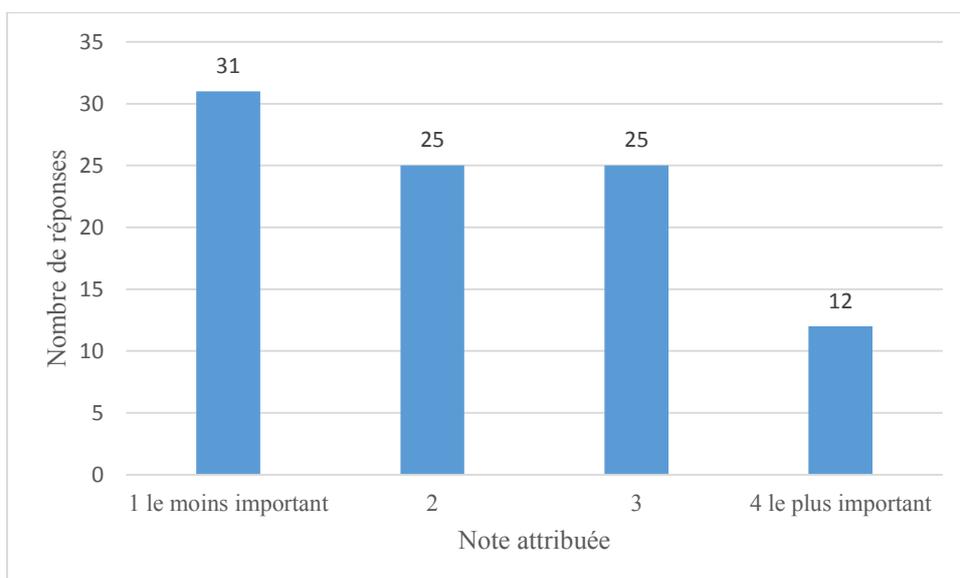
Les résultats complets concernant l'importance de mettre en évidence uniquement les propositions urgentes sont présentés dans la figure 4.

Figure 4. Notation de l'importance de mettre en évidence uniquement les propositions urgentes.



Les résultats complets concernant l'importance de mettre en évidence les dates des prochains rendez-vous sont présentés dans la figure 5.

Figure 5. Notation de l'importance de mettre en évidence uniquement les dates des prochains rendez-vous



Utilisation d'une messagerie internet sécurisée

84 MG (90.3%) contre 8 MG (9.7%) utilisaient une messagerie internet sécurisée type Medimail. 67 MG (72%) contre 26 (28%) pensaient que la réception du courrier par e-mail pourrait être une plus-value dans la prise en charge de leur patient.

Question libre sur les attentes des MG concernant ces courriers

Cette question était obligatoire dans le questionnaire, ainsi 90 MG y ont répondu (3 ont mis des espaces ou de la ponctuation dans l'espace de réponse).

Les éléments cités plusieurs fois concernent le contenant et le contenu des courriers.

Pour le contenant, ils ont demandé le maintien de deux courriers tant qu'il y aura un décalage de réception, sinon un courrier pour le patient et le courrier long pour le médecin.

Pour le contenu, 2 à 4 objectifs au maximum pour le patient, en se basant sur les possibilités du patient. Les MG ont insisté sur l'importance de l'aspect pratique et réalisable des propositions faites. Sur le plan thérapeutique, des MG ont proposé que plusieurs alternatives, lorsque cela est possible, soient décrites. Il a été proposé de définir un gériatre référent, ou bien de rendre systématique un contact téléphonique entre le médecin évaluateur et le MG. Un MG a demandé une description des critères de réévaluation à distance. Sur le plan social, ils ont demandé plus de contacts utiles.

Question libre « remarques supplémentaires »

Un MG a signalé qu'un de ses patients « avait mal vécu l'évaluation, lui faisant prendre conscience qu'il vieillissait ». Il a été proposé de créer un numéro de téléphone réservé aux professionnels afin de poser des questions complémentaires après l'évaluation. Un MG a proposé une confrontation de la perception du MG dans les cinq domaines avec les résultats de l'évaluation. Cela pourrait passer par l'ajout d'une rubrique sur la fiche de demande de rendez-vous avec pour chaque domaine une échelle de 1 à 4 où le MG indiquerait sa perception de la fragilité du patient. Un MG a écrit qu'il trouvait que le deuxième courrier était une « perte de temps », car il cherchait les informations supplémentaires qui s'y trouvaient par rapport au premier courrier reçu.

V- Analyse comparative selon la réalisation d'une formation complémentaire en gériatrie

Nous avons réalisé des analyses comparatives entre les médecins ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie et ceux qui n'en ont pas fait.

Nous présentons dans ce chapitre uniquement les résultats statistiquement significatifs. L'ensemble des analyses est disponible en annexe 5.

Détail de l'évaluation

Seule une analyse dans le domaine fonctionnel est statistiquement significative.

Les médecins n'ayant pas effectué une formation complémentaire en gériatrie ont déclaré le détail de l'évaluation du domaine fonctionnel comme « plutôt adapté » à 76.9% en comparaison aux médecins ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie (23.1%) avec $p = 0.032$ (test χ^2). Les résultats complets sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9. Analyse dans le domaine fonctionnel

$p = 0,032$		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Plutôt adapté n = 52 (%)	12 (23,1)	40 (76,9)
	Autres réponses n = 41 (%)	18 (43,9)	23 (56,1)

Pertinence des propositions

Seuls les résultats des analyses dans les domaines cognitif et thérapeutique sont statistiquement significatifs.

