

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018 TOU3 1012

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Delphine COSTES

Le 13 février 2018

ÉVALUATION DU DEGRÉ DE SATISFACTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT UNE ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE RÉALISÉE AU DOMICILE DES PATIENTS ÂGÉS CHUTEURS APRÈS INTERVENTION DU SAMU

Directeur de thèse : Docteur Bruno CHICOULAA

Jury :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Neda TAVASSOLI

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie		
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger ce travail.

Merci pour votre implication dans la valorisation de notre spécialité, et dans la formation des internes en Médecine Générale.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Yves ROLLAND,

Vous me faites un grand honneur en acceptant de siéger dans mon jury de thèse.

Je vous remercie pour votre engagement dans l'enseignement de la gériatrie. Vous avez su me transmettre le goût de la gériatrie lors de vos cours pendant l'externat, et lors de mon stage d'internat.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et mon admiration.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce Jury.

Merci pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale et particulièrement dans celui de la prise en charge du vieillissement au domicile.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur Neda TAVASSOLI,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour l'élaboration de ce travail. Merci pour votre engagement au quotidien dans la lutte contre la dépendance.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A mon directeur de thèse,

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Tes conseils avisés et ta disponibilité m'ont permis d'avancer sereinement dans mon travail. Je te remercie également de ton implication dans la formation des internes en médecine générale. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

Je tiens également à faire des remerciements,

A Madame le Docteur Christine LAFONT,

Je vous remercie de m'avoir confié ce travail et de m'avoir conseillée lors l'élaboration du questionnaire. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER,

Merci pour vos conseils précieux lors de l'atelier méthodologique « Elaboration d'un questionnaire ».

A Monsieur le Docteur Damien DRIOT,

Je vous remercie pour les conseils que vous m'avez apportés lors de l'atelier méthodologique sur les statistiques.

Remerciements personnels

A tous les médecins, maîtres de stage et équipes soignantes que j'ai croisés lors mes stages,

En gériatrie tout d'abord,

Christophe HEIN, Clarisse LAFFON, Ségolène VIGUÉ, Rosanne UFKES, Cécile LEBAUDY, merci pour votre accompagnement au quotidien lors de ce stage et pour tout ce que vous m'avez appris pendant 6 mois.

Aux infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, assistante sociale qui ont été d'une grande aide.

A Nathalie, ton soutien a également été précieux tout au long de ce stage.

Aux urgences de Montauban,

Je remercie les médecins (titulaires et remplaçants) et toutes les équipes médicales et paramédicales.

Aux Docteurs Corinne CRESSENT et Christophe RIBES,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté pendant 6 mois. A vos côtés, j'ai su rapidement que je ne m'étais pas trompée en choisissant la médecine générale, et je suis sûre que cela aurait pu être différent si ça n'avait pas été vous. Merci de m'avoir accordé rapidement votre confiance.

Merci également à Sandrine, Myriam, Laurent et Sabrina.

Merci à Karine, tu es une super secrétaire, et ta présence a fortement participé au bon déroulement de mon stage.

Au Docteur Valérie ROUJAS,

Merci d'avoir partagé tes connaissances et en particulier ton intérêt pour les petit-bouts et les femmes. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

Au Docteur Aurélie COLBOC,

Malgré un stage écourté, merci pour ton accueil et ta bonne humeur permanente. Je te souhaite pleins de bonnes choses pour tes nouvelles aventures avec ta petite famille.

A la PMI des Minimes,

Aux médecins, Valérie AUBERT-ARISTIDE et Anne DOMERCQ,

Je vous remercie pour votre accueil, et d'avoir partagé votre intérêt pour les enfants avec moi. Tout ce que j'ai appris à vos côtés me sera très précieux pour ma pratique future.

Je remercie également les puéricultrices et Céline.

Au cabinet médical de Seysses,

A Jean-Paul BOYES, Caroline MONTICELLI, Elisabeth CALAS, Floriane CODER, merci de me permettre de découvrir l'exercice de la médecine générale en libéral en toute sérénité. Merci aussi à Loïc RIBault et Anne-Laure BOUDOU.

Je n'oublie pas non plus Anne-Laure VIGNALS !

Merci à Florence et Laurie.

A Marine, je suis déçue de ne pas avoir pu travailler plus avec toi. Bonne continuation.

*A mes tuteurs successifs,
A Jean-Paul CARME, Sandrine MALVEZIN-MARQUIS, Anne FREYENS, Marion GRAINDORGE,
Alain BENDENOUN.*

A tous les professeurs que j'ai pu avoir,
Mes choix de vie ont été guidés par vos enseignements.

A tous les éducateurs de basket que j'ai croisés, en club ou en sélection,
*Merci pour tout ce que vous m'avez appris, sur le terrain, et en dehors, sur le plan technique,
et humain.*

A mes amis, rencontrés tout au long de mon parcours, scolaire et sportif,
*Marie et Violène, notre amitié, de longue date, a su résister à ces longues études, merci
d'avoir beaucoup pensé à moi et d'être toujours là.*

*Sud-Ouest, on a vécu ensemble une année difficile dont on se souviendra toute notre vie et
dont notre amitié est le témoin.*

*Les amis du lycée : Chloé, on s'est rencontrée par hasard le jour de la rentrée en seconde et
on ne s'est jamais quittées. Mais aussi les autres superconnards : Florent, Chadi, Romain,
Olivier et Mathieu.*

*Léopoldine, merci de m'avoir accompagnée, soutenue pendant la P1 et d'avoir autant cru
en moi. On n'écoutait pas toujours, mais on aura quand même bien rigolé.*

*Les copines de l'externat, Marine, Mathilde, Valérie, Juliette, votre présence rendait les
confs quand même plus sympas. Je suis très heureuse de pouvoir compter sur vous après
l'externat. Merci également aux conjoints, Johann, Damien, Adrien, qui ont aussi traversé
avec nous certaines étapes clés.*

*A Anne, l'ordre alphabétique ne nous a jamais mis dans des groupes différents, et c'était
plutôt cool. Merci aux autres membres du club des 5 : Julie, Marion, Alice et Louise.*

Aux autres co-externes.

*A Caroline et Camélia, on a partagé ensemble le premier semestre de l'internat. Ça n'a pas
été tous les jours faciles, mais heureusement que nous étions ensemble.*

A Charles et Julie, merci pour votre amitié. Beaucoup de bonheur à vous 2, vous le méritez.

*A Amélie, dommage que Paris soit si loin, mais je suis heureuse de pouvoir encore compter
sur ton amitié.*

*A toutes mes coéquipières de basket, et leurs parents. Toutes ces années sur le terrain et
sur les routes ne sont que des bons souvenirs.*

A Bastien,

*Merci pour ta présence tout au long de ces années. On a vécu ensemble ces études de
médecine, avec leurs bons côtés, mais aussi leurs difficultés qu'on a plutôt bien surmontées.
Merci pour ton soutien à chaque instant, et ton réconfort dans les moments difficiles. Bref,
merci de m'avoir supporté et de me supporter encore. J'espère passer à tes côtés encore de
nombreuses années, je n'imagine pas ma vie sans toi.*

A ma famille, on n'est pas habitués à dire de ce qu'on ressent, l'exercice est difficile ...

A mes parents, merci pour tout ! Merci de m'avoir toujours soutenu dans mes choix, et d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse. Merci pour votre présence au quotidien et de répondre présent à chaque instant. Je vous aime.

A Sylvain, mon frerot chéri. Merci de me supporter depuis ma naissance, et merci pour nos années partagées à Tarbes, notamment pour ton soutien après les entraînements difficiles. Merci de m'avoir appris à travailler tout en regardant des séries. Mais désolée je ne ferme toujours pas les portes des placards ...

A Coco, ma belle-sœur. Vous n'êtes pas mariés, mais ce n'est pas grave... Il y a bien longtemps que je ne te considère plus comme « la copine de mon frère ». Papa et Maman parlent d'une seconde fille, je peux parler d'une grande sœur... Merci à toi aussi pour ton soutien. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à tous les deux.

A mes grands-parents, merci d'avoir toujours été là pour nous 4. Je vous remercie de m'avoir permis de grandir en toute sérénité. Votre fierté est très chère à mes yeux.

A ma marraine Mimi.

A mon parrain, à Mané, à mon tonton, à Sylvianne. Je suis très heureuse de pouvoir compter sur vous.

A mon cousin, à ma cousine, à nos années d'enfance partagées et bien plus encore.

A Ingrid, à Cyril.

A Nino, Maël, Juliette et Emma. Vos naissances successives ont apporté beaucoup de bonheur à notre famille. Vous étiez ma bouffée d'oxygène durant ces années studieuses. Je suis toujours aussi heureuse et pressée de vous voir quand je rentre à la maison.

A Dany, Jean-Louis, Carine, Luc et Lou, les cousins parisiens qu'on aimerait voir plus souvent.

A Henri et Annie. Je vous remercie pour votre gentillesse et pour le soutien que vous m'avez apporté depuis que l'on se connaît. Merci pour votre présence, et votre disponibilité dès que l'on a besoin.

A Régine, tu as toujours suivi mon parcours, au départ de loin, maintenant d'un peu plus près. Merci pour ta bienveillance et ton professionnalisme au quotidien. Ta présence au cours des quelques mois difficiles que nous avons passés a été d'une grande aide, et je t'en serai toujours reconnaissante.

A ma belle-famille,

A Véronique, Christophe, Jullian et Anicée.

A Bob et Malika.

A Thierry et Florence.

A Billy et Marie.

A Mireille, Nathalie, Philippe, Léa, Elvia, et Hervé (qu'on n'oublie pas).

Et à toutes les personnes que j'ai pu oubliées, et qui ont contribué à la personne que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

Listes des abréviations	1
Liste des annexes	2
Liste des figures et des tableaux	3
I. Introduction	4
II. Matériels et méthodes	7
II.1. Type d'étude	7
II.2. Population étudiée	7
II.3. Questionnaire	7
II.3.1. Elaboration du questionnaire	7
II.3.2. Envoi du questionnaire	8
II.4. Analyse statistique	9
III. Résultats	10
III.1. Envoi du questionnaire	10
III.2. Caractéristiques des médecins réponders	11
III.3. Perception concernant l'évaluation	12
III.4. Perception concernant les recommandations	14
III.4.1. Nombre de recommandations.....	14
III.4.2. Hiérarchisation des recommandations.....	15
III.4.3. Pertinence des recommandations.....	15
III.4.4. Mise en pratique des recommandations.....	15
III.4.5. Poursuite des recommandations.....	16
III.4.6. Demande d'avis spécialisé	16
III.4.7. Modifications thérapeutiques	17
III.5. Evaluation du courrier	17
III.6. Satisfaction globale	17
III.6.1. Satisfaction générale sur l'apport de l'évaluation	17
III.6.2. Satisfaction du patient selon le médecin traitant.....	17
III.6.3. Evaluation du gain de temps dans la prise en charge des patients âgés	18
III.6.4. Evaluation de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés.....	18
III.7. Attentes et propositions d'amélioration	19

III.8. Analyses comparatives	20
IV. Discussion	23
IV.1. Résultats principaux	23
IV.2. Confrontation aux données de la littérature.....	24
IV.2.1. Adhésion au plan personnalisé de soins.....	24
IV.2.2. Evaluations gériatriques en soins premiers.....	26
IV.3. Forces et faiblesses	28
IV.4. Perspectives.....	30
V. Conclusion.....	31
Bibliographie.....	33
Annexes	37

LISTES DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DUMG-MP : Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées

EGS : Évaluation gérontologique standardisée

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

FMC : Formation Médicale Continue

GIR : Groupe Iso-Ressource

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IEG : Infirmière d'Évaluation Gérontologique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MG : Médecin généraliste

PPS : Plan Personnalisé de Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire type
- Annexe 2 : Courrier type adressé aux médecins généralistes inclus dans l'étude
- Annexe 3 : Courrier type de relance
- Annexe 4 : Courrier type de relance après appel téléphonique

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 - Diagramme de flux de la population de l'étude	10
Figure 2 - Domaines d'évaluation perçus comme les plus utiles selon les médecins traitants	13
Figure 3 - Mise en évidence d'éléments ignorés par le médecin traitant	13
Figure 4 - Eléments ignorés par le médecin traitant mis en évidence par l'évaluation	14
Figure 5 - Evaluation de la pertinence des recommandations faites, par domaine, selon les médecins traitants	15
Figure 6 - Satisfaction générale sur l'apport de l'évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient	17
Figure 7 - Impression sur le degré de satisfaction des patients selon le médecin traitant	18
Figure 8 - Evaluation de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés selon les médecins traitants.....	19
Figure 9 - Avis des médecins concernant le gain de temps dans la prise en charge des personnes âgées selon la mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés.....	21
Figure 10 - Avis des médecins concernant l'amélioration de la prise en charge des patients âgés selon la mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés	21
Figure 11 - Impression sur le gain de temps dans la prise en charge des patients âgés selon la mise en place ou non des recommandations	22
Tableau 1 - Caractéristiques de la population de l'étude.....	12
Tableau 2 - Attentes et propositions d'amélioration selon les médecins traitants.....	19

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un problème majeur de santé publique. La France comptait au 1^{er} janvier 2014, 66,1 millions d'habitants, et sa population ne cesse de vieillir. Les personnes de 65 ans et plus, représentaient 18,0 % de la population (11,9 millions de personnes), contre 16,2 % (10,1 millions) dix ans auparavant (1).