Domaine cognitif

Les médecins n'ayant pas effectué une formation complémentaire en gériatrie ont déclaré les propositions dans le domaine cognitif comme « plutôt pertinentes » à 77.8% en comparaison aux médecins ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie (22.2%) avec $p = 0.045$ (test χ^2). Les résultats complets sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10. Analyse dans le domaine cognitif

$p = 0.045$		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Plutôt pertinentes n = 45 (%)	10 (22,2)	35 (77,8)
	Autres réponses n = 48 (%)	20 (41,7)	28 (58,3)

Domaine thérapeutique

Les médecins n'ayant pas effectué une formation complémentaire en gériatrie ont déclaré les propositions dans le domaine thérapeutique comme « totalement pertinentes » à 55.6%

en comparaison aux médecins ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie (44.1%) avec $p = 0.046$ (test chi2). Les résultats complets sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11. Analyse dans le domaine thérapeutique

$p = 0.046$		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Totalement pertinentes n = 36 (%)	16 (44,4)	20 (55,6)
	Autres réponses n = 57 (%)	14 (24,6)	43 (75,4)

VI- Analyse comparative selon le nombre de patients évalués

Nous avons réalisé des analyses comparatives entre les médecins ayant eu 2 patients évalués à l'HdJ EFPD et ceux en ayant 3 ou plus.

Limitation du nombre de propositions

Les médecins ayant 3 patients ou plus évalués à l'HdJ EFPD sont favorables à une limitation des propositions dans chaque domaine à 65.5% comparés à ceux en ayant 2 (34.5%) ($p=0.12$ test chi2). Les résultats complets sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13. Analyse du souhait de limitation du nombre de propositions

$p = 0,12$		Nombre de sujets évalués par MG	
		=2 [n = 43]	≥ 3 [n = 50]
Limiter le nombre de proposition dans chaque domaine	Oui n = 29 (%)	10 (34,5)	19 (65,5)
	Non n = 64 (%)	33 (51,6)	31 (48,4)

Hierarchisation des propositions

Les médecins ayant 3 patients ou plus évalués à l'HdJ EFPD sont favorables à une hiérarchisation des propositions à 52.8% comparés à ceux en ayant 2 (47.2%) ($p=0.72$, test chi2). Les résultats complets sont présentés dans le tableau 14.

Tableau 14. Analyse du souhait de hiérarchiser les propositions

$p = 0,72$		Nombre de sujets évalués par MG	
		= 2 (n = 43)	≥ 3 (n = 50)
Hiérarchiser les propositions	Oui n = 72 (%)	34 (47,2)	38 (52,8)
	Non n = 21 (%)	9 (42,9)	12 (57,1)

DISCUSSION

I- Résultats principaux

Le taux de réponse est élevé (60 %). Ce qui donne une légitimité à ce travail.

Format des courriers

La majorité des MG (67.7%) ont préféré 2 courriers. Ce nombre est à modérer du fait que 45.1% des MG interrogés n'avaient pas connaissance de l'existence de deux courriers. Le fait que le patient ait une copie est une aide dans leur prise en charge pour 86% des MG interrogés. 58.1% souhaitaient conserver deux courriers, au moins tant qu'il y aura un décalage de réception entre les deux. Le délai de réception du courrier « court » était adapté pour 90.3% des MG, contre 64.5 pour le courrier « long ».

72% des MG interrogés pensaient que la réception du courrier par e-mail pourrait être une plus-value dans la prise en charge de leur patient.

Contenu

Le nombre de propositions par domaine était adapté pour les MG (82.8%). Dans chaque domaine, le détail des évaluations était plutôt adapté et la pertinence des propositions plutôt bonne. La seule réserve était dans le domaine social. Les propositions devraient être hiérarchisées, de la plus urgente à la moins urgente en essayant de prendre en compte la mise en pratique.

Dans les réponses libres, le patient devrait avoir au maximum 2 à 4 objectifs.

Les facteurs de fragilité et les propositions urgentes devraient être mis en évidence dans le courrier.

Il a été proposé de définir un gériatre référent, ou bien de rendre systématique un contact téléphonique entre le médecin évaluateur et le MG.

Les analyses bivariées comparant les MG ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie et ceux n'en ayant pas effectué ont mis en évidence des résultats statistiquement significatifs dans les domaines fonctionnel, cognitif et thérapeutique. Nous constatons que les MG ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie ont moins bien évalué les différents items que leurs confrères n'en ayant pas effectué. Leur meilleure formation en gériatrie peut expliquer leur plus grande exigence.

II- Forces et Faiblesses

Forces

Notre étude est originale. La fragilité est un domaine récent. Aucune étude sur la communication entre les médecins évaluateurs de la fragilité et les MG n'avait été réalisée. Notre étude a permis de proposer des pistes d'amélioration du courrier de sortie.

Faiblesses

Malgré le taux de réponse satisfaisant, 62 MG ne se sont pas exprimés. Comme tout questionnaire, ce sont peut-être les MG les plus motivés qui ont répondu. Il aurait été intéressant de connaître les raisons de non-participation à cette enquête.

Nous avons fait le choix de deux patients minimum évalués par MG, sans quoi le nombre de MG interrogés aurait été trop faible. Nous n'avons pas fait toutes les analyses comparatives entre les MG ayant 2 patients évalués et ceux en ayant 3 ou plus. Cependant les deux analyses effectuées n'étaient pas statistiquement significatives.

Biais de mémorisation

Nous n'avons pas pu rappeler aux MG les noms de leurs patients évalués afin qu'ils puissent relire les dossiers médicaux. Ainsi leurs réponses devaient être données en fonction de leurs souvenirs.

Biais de déclaration

Le dépistage de la fragilité a un but « noble » : prévenir l'entrée dans la dépendance. Ainsi, un MG ne peut être que d'accord. Cela a pu influencer les réponses concernant les questions sur les détails des évaluations dans chaque domaine et la pertinence des propositions. Les réponses à ces items étaient, en effet, plutôt amélioratives.

III- Confrontation aux données de la littérature

Population

30% des MG de notre étude étaient des femmes, ce qui est en concordance avec l'atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre qui comptabilise au 1^{er} janvier 2015 de 36% de MG femmes en France (17). 30 % des MG libéraux et mixtes ont plus de 60 ans et 13.6% moins de 40 ans, en France. Dans notre étude, nous n'avons pas les mêmes « limites » à la question de l'âge, mais il semblerait que nous ayons un pourcentage supérieur de MG de plus de 60 ans par rapport à la moyenne nationale.

Format du courrier

Plusieurs études rapportent l'importance de mettre en évidence les éléments qui sont les plus pertinents pour la suite de la prise en charge du patient (7) (8) (9).

De nouveaux logiciels permettent désormais la création de courrier de sortie d'hospitalisation automatiquement après que le médecin ait rempli les différents champs demandés (9). Ce type de compte-rendu d'hospitalisation est préféré par les MG dans deux études (14) (18). Cependant dans une autre étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative en terme de qualité, d'exhaustivité et d'organisation entre un compte-rendu dicté puis retranscrit et un compte-rendu électronique automatisé (19).

Depuis le 1^{er} février 2016, la saisie des données de l'évaluation de chaque patient se fait en direct sur tablette numérique permettant l'envoi d'un unique courrier dans un délai d'une semaine.

Moyen d'expédition

Dans l'étude de CHEN Y. et al. en 2009 : email et fax sont des modes d'envoi plus efficaces que par voie postale ou remis au patient (20), ce qui est en accord avec la volonté exprimée dans cette étude par les MG de recevoir le courrier par e-mail.

Délai de réception par les MG

Règlementairement en France, le compte-rendu d'hospitalisation doit être expédié dans les 8 jours suivant la sortie d'hospitalisation (11) (article R710-2-1 du code de la santé publique (15)). En pratique, de nombreuses études mettent en évidence un délai plus long en France mais aussi à l'étranger (7) (8) (9) (11) (12) (14) (21) (22). Yemm et al suggèrent que le délai idéal soit moins de 24 heures afin d'éviter de mauvaises décisions médicales par manque d'informations (12). Le nouveau type de courrier de l'HdJ EFPD devrait permettre d'approcher ce délai idéal.

Contenu

Il n'existe pas de littérature sur le contenu très singulier de cet hôpital de jour centré sur la prévention en gériatrie.

Plusieurs études ont recensé l'importance d'avoir le nom et le contact d'un médecin responsable à l'hôpital (9) (10) (11) (12) (13) (22). Cette information a également été rapportée par les MG dans les questions à commentaires libres de cette étude. A noter

qu'actuellement, le nom du médecin examinateur, son adresse e-mail et le numéro de téléphone de l'HdJ EFPD font systématiquement partie du courrier de sortie.

IV- Propositions

Notre étude propose la réalisation de deux courriers tant que le délai d'expédition entre les deux sera important.

Le courrier est la propriété du patient, mais celui-ci n'est pas toujours concret pour lui ou les aidants. Les MG ont proposé de limiter les objectifs donnés au patient entre 2 et 4. Nous pensons qu'il serait intéressant de donner le jour de l'évaluation, un document propre au patient, qui ne contiendrait que 2 à 3 objectifs négociés avec le patient.

Le courrier destiné au MG traitant devrait être expédié dans la semaine, idéalement par e-mail. Ce courrier comprendrait le détail de chaque évaluation dans les différents domaines et les propositions. Si possible, il faudrait classer les propositions de la plus urgente à la moins urgente en alliant l'aspect pratique à mettre en place. Dans le domaine thérapeutique, si possible, détailler plusieurs alternatives thérapeutiques. Les éléments les plus importants pourraient être mis en évidence (par exemple en gras). Les facteurs de fragilité et les propositions urgentes pourraient être mis plus en évidence.

Les MG ont signalé un manque de contact avec le médecin évaluateur de l'HdJ EFPD malgré les efforts effectués par ces derniers. Il serait intéressant de rappeler aux MG qu'ils peuvent les contacter par téléphone ou e-mail en cas de question. L'amélioration de la communication entre les MG et les médecins évaluateurs ne pourra que renforcer la mise en place du plan personnalisé de soins.

V- Eléments à évaluer

Il serait utile de réaliser une étude comparative des prises en charge des MG en fonction des courriers avec un critère de jugement fort évaluant l'amélioration ou non de la prévention de l'entrée dans la dépendance. Cette étude serait probablement difficile à mettre en place, mais aurait l'avantage d'être de fort niveau de preuve.