Si les tendances démographiques actuelles se poursuivent, la France compterait en 2070, 76,5 millions d'habitants. La quasi-totalité de la hausse concernerait les personnes de 65 ans et plus, dont la proportion serait de 26,1 % en 2040, et de 28,7 % en 2070 (2).

Le vieillissement est associé à un risque accru de dépendance.

En 2000, la population de personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes (GIR 1 à 4) s'élevait à 795 000, et pourrait augmenter de 50%, pour atteindre alors 1 230 000 personnes d'ici 2040 (3).

Il en résulte un accroissement important des dépenses de santé. En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie, ont atteint plus de 21 milliards d'euros, et atteindraient 35 milliards d'euros à l'horizon 2060 (4). Au delà de la prise en charge financière, se pose bien évidemment des problématiques individuelles, familiales et sociales.

Le vieillissement touche de façon hétérogène les personnes âgées, parmi lesquelles il convient de distinguer trois catégories (5) : robustes, fragiles, dépendantes.

En effet, la dépendance est précédée d'un état de vulnérabilité : la fragilité.

Au fil des années, plusieurs modèles de fragilité ont été étudiés (6). L'un des plus étudiés est celui proposé par Fried et al., le « phénotype de fragilité ». Selon ce modèle, la fragilité est évaluée en tenant compte de cinq signes ou symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité (7).

D'après ce modèle, basé sur des critères physiques, on comprend la relation entre la fragilité et le risque de chutes (8).

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 (9).

Les chutes sont la première cause d'accidents de la vie courante chez les personnes âgées de 75 ans ou plus. Sur les 12 870 accidents de la vie courante survenus chez des personnes âgées de 75 ans ou plus recensés par l'enquête EPAC en 2013, 89,7 % sont dus à une chute (10). En 2011, parmi les 9 756 morts par chute, 80 % avaient plus de 75 ans (11). Elles constituent le premier motif de consultation aux urgences pour les plus de 75 ans, avec 10 à 22 % des admissions (12). En 2013, parmi les patients âgés fragiles adressés aux urgences du CHU de Toulouse-Purpan, 32,6 % l'étaient pour chute (13).

Les conséquences des chutes sont nombreuses. Elles sont physiques, avec un risque de fractures (notamment du col du fémur) et de traumatismes crâniens (14), mais aussi fonctionnelles et psychologiques : peur de tomber, limitation des activités, déclin fonctionnel, dépression, isolement social (8,15).

La prise en charge médico-psycho-sociale secondaire à la chute étant responsable d'une majoration des dépenses de santé, la prévention des chutes fait partie des objectifs de santé publique depuis plusieurs années. En 2004, l'objectif 99 de la loi de santé publique était de réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus. L'Etat sensibilise le grand public et notamment les personnes âgées par des campagnes de communication de l'INPES, l'InVS, l'ANAH (16,17).

En 2015, d'après les statistiques du SAMU 31, il y a eu 2 797 appels pour une chute survenue sur la ville de Toulouse, dont 87,1 % concernaient une personne de 70 ans ou plus. Dans 43 % des cas, des soins sur place étaient pratiqués, l'unique intervention était un relevage du patient et n'était pas suivie d'hospitalisation. Dans les 6 mois, 32 % de ces patients ont rappelé pour une nouvelle chute.

Dans ce contexte et afin d'alléger la charge de travail des médecins traitants, est né un projet pilote collaboratif entre le SAMU 31 et le gérontopôle de Toulouse. Ce projet avait pour objectif de définir le profil de ces patients âgés chuteurs, ainsi que d'évaluer la

prévention des chutes et de leurs risques, à la suite d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) réalisée au domicile et une prise en charge adaptée.

Lorsqu'une personne âgée de 70 ans ou plus faisait l'objet d'un appel auprès du SAMU 31, une infirmière d'évaluation gériatrique (IEG) la contactait pour lui proposer de réaliser à son domicile, une EGS et un bilan de chutes. Une synthèse de l'évaluation et une proposition de plan personnalisé de soins (PPS) établi par un gériatre référent, étaient envoyés au médecin traitant.

Après plus d'un an d'EGS réalisées dans le cadre de ce projet, il semblait pertinent d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes traitants, concernant cette évaluation et les propositions faites.

L'objectif principal de ce travail, était d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes, concernant une évaluation gériatrique réalisée au domicile des patients âgés ayant nécessité une intervention du SAMU pour chute accidentelle survenue à leur domicile.

L'objectif secondaire était de recueillir les pistes d'amélioration du point de vue des médecins généralistes.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale quantitative, interrogeant des médecins généralistes de Toulouse, par le biais d'un questionnaire à questions fermées, envoyé par courrier électronique ou postal.

II.2. Population étudiée

La population de l'étude était constituée des médecins généralistes traitants, dont au moins un patient a été évalué au domicile, par une infirmière d'évaluation gérontologique, à la suite d'une chute ayant nécessité des soins sur place, dans le cadre du projet pilote collaboratif entre le SAMU 31 et le gérontopôle de Toulouse, entre mai 2016 et juin 2017.

II.3. Questionnaire

II.3.1. Elaboration du questionnaire

Une recherche narrative de la littérature a été effectuée entre avril et mai 2017, afin de réaliser le questionnaire. Les différents moteurs de recherche ont été :

- Français : Archipel, Sudoc, avec les termes : fragilité, évaluation gérontologique, évaluation gériatrique, domicile, soins premiers, soins primaires, chute, satisfaction, médecin traitant
- Internationaux : PubMed avec les termes : frailty, geriatric assessment, primary care, general practice, satisfaction, judgment

Nous nous sommes intéressés aux travaux concernant la satisfaction des médecins généralistes concernant des évaluations et des prises en charge effectuées en soins primaires et/ou chez des personnes âgées.

Le questionnaire a été élaboré à partir du dossier d'évaluation utilisé par les IEG, et à partir du courrier type envoyé aux médecins généralistes. Une première version a été réalisée avec l'aide du directeur de thèse. Le questionnaire a ensuite été relu par deux médecins gériatres du gérontopôle en charge du projet, qui ont apporté des modifications. Il a été

présenté lors de l'atelier méthodologique « Elaboration d'un questionnaire » organisé par le DUMG-MP le 4 juillet 2017. Après une dernière correction par le directeur de thèse, il a été mis en forme sous GoogleForm et testé par le directeur de thèse et un autre médecin généraliste (MG) non concerné par l'étude.

Le questionnaire comportait 23 questions fermées, dont la plupart étaient à choix unique et cinq à choix multiples.