Ce n'était pas le but de notre étude mais nous pensons qu'il serait utile d'interroger les MG sur le suivi des patients après leur évaluation initiale à l'HdJ EFPD.

CONCLUSION

Le concept de fragilité en gériatrie est apparu dans les années 1970. A l'heure actuelle, aucune définition n'est consensuelle au plan international. 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. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible (5). La création de l'HdJ EFPD du CHU de Toulouse a donc pour but d'évaluer les facteurs de fragilité de patients adressés par leur MG traitant et de proposer un plan personnalisé de soins pour prévenir l'entrée dans la dépendance. Les deux courriers de sortie n'avaient jamais été évalués par les MG depuis la création de l'HDJ EFPD en 2011.

Ce travail de thèse a pour objectif principal l'évaluation par les MG des différents courriers de l'HdJ EFPD, et pour objectif secondaire, le recueil des attentes des MG concernant ces deux courriers de sortie.

Nous avons réalisé une étude descriptive de type transversale. Un questionnaire a été envoyé aux MG ayant eu au moins 2 patients évalués à l'HDJ EFPD du CHU de Toulouse.

60 % des MG interrogés ont répondu au questionnaire.

Le délai de réception était adapté pour le courrier « court » pour 90,3% des MG, pour le courrier « long » à hauteur de 64.5% d'entre eux. Dans chaque domaine, le détail des évaluations était plutôt adapté et la pertinence des propositions plutôt bonne.

Ils étaient favorables au maintien de deux courriers tant qu'il y aura un décalage de réception entre les deux. Ils pensaient nécessaire de hiérarchiser les propositions faites. Ils souhaitaient que les éléments les plus pertinents soient mis en évidence dans le courrier, notamment les facteurs de fragilité et les propositions les plus urgentes à réaliser. Ils suggéraient de limiter le nombre de propositions données au patient. Ils trouvaient une plus-value dans leur prise en charge de recevoir le courrier par e-mail.

Cette étude propose des modifications du courrier de sortie de l'HdJ EFPD afin d'améliorer la prise en charge des facteurs de fragilité par les MG.

Depuis le 1^{er} février 2016, ce courrier est saisi par le médecin évaluateur sur tablette numérique, permettant une expédition plus rapide d'un courrier unique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J, NEWMAN AB, HIRSCH C, GOTTDIENER J, et al. Frailty in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56A(3):M146-56.
2. ROCKWOOD K, STOLEE P, ROBERSTON D, BEATTIE BL. Frailty in elderly people : an evolving concept. *Can Med Assoc J*. 1994;150(4):489-95.
3. MORLEY JE, VELLAS B, ABELLAN VAN KAN G, ANKER SD, BAUER JM, BERNABEI R, et al. Frailty Consensus : A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7.
4. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions organisation des parcours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
5. ROLLAND Y, BENETOS A, GENTRIC A, ANKRI J, BLANCHARD F, BONNEFOY M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
6. CHU TOULOUSE. Qu'est-ce que l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ? - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. Hôpitaux de Toulouse. 2012 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.chu-toulouse.fr/-qu-est-ce-que-l-hopital-de-jour-d-evaluation-des->
7. BUREAU ML. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation [Thèse de Doctorat en Médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2012.
8. MERLE Y. Étude des relations entre les médecins généralistes et les médecins des consultations mémoire de la région de Strasbourg et du Kochersberg [Thèse de Doctorat en Médecine]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2014.
9. KRIPALANI S, LEFEVRE F, PHILIPS CO, WILLIAMS MV, BASAVIAH P, BAKER DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831-41.
10. DUFAITRE M. Lien ville hôpital : définition du contenu d'une fiche de liaison à destination des médecins généralistes à la sortie d'un service de gériatrie, en Isère [Thèse de Doctorat en Médecine]. [Grenoble]: Université de Grenoble; 2015.
11. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Préparation de la sortie du patient hospitalisé [Internet]. 2001 [cité 29 août 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009->

08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf

12. YEMM, ROWAN, BHATTACHARYA, DEBI, WRIGHT, DAVID. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *Int J Med Educ.* 2014;5:125-31.
13. MASTELLOS N, CAR J, MAJEED A, AYLIN P. Using information to deliver safer care : a mixed-methods study exploring general practitioners' information needs in North West London primary care. *J Innov Health Inform.* 8 déc 2014;22(1):207-13.
14. O'LEARY KJ, LIEBOVITZ DM, FEINGLASS J, LISS DT, EVANS DB, KULKARNI N, et al. Creating a better discharge summary : Improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* avr 2009;4(4):219-25.
15. Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. 2002-637 avr 29, 2002.
16. Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique, Réseau Sentinelles. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 10 févr 2016]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
17. BOUET P, RAULT J-F, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale - Situation au 1er janvier 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins. juin 2015;322.
18. ALDERTON M, CALLEN J. Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries ? *Health Inf Manag J.* 2007;36(I 2007):7-12.
19. MASLOVE D, LEITER R, GRIESMAN J, ARNOTT C, MOURAD O, CHOW C, et al. Electronic versus dictated hospital discharge summaries: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2009;24(9):995-1001.
20. CHEN Y, BRENNAN N, MAGRABI F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inf.* 2009;79(3):167-72.
21. FRANCOIS P, BOUSSAT B, FOURNY M, SEIGNEURIN A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique.* 15 mars 2014;Vol. 26(2):189-97.
22. O'LEARY K, LIEBOVITZ DM, FEINGLASS J, LISS DT, BAKER DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* 1 sept 2006;1(5):317-20.
23. HAS. Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 [cité 1 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Méthode de la revue de la littérature effectuée

Le travail a été effectué par un seul chercheur.

1 Critères de sélection

Critères d'inclusion :

- Dates : entre janvier 1995 et août 2015.
- Etudes rédigées en français ou en anglais.
- La population concernée est constituée par les médecins généralistes recevant un compte rendu de sortie d'hospitalisation pour un de leur patient.
- Type d'intervention : tous travaux de recherches concernant au compte rendu de sortie d'hospitalisation en général ou de gériatrie, à destination des médecins généralistes.

Critères d'exclusion :

- Etudes rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais
- Etudes qui ne répondent pas à la question.
- Etudes concernant un service d'accueil des urgences ou un service de chirurgie (y compris obstétricale), en effet ces deux secteurs d'hospitalisation sont des secteurs de prise en charge particuliers. Les comptes rendus de sortie de ces secteurs sont différents de ceux des autres secteurs d'hospitalisation comme la gériatrie (pour les urgences, essentiellement basés sur les examens complémentaires effectués et la surveillance au domicile, en chirurgie sur le compte rendu opératoire et les suites opératoires).
- Etudes dont on ne peut évaluer le niveau de preuve par défaut de description de la méthodologie.
- Etudes dont la méthodologie ne permet pas de répondre à la question et dont les données sont inexploitable.

2 Stratégies de recherche

Recherche par banque de données

La recherche a été réalisée entre juillet et août 2015 via internet sur les banques de données suivantes : Medline, Web of Science et la bibliothèque Cochrane.

Plusieurs équations de recherche ont été testées pour chaque banque de données pour retenir la plus sensible et la plus spécifique. L'équation de recherche n'a pas été facile à trouver du fait de la multiplicité des synonymes pour les comptes rendus d'hospitalisation en français notamment, mais aussi des mots clefs liés au sujet choisi : communication en médecine, lien ville-hôpital, coopération médicale, relation hôpital-médecin, collaboration ville-hôpital

Base de données	Equations de recherche	Limites
Medline	discharge summar* AND general practi*	Dates : 1995 - 2015
Web of Science	"patient discharge summar*" AND general* practi*	Dates : 1995 - 2015
Bibliothèque Cochrane	discharge summar*	Dates : 1995 – 2015 All EBM Reviews

Recherche manuelle

Via les moteurs de recherche et la recherche d'information sur internet via EM Premium, Cismef, SUDOC (Système Universitaire de Documentation), la banque de données en santé publiques (BDSP), Cairn et Persée, les articles et études traitant des comptes rendus de sortie d'hospitalisation ont été sélectionnés après lecture du titre et ou du résumé.

CAIRN n'a pas été utilisé en raison de l'impossibilité de trouver une équation de recherche satisfaisante.

La bibliographie a été consultée pour sélectionner des études non retrouvées via les moteurs de recherche.

Sites	Equations de recherche	Limites
EM premium	Hopit* de jour AND generaliste AND geriatrie AND courrier de sortie d'hospitalisation	- Dans Titres, mots clef, résumés - Dates 1995 - 2015 - Excluant les archives des traités EMC - Dans : Annales de Médecine Interne, Clinics in Family Practice, European Geriatric Medicine, Guide pratique de la consultation en gériatrie, Médecine & Longévité, Neuropsychologie du vieillessement normal et pathologique, NPG, Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour, Primary Care: Clinics in Office Practice, Revue du soignant en gériatrie et Soins gérontologie

SUDOC Système Universitaire de Documentation	Geriatric AND coopération médicale Communication AND sortie AND hospital hopit* de jour AND generaliste*	
CISMEF	Compte rendu de sortie des patients	
Banque de données en Santé Publique BDSP	geriatri* AND communication en médecine	- Dates : 1995 - 2015
Persée	"résumé de sortie" AND hopit* OR hospit*	- Dates : 1995 - 2015

3 Sélection des études

Pour chaque banque de données, tous les articles retrouvés par l'équation de recherche ont été sélectionnés. Pour la recherche manuelle, toutes les études et articles traitant du compte-rendu de sortie d'hospitalisation ont été sélectionnés après lecture du titre et ou du résumé. Puis les doublons ont été exclus.

La deuxième sélection a été effectuée après lecture des titres et / ou résumés.

Ensuite une sélection a été faite après lecture complète des études et articles. La sélection des études a été présentée sous forme de diagramme (PRIMA 2009 flow diagram).

4 Evaluation des études et analyse des données

Ce travail n'étant pas une revue systématique de la littérature, nous n'avons pas utilisé les grilles de lectures habituelles comme COREQ pour les études qualitatives, STROBE pour les études observationnelles et PRISMA pour les revues systématiques de la littérature.

Le niveau de preuve a été défini selon la grille de la Haute Autorité de Santé (HAS) (23) suivante :

Evaluation du niveau de preuve des études selon l'HAS

Niveau de preuve	Description
Fort	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée - la réalisation est effectuée sans biais majeur - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs - la puissance est suffisante
Intermédiaire	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance à posteriori insuffisante) - et/ou anomalies mineures
faible	- autres types d'études

Nous n'avons pas réalisé d'étude quantitative des données de chaque article sélectionné car il s'agit d'une revue de la littérature et non une revue systématique de la littérature.