Il comportait six parties :

- La première partie concernait le médecin généraliste et sa pratique : sexe, âge, type d'exercice, formation en gériatrie, ...
- La deuxième partie concernait l'évaluation réalisée au domicile par l'infirmière d'évaluation gériatrique
- La troisième partie concernait les recommandations faites à la suite de l'évaluation
- La quatrième partie concernait le courrier qui avait été envoyé
- La cinquième partie évaluait la satisfaction globale concernant la démarche
- La dernière partie recherchait les attentes et les propositions d'amélioration du point de vue des médecins généralistes

Le questionnaire est situé en annexe 1.

II.3.2. Envoi du questionnaire

La liste des médecins généralistes concernés, leurs numéros de téléphone et leurs adresses électroniques ont été récupérés auprès du Gérontopôle de Toulouse. Pour les coordonnées manquantes, après recherche du numéro de téléphone sur Internet, nous avons récupéré les adresses mails par appel téléphonique.

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique personnalisé, où les nom, prénom et date de naissance du patient évalué, ainsi que la date d'évaluation étaient mentionnés. Pour ceux qui n'avaient pas d'adresse mail, le questionnaire a été envoyé par courrier postal personnalisé. Le courrier type est situé en annexe 2.

Les réponses étaient anonymisées.

Pour les questionnaires envoyés par courrier électronique, il était prévu deux relances par mail, avec un appel téléphonique préalable avant la seconde relance. Les courriers types de relance sont situés en annexes 3 et 4.

Pour les questionnaires envoyés par courrier, une relance téléphonique était prévue.

II.4. Analyse statistique

L'ensemble des réponses au questionnaire a été retranscrit dans un tableau du logiciel Microsoft Excel 2016, permettant l'analyse statistique et la présentation sous forme de tableaux, histogrammes et barres.

Nous avons réalisé des analyses de corrélation grâce au logiciel en ligne BiostaTGV : des tests du Chi², lorsque les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5 ou lorsqu'il y avait plus de deux modalités ; et des tests exacts de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5 et qu'il n'y avait que deux modalités.

III. RESULTATS

III.1. Envoi du questionnaire

A partir de la liste des 116 patients évalués par l'infirmière d'évaluation gériatrique entre mai 2016 et juin 2017, nous avons pu répertorier 92 médecins généralistes traitants. La figure 1 représente le diagramme de flux de la liste initiale fournie par le Gériatopôle.

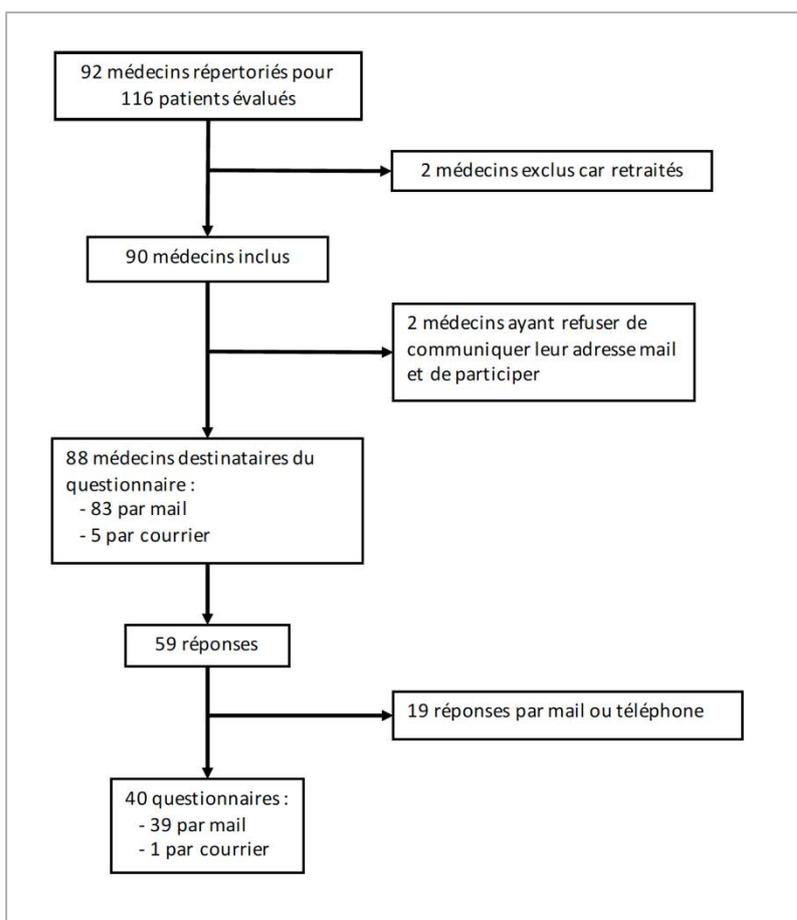


Figure 1 - Diagramme de flux de la population de l'étude

Les courriers électroniques ont été envoyés le 29 août 2017. Une première relance par mail a été effectuée le 11 septembre 2017. Une deuxième relance par mail a été faite entre le 9 octobre et 24 octobre 2017, après un appel téléphonique.

Les courriers postaux ont été envoyés le 12 septembre 2017, et une relance téléphonique a été effectuée entre le 9 et le 24 octobre 2017.

88 questionnaires ont été envoyés : 83 par mail, et 5 par courrier car 4 médecins n'avaient pas d'adresse mail et 1 était injoignable par téléphone.

Le taux de réponse était de 65,6 % (59 réponses sur 90 médecins).

19 médecins ayant répondu par mail ou téléphone, n'ont pas rempli le questionnaire pour les raisons suivantes :

- 9 médecins ont déclaré ne pas avoir reçu le courrier contenant le compte-rendu de l'évaluation et les recommandations faites,
- 5 médecins ont refusé de répondre car ils n'étaient plus le médecin traitant au moment de notre étude,
- 1 médecin a signalé n'avoir jamais été le médecin traitant du patient évalué,
- 4 médecins avaient arrêté leur activité.

Nous avons reçu 40 questionnaires. Le taux de participation est de 44,4 % (40 questionnaires sur 90 médecins inclus).

III.2. Caractéristiques des médecins répondeurs

Les caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le tableau 1.

Il s'agissait majoritairement :

- D'hommes
- L'âge moyen était de 55,6 ans. L'âge médian était de 56 ans.
- Ne possédant pas de diplôme ou de formation complémentaire en gériatrie
- Exerçant en cabinet de groupe de plusieurs médecins généralistes
- Avec 10 à 25 % de personnes de plus de 65 ans dans leur patientèle
- Ayant eu 1 patient évalué par l'IEG

Tableau 1 - Caractéristiques de la population de l'étude

Caractéristiques	Nombre (n = 40)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	26	65
Féminin	14	35
Tranche d'âge		
< 40 ans	2	5
40 à 49 ans	4	10
50 à 59 ans	22	55
≥ 60 ans	12	30
Diplôme ou formation complémentaire en gériatrie		
Oui	10	25
Non	30	75
Type d'exercice		
Seul	14	35
Cabinet de plusieurs MG	23	57,5
Cabinet de plusieurs spécialités médicales ou paramédicales	3	7,5
Proportion de patients âgés		
< 10 %	2	5
10 à 25 %	25	62,5
26 à 50 %	12	30
>50 %	1	2,5
Nombre de patients évalués		
1	34	85
2	4	10
> 2	2	5

III.3. Perception concernant l'évaluation

27 médecins (67,5 %) avaient déjà pensé à pratiquer une évaluation gériatrique chez au moins un de leurs patients évalués dans le cadre du projet collaboratif entre le Gérontopôle et le SAMU 31.

Parmi les critères évalués dans cette évaluation, les 3 domaines perçus comme les plus utiles selon les médecins généralistes étaient (figure 2) :

- L'évaluation de la fragilité (n = 24, 60 %)
- L'évaluation de l'autonomie (n = 21, 52,5 %)
- L'évaluation cognitive (n = 16, 40 %)

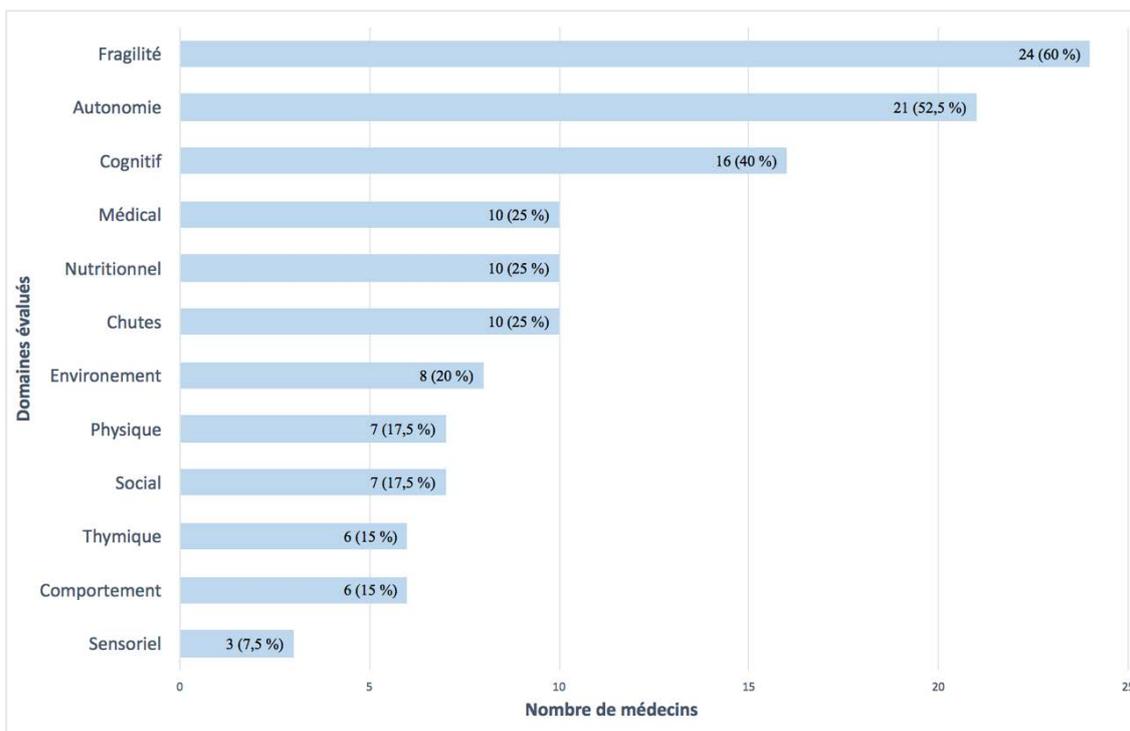


Figure 2 - Domaines d'évaluation perçus comme les plus utiles selon les médecins traitants

L'utilité de réaliser cette évaluation au domicile du patient a été perçue par tous les médecins : 28 médecins (70%) ont trouvé cela utile, et 12 (30 %) ont trouvé cela plutôt utile.

L'évaluation n'a pas mis en évidence d'élément nouveau pour 62,5 % des répondants (n = 25) (figure 3).

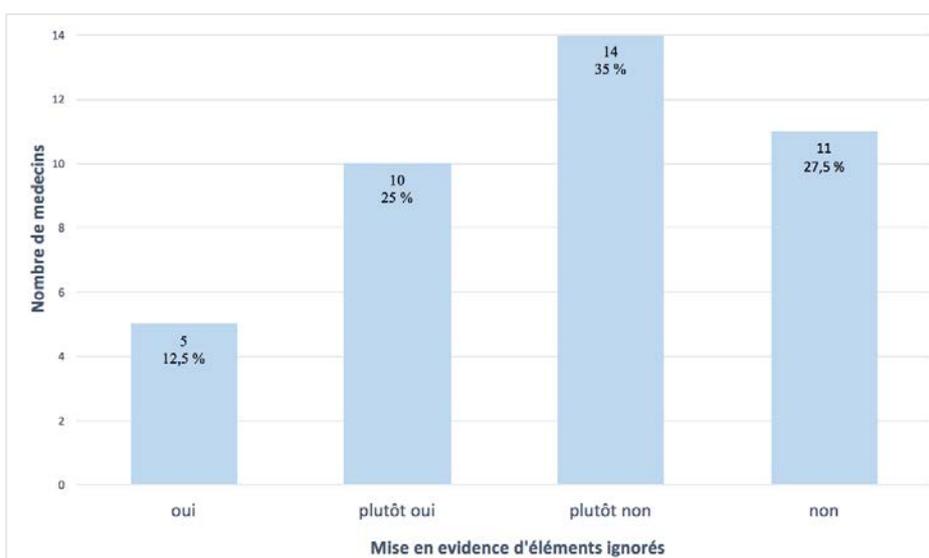


Figure 3 - Mise en évidence d'éléments ignorés par le médecin traitant

Pour les médecins qui ont eu connaissance d'éléments nouveaux grâce à l'évaluation (n = 15, 37,5 %) il s'agissait le plus souvent de (figure 4) :

- Eléments environnementaux, aménagement du domicile (n = 7, 17,5 %)
- Troubles nutritionnels (n = 7, 17,5 %)
- Altération de l'autonomie (n = 6, 15 %)
- Statut de fragilité (n = 6, 15 %)