Seule une synthèse qualitative des résultats a été effectuée. La variabilité des méthodes de recherche, des populations, des interventions et des résultats ne permet pas une analyse quantitative de qualité.

Annexe 2 : Questionnaire type

Thèse sur votre vision du courrier de sortie de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse

Merci d'écrire le plus lisiblement possible et de respecter l'ordre des questions. Les questions avec un astérisque sont obligatoires *.

I- Apprendre à vous connaître

1) Nom prénom *

Les réponses seront anonymisées. Votre identité nous permettra de ne pas relancer ceux qui ont déjà répondu !

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- 66 ans et plus

3) Quelle est votre année d'installation ? *

En cas de plusieurs installations, merci d'indiquer l'année de la première et de la dernière installation.

4) Dans quel département êtes-vous installé ? *

5) Comment exercez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles

- Seul
- Cabinet de groupe de médecins généralistes
- Cabinet de groupe avec plusieurs spécialités médicales
- Regroupement de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux
- Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Pôle de Santé
- Centre de santé
- Autre. Précisez :

6) Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ? *

- Oui
- Non

7) Si oui, laquelle ?

DU, DIU, Capacité, FMC ... Merci de préciser l'intitulé

8) Avez-vous dans votre patientèle des patients en EHPAD ? *

- Oui
- Non

II - Les courriers de sortie des patients évalués à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance

9) Connaissez-vous les deux types de courrier qui existent à la sortie de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ? *

- Oui
- Non

III - Voici un tableau récapitulant les différences entre les deux courriers :

Courrier court	Courrier long
Donné au patient le jour de l'évaluation Envoyé au médecin traitant dans un délai de 7 jours maximum	Envoyé au médecin traitant dans un délai de 1 à 4 semaines
Facteurs de fragilité Propositions de prise en charge	Liste des intervenants Antécédents Mode de vie Traitements Facteurs de fragilité Résultats des différentes évaluations (domaine fonctionnel, nutritionnel, cognitif) Propositions d'adaptations thérapeutiques Propositions de prise en charge

10) Est-ce que le fait que le patient ait une copie du courrier court est une aide dans sa prise en charge ? *

- Oui
- Non

11) Est-ce que le fait qu'il y ait deux courriers vous apporte une plus-value dans la prise en charge de votre patient ? *

- Oui
- Non

12) Est-ce que le délai de réception du courrier est adapté à la prise en charge de votre patient ?*

Pour le courrier court : Oui Non
Pour le courrier long : Oui Non

IV- Concernant le courrier « long »

13) Est-ce que le détail de chaque évaluation est adapté pour la prise en charge de votre patient ?*

Dans le domaine fonctionnel ?	Oui totalement adapté <input type="radio"/>	Plutôt adapté <input type="radio"/>	Plutôt non adapté <input type="radio"/>	Non pas du tout adapté <input type="radio"/>
Dans le domaine nutritionnel ?	Oui totalement adapté <input type="radio"/>	Plutôt adapté <input type="radio"/>	Plutôt non adapté <input type="radio"/>	Non pas du tout adapté <input type="radio"/>
Dans le domaine cognitif ?	Oui totalement adapté <input type="radio"/>	Plutôt adapté <input type="radio"/>	Plutôt non adapté <input type="radio"/>	Non pas du tout adapté <input type="radio"/>
Dans le domaine social ?	Oui totalement adapté <input type="radio"/>	Plutôt adapté <input type="radio"/>	Plutôt non adapté <input type="radio"/>	Non pas du tout adapté <input type="radio"/>
Dans le domaine thérapeutique ?	Oui totalement adapté <input type="radio"/>	Plutôt adapté <input type="radio"/>	Plutôt non adapté <input type="radio"/>	Non pas du tout adapté <input type="radio"/>

14) Est-ce que les propositions vous semblent pertinentes pour la prise en charge de votre patient ? *

Dans le domaine fonctionnel ?	Oui totalement pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt non pertinentes <input type="radio"/>	Non pas du tout pertinentes <input type="radio"/>
Dans le domaine nutritionnel ?	Oui totalement pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt non pertinentes <input type="radio"/>	Non pas du tout pertinentes <input type="radio"/>
Dans le domaine cognitif ?	Oui totalement pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt non pertinentes <input type="radio"/>	Non pas du tout pertinentes <input type="radio"/>
Dans le domaine social ?	Oui totalement pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt non pertinentes <input type="radio"/>	Non pas du tout pertinentes <input type="radio"/>
Dans le domaine thérapeutique ?	Oui totalement pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt pertinentes <input type="radio"/>	Plutôt non pertinentes <input type="radio"/>	Non pas du tout pertinentes <input type="radio"/>

15) Le nombre de propositions vous semble ? *

- Adapté
- Trop important
- Pas assez important

V- Vos attentes

16) Quelles sont vos attentes concernant ces courriers ? *

Texte libre

17) Voulez-vous conserver deux courriers ? *

- Oui
- Non

18) Si un seul courrier vous suffit, faut-il garder tous les détails de chaque évaluation ? *

- Oui
- Non

19) Pensez-vous qu'il faudrait limiter le nombre de propositions dans chaque domaine ? *

- Oui
- Non

20) Si oui, à combien faudrait-il les limiter selon vous ?

21) Pensez-vous qu'il faudrait hiérarchiser les propositions ? *

- Oui
- Non

22) Si oui, dans quel ordre ? *

- De la plus urgente à la moins urgente
- De la plus simple à réaliser à la plus complexe
- Autre. Précisez :

23) Est-ce que le fait de faire figurer en gras les éléments importants dans le courrier vous aide ?*

- Oui
- Non

24) Notez de 1 à 4 les éléments que vous jugez les plus importants à mettre en évidence dans le courrier (ordre croissant : de 1, le moins important à 4 le plus important) *

Facteurs de fragilité	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
Propositions dans tous les domaines quel que soit le degré d'urgence	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
Uniquement les propositions urgentes	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
Les dates des prochains rendez-vous	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

25) Utilisez-vous une messagerie internet sécurisée, type Médimail ? *

- Oui
- Non

26) Pensez-vous qu'une réception du courrier par e-mail pourrait être une plus-value dans la prise en charge de votre patient ? *

- Oui
- Non

27) Des remarques supplémentaires à nous faire ?

Merci pour votre aide !

Si vous êtes intéressés pour recevoir ma thèse une fois terminée, merci de me laisser votre e-mail.

Annexe 3 : E-mail type adressé aux MG inclus dans l'étude

Bonjour Docteur XXXX,

je m'appelle Lucie Gasc et je suis interne en 6ème semestre de médecine générale. Je prépare ma thèse sur l'évaluation par les médecins généralistes du courrier de sortie de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance à La Grave. Mon directeur de thèse est le Dr Chicoulaa Bruno. Le but de cet hôpital de jour est de proposer au patient, en accord avec son médecin traitant, un plan de soins personnalisé pour retarder l'entrée dans la dépendance. Raison pour laquelle le courrier doit être le plus complet et pratique pour vous, médecin généraliste.

Comme au moins deux de vos patients ont été évalués par cet hôpital de jour (critère d'inclusion de ma thèse), je vous propose un questionnaire pour connaître votre vision du courrier existant et vos attentes dans ce domaine.

Questionnaire ici [lien vers le site internet]

Cela vous prendra maximum 6 minutes.

Votre identité vous est demandée, mais tout sera anonymisé. Cela permettra de ne pas relancer les personnes qui auront déjà répondu.

Si vous ne souhaitez pas y répondre, merci de me le dire et si possible de me donner vos raisons.

En fin de questionnaire je vous propose de me donner votre adresse e-mail afin de vous envoyer ma thèse une fois terminée.

En cas de question, je me tiens évidemment à votre disposition.

D'avance, merci beaucoup de votre aide. Vos réponses permettront de faire évoluer ce courrier.

--

Lucie Gasc
gaslucie@gmail.com

Annexe 4 : E-mail type de relance

Bonjour Docteur XXXX,

je me permets de vous écrire, car sauf erreur de ma part, vous n'avez pas encore répondu à mon questionnaire de thèse sur l'évaluation par les médecins généralistes du courrier de sortie de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance à La Grave. Toutes les informations sont disponibles dans mon mail précédent ci-dessous. Voici le lien vers le questionnaire ici [lien vers le site internet].

Cela vous prendra maximum 6 minutes.

D'avance, merci beaucoup de votre aide. Vos réponses permettront de faire évoluer ce courrier.

--

Lucie Gasc

gaslucie@gmail.com

Annexe 5 : E-mail type de relance après contact téléphonique

Bonjour Docteur XXXX,

comme convenu par téléphone ce jour [avec votre secrétaire], je vous renvoie mon questionnaire de thèse.

Merci pour votre aide précieuse pour améliorer ce courrier.

Ma thèse porte sur l'évaluation par les médecins généralistes du courrier de sortie de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance à La Grave. Toutes les informations sont disponibles dans mon mail précédent ci-dessous. Voici le lien vers le questionnaire ici [lien vers le site internet].

Cela vous prendra maximum 6 minutes.

Si vous ne souhaitez pas y répondre, merci de me le dire et si possible de me donner vos raisons.

D'avance, merci beaucoup de votre aide. Vos réponses permettront de faire évoluer ce courrier.

--

Lucie Gasc

gaslucie@gmail.com

Annexe 6 : Liste des résultats des analyses statistiques bivariées non significatives (test chi2)

Détail de l'évaluation dans le domaine fonctionnel avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.066		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Totalement adapté n = 40 (%)	17 (42,5)	23 (57,5)
	Autres réponses n = 53 (%)	13 (24,5)	40 (75,5)

Détail de l'évaluation dans le domaine nutritionnel avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.623		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Plutôt adapté n = 53 (%)	16 (30,2)	37 (69,8)
	Autres réponses n = 40 (%)	14 (35,0)	26 (65,0)

p = 0.869		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Totalement adapté n = 33 (%)	11 (33,3)	22 (66,7)
	Autres réponses n = 60 (%)	19 (31,7)	41 (68,3)

Détail de l'évaluation dans le domaine cognitif avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0,065		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Plutôt adapté n = 47 (%)	11 (23,4)	36 (76,6)
	Autres réponses n = 46 (%)	19 (41,3)	27 (58,7)

p = 0,066		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Totalement adapté n = 43 (%)	18 (41,9)	25 (58,1)
	Autres réponses n = 50 (%)	12 (24,0)	38 (76,0)

Détail de l'évaluation dans le domaine social avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0,215		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Plutôt adapté n = 52 (%)	14 (26,9)	38 (73,1)
	Autres réponses n = 41 (%)	16 (39,0)	25 (61,0)

p = 0,349		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Totalement adapté n = 34 (%)	13 (38,2)	21 (61,8)
	Autres réponses n = 59 (%)	17 (28,8)	42 (71,2)