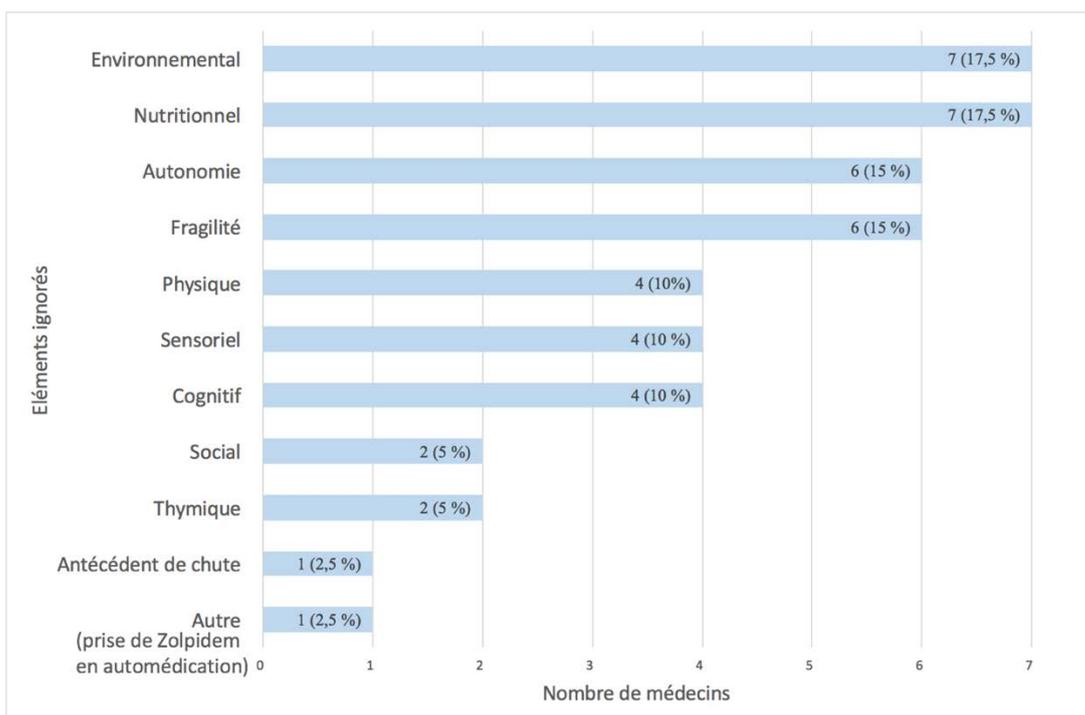


Figure 4 - Eléments ignorés par le médecin traitant mis en évidence par l'évaluation

III.4. Perception concernant les recommandations

III.4.1. Nombre de recommandations

Le nombre de recommandations était satisfaisant pour 87,5 % des médecins (n = 35).

Il était insuffisant pour 2 médecins (5 %), et trop important pour 3 médecins (7,5 %) qui auraient souhaité les limiter à 2.

Le nombre moyen de recommandations était de 2,4.

III.4.2. Hiérarchisation des recommandations

La hiérarchisation des recommandations était proposée par ordre de priorité, ce qui convenait à 95 % des médecins (n = 38). Les 2 médecins (5 %) pour qui cela ne convenait pas auraient préféré une hiérarchisation par ordre de simplicité d'application.

III.4.3. Pertinence des recommandations

La pertinence des recommandations faites a été évaluée selon chaque domaine (figure 5). Toutes les recommandations ont été perçues majoritairement comme totalement pertinentes ou plutôt pertinentes.

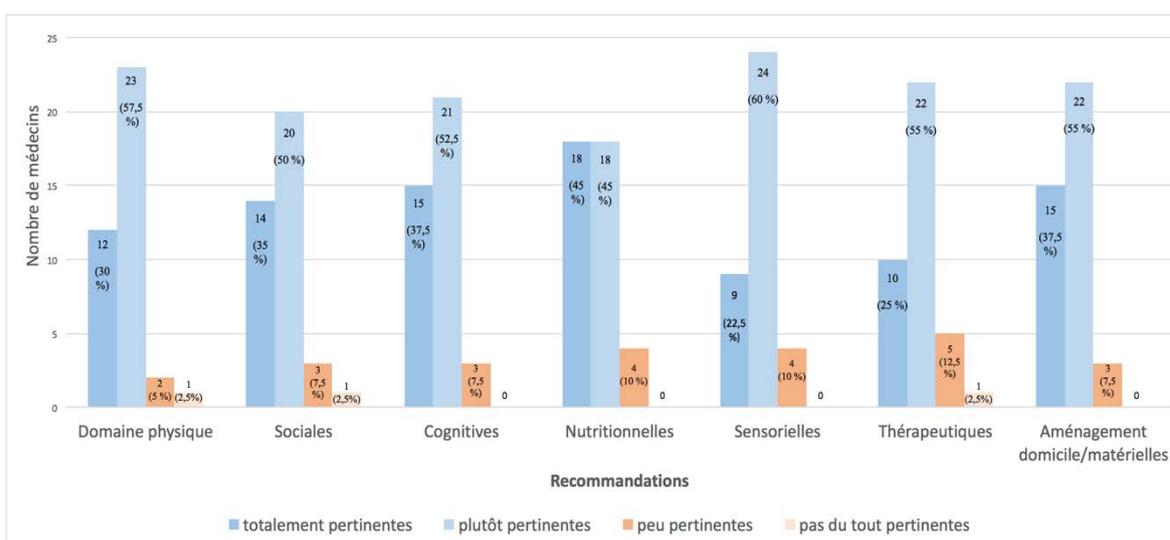


Figure 5 - Evaluation de la pertinence des recommandations faites, par domaine, selon les médecins traitants

III.4.4. Mise en pratique des recommandations

30 médecins (75 %) ont déclaré ne pas avoir mis en pratique au moins une des recommandations pour les raisons suivantes :

- Refus du patient pour 22 médecins (55 %)
- Ces recommandations avaient déjà été mises en place ou essayées pour 12 médecins (30 %)
- Manque de moyens pour 5 médecins (12,5 %)
- Manque de temps pour 3 médecins (7,5 %)
- Un médecin a signalé ne pas être le seul médecin traitant à prendre en charge son patient

- L'état clinique d'un patient ne permettait pas la mise en œuvre des recommandations

III.4.5. Poursuite des recommandations

40 % des médecins (n = 16) ont déclaré poursuivre à ce jour au moins une des recommandations.

20 % (n = 8) ont déclaré ne poursuivre aucune recommandation.

30 % (n = 12) ne savent pas si elles sont poursuivies.

Le souhait du patient d'arrêter est la principale raison de la non poursuite des recommandations pour 30 % des médecins (n = 12).

Les autres raisons évoquées sont :

- Efficacité atteinte pour 2 médecins (5%)
- Oubli de reconduction pour 2 médecins (5%)
- Pas de bénéfice constaté pour 1 médecin (2,5 %)
- 4 médecins (10 %) ont signalé une autre raison que celles proposées :
 - o Evolution clinique péjorative du patient
 - o Ne plus être le médecin traitant du patient
 - o Absence de soutien
 - o Malade non revu depuis plusieurs mois

III.4.6. Demande d'avis spécialisé

Après cette évaluation :

- 30 % des médecins (n = 12) ont demandé un avis gériatrique pour un des patients évalués
- 15 % des médecins (n = 6) ont demandé un autre avis spécialisé :
 - o 12,5 % (n = 5) un avis cardiologique,
 - o 7,5 % (n = 3) un avis neurologique,
 - o 2,5 % (n = 1) un avis ophtalmologique.

III.4.7. Modifications thérapeutiques

32,5 % (n = 13) des médecins ont modifié l'ordonnance de leur patient après la réception du compte-rendu de l'évaluation.

III.5. Evaluation du courrier

Le courrier était compréhensible pour 62,5 % des médecins (n = 25), plutôt compréhensible pour 32,5 % (n = 13), et plutôt non compréhensible pour 5 % (n = 2 médecins).

III.6. Satisfaction globale

III.6.1. Satisfaction générale sur l'apport de l'évaluation

D'une façon générale, 90 % des médecins (n = 36) étaient satisfaits ou plutôt satisfaits sur l'apport de cette évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient (figure 6).

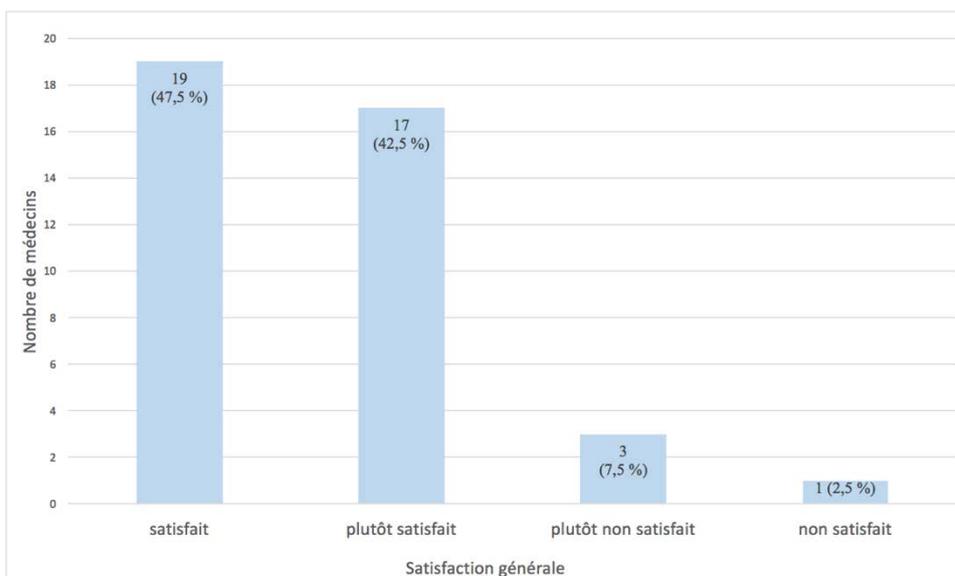


Figure 6 - Satisfaction générale sur l'apport de l'évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient

III.6.2. Satisfaction du patient selon le médecin traitant

La satisfaction du patient selon le médecin traitant était positive ou plutôt positive pour 30 médecins (75 %) (Figure 7).

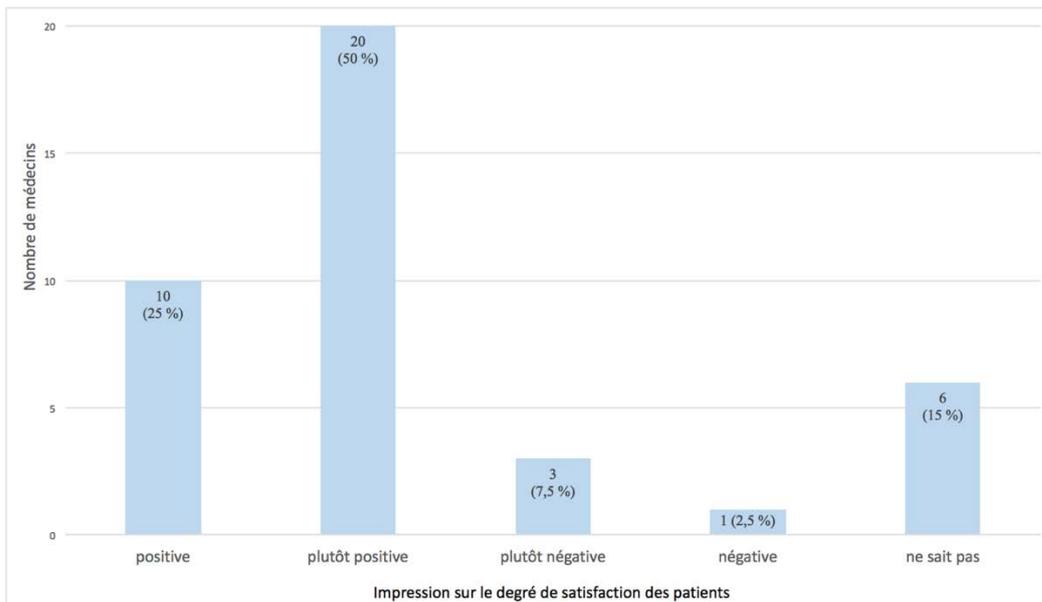


Figure 7 - Impression sur le degré de satisfaction des patients selon le médecin traitant

III.6.3. Evaluation du gain de temps dans la prise en charge des patients âgés

52,5 % des médecins (n = 21) ont perçu cette démarche comme un gain de temps pour la prise en charge de leurs patients âgés, 40 % (n = 16) ont déclaré que cela ne leur avait rien apporté, et 7,5 % (n = 3) ne savaient pas dire si cela leur avait apporté quelque chose ou non en terme de temps. Aucun médecin n'a déclaré une perte de temps.

III.6.4. Evaluation de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés

80 % des médecins (n = 32) ont déclaré que cette évaluation et les recommandations faites avaient permis ou plutôt permis une amélioration de la prise en charge de leurs patients âgés (Figure 8).

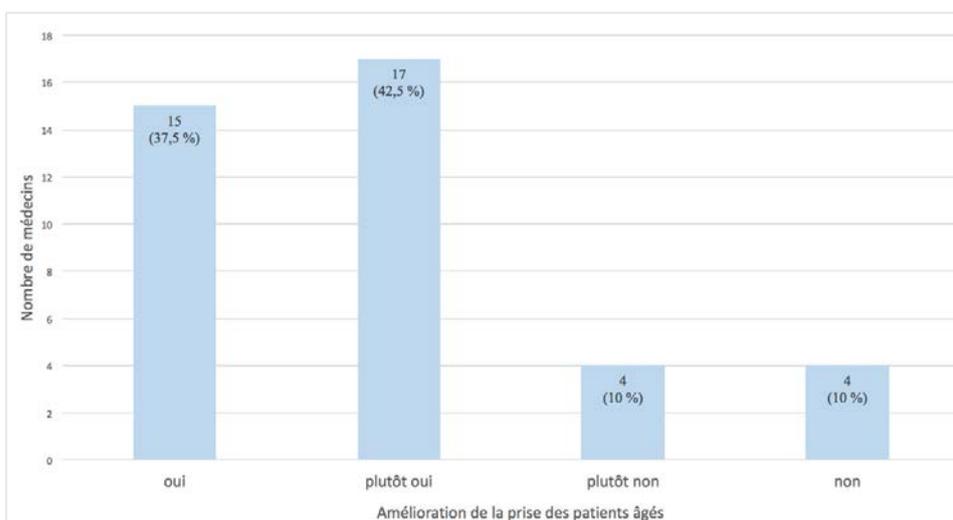


Figure 8 - Evaluation de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés selon les médecins traitants

III.7. Attentes et propositions d'amélioration

Les attentes et les propositions d'améliorations sont répertoriées dans le tableau 2.

57,5 % des médecins (n = 23) auraient aimé un suivi du patient par l'infirmière, principalement (n = 17, 42,5 %) à 1 mois.

60 % des médecins (n = 24) auraient aimé être contacté par l'infirmière.

82,5 % des médecins (n = 33) sont demandeurs ou plutôt demandeurs d'une évaluation de ce type pour certains de leurs patients âgés.

Tableau 2 - Attentes et propositions d'amélioration selon les médecins traitants

	Nombre (n = 40)	Pourcentage (%)
Éléments manquants		
Non	34	85
Oui	6	15
Souhait du médecin d'un suivi du patient par l'IEG		
Oui	23	57,5
Non	17	42,5
Si souhait d'un suivi, à quel moment ?		
A 1 mois	17	42,5
A 3 mois	9	22,5
A 6 mois	1	2,5
Souhait du médecin d'être contacté par l'IEG		
Oui	24	60
Non	16	40
Souhait du médecin d'évaluations similaires pour d'autres patients		
Oui	14	35
Plutôt oui	19	47,5
Plutôt non	6	15
Non	1	2,5

6 médecins (15 %) ont signalé des éléments manquants dans l'évaluation ou dans les recommandations faites, qui étaient :

- Des « propositions applicables en pratique » pour un des médecins
- Une évaluation sociale : statut bénéficiaire APA, lien avec la famille
- Lien avec les services sociaux
- La « réalité du terrain »
- 2 des médecins ayant signalé un élément manquant n'ont pas dit lequel.

III.8. Analyses comparatives

Nous avons réalisé des analyses comparatives entre différents paramètres afin de trouver des liens statistiquement significatifs.

Nous avons cherché une corrélation entre :

- La réalisation d'une formation complémentaire en gériatrie, le type d'exercice, la proportion de personnes âgées dans la patientèle, le fait d'avoir déjà pensé à réaliser une évaluation gériatrique chez leur patient

Et

- Le recours à un avis spécialisé, les modifications thérapeutiques, la satisfaction générale, le gain de temps dans la prise en charge des personnes âgées, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, le souhait des médecins d'un suivi de leur patient par l'IEG ou celui d'être contacté par l'IEG.

L'ensemble des résultats de ces analyses ne montraient pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$).

Nous avons également recherché des liens selon la mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés par le médecin traitant.

Concernant la mise en évidence d'éléments ignorés, nous avons regroupé les médecins en 2 catégories (ceux ayant répondu « oui » ou « plutôt oui » et ceux ayant répondu « plutôt non » ou « non ») afin d'augmenter la puissance statistique du test.

Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre la mise en évidence d'éléments ignorés, et l'avis des médecins sur le temps gagné dans la prise en charge des personnes âgées (figure 9).

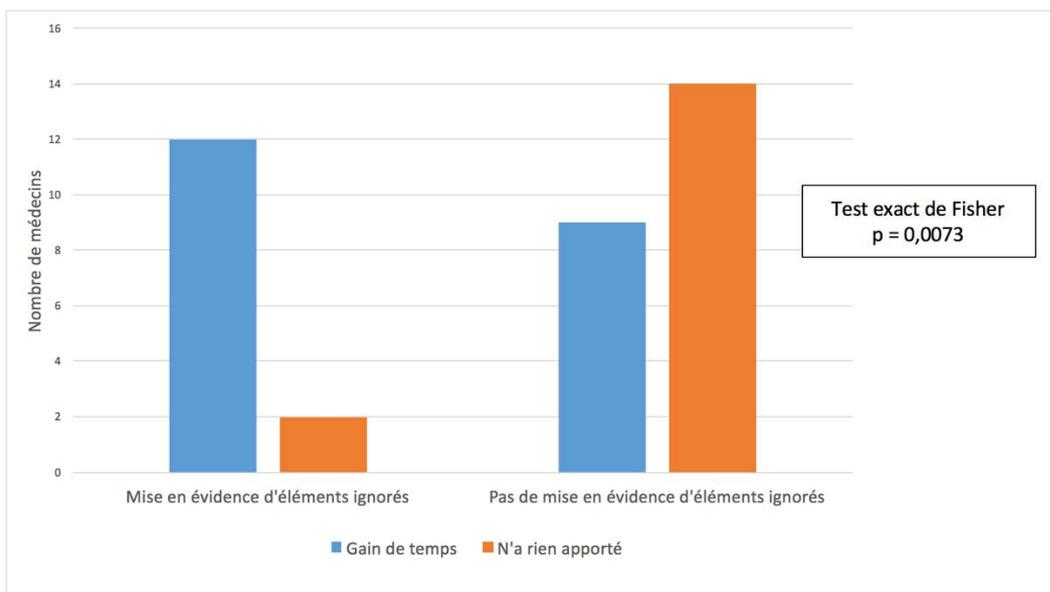


Figure 9 - Avis des médecins concernant le gain de temps dans la prise en charge des personnes âgées selon la mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés

De même, il existait un lien statistiquement significatif entre la mise en évidence d'éléments nouveaux et l'avis des médecins concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (figure 10).