Détail de l'évaluation dans le domaine thérapeutique avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0,122		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Plutôt adapté n = 48 (%)	12 (25,0)	36 (75,0)
	Autres réponses n = 45 (%)	18 (40,0)	27 (60,0)

p = 0,164		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Détail de chaque évaluation	Totalement adapté n = 43 (%)	17 (39,5)	26 (60,5)
	Autres réponses n = 50 (%)	13 (26,0)	37 (74,0)

Pertinence des propositions dans le domaine fonctionnel avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.066		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Plutôt pertinentes n = 53 (%)	13 (24,5)	40 (75,5)
	Autres réponses n = 40 (%)	17 (42,5)	23 (57,5)

p = 0.065		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Totalement pertinentes n = 37 (%)	16 (43,2)	21 (56,8)
	Autres réponses n = 56 (%)	14 (25,0)	42 (75,0)

Pertinence des propositions dans le domaine nutritionnel avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.216		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Plutôt pertinentes n = 55 (%)	15 (27,5)	40 (72,7)
	Autres réponses n = 38 (%)	15 (39,5)	23 (60,5)

p = 0.869		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Totalement pertinentes n = 33 (%)	11 (33,3)	22 (66,7)
	Autres réponses n = 60 (%)	19 (37,17)	41 (68,3)

Pertinence des propositions dans le domaine cognitif avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.066		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Totalement pertinentes n = 43 (%)	18 (41,9)	25 (58,1)
	Autres réponses n = 50 (%)	12 (24,0)	38 (76,0)

Pertinence des propositions dans le domaine social avec la possession d'une formation complémentaire en gériatrie

p = 0.060		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Plutôt pertinentes n = 62 (%)	16 (25,8)	46 (74,2)
	Autres réponses n = 31 (%)	14 (45,2)	17 (54,8)

p = 0.074		Formation complémentaire en gériatrie	
		Oui n = 30	Non n = 63
Pertinence des propositions	Totalement pertinentes n = 26 (%)	12 (46,2)	14 (53,8)
	Autres réponses n = 67 (%)	18 (26,9)	49 (73,1)

Etude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes

Introduction : L'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance (HdJ EFPD), crée en 2011 au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse propose un plan personnalisé de soins dans les deux courriers de sortie. Ce plan est appliqué par le médecin généraliste (MG). A ce jour, l'avis des MG concernant ces courriers n'a jamais été évalué.

L'objectif principal est l'évaluation par les MG des courriers de sortie de l'HdJ EFPD. L'objectif secondaire est le recueil des attentes des MG concernant ces courriers.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale par questionnaire auprès des MG ayant eu au moins 2 patients évalués à l'HdJ EFPD. Le questionnaire a été envoyé par e-mail ou par voie postale. Le recueil des réponses a eu lieu entre le 14 septembre et le 17 décembre 2015.

Résultats : Le taux de réponse est de 60% (93/155). 51 MG (54.8%) connaissaient l'existence des deux courriers. 80 MG (86 %) jugeaient intéressant dans la prise en charge, de fournir au patient une copie du courrier. Le détail des évaluations dans les domaines fonctionnel, nutritionnel, cognitif, social et thérapeutique paraissait plutôt adapté pour la majorité des MG. La pertinence des propositions dans chaque domaine a été évaluée comme plutôt bonne par la majorité des MG. 72 MG (77.4%) pensaient qu'il faudrait hiérarchiser les propositions dans chaque domaine. L'envoi par e-mail est choisi par 67 MG (72%).

Conclusion : Cette étude propose des modifications du courrier de sortie de l'HdJ EFPD afin d'améliorer la prise en charge des facteurs de fragilité par les MG.

Mots clefs : Compte-rendu de sortie d'hospitalisation / Médecins généralistes / Hôpital de jour / Personne âgée fragile

Cross-sectional study of the vision of the discharge summaries of the frailties evaluation day care center of Toulouse University Hospital by GPs

Introduction : The frailties evaluation day care center created in 2011 at the Toulouse University Hospital offers a personalized plan of care in two discharge summaries. This plan is applied by general practitioners (GPs). To date, the opinion of the GPs regarding these discharge summaries has never been evaluated.

The main objective is the evaluation by the GPs of these discharge summaries. The secondary objective is the collection of GPs expectations regarding these discharge summaries.

Methods : We conducted a cross-sectional study. We sent a survey to MG who had at least 2 patients evaluated in the frailties evaluation day care center. The questionnaire was sent by email or by post. The answer collect was from September 14th to December 17th 2015.

Results : The response rate was 60% (93/155). 51 GPs (54.8%) were aware of the two letters. 80 GPs (86%) considered interesting in the management, to provide the patient a copy of the mail. The detailed assessments in the functional, nutritional, cognitive, social and therapeutic areas seemed more suitable for the majority of GPs. The relevance of proposals in each area was assessed as rather good by the GPs majority. 72 GPs (77.4%) thought it would prioritize the proposals in each area. Sending email is chosen by 67 GPs (72%).

Conclusion : This study proposes some changes to the discharge summaries of the frailties evaluation day care center to improve the care of fragility factors by GPs.

Key words : Discharge summary / GPs / Day care center / frail elderly person

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de médecine de Toulouse Rangueil 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 4 France

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA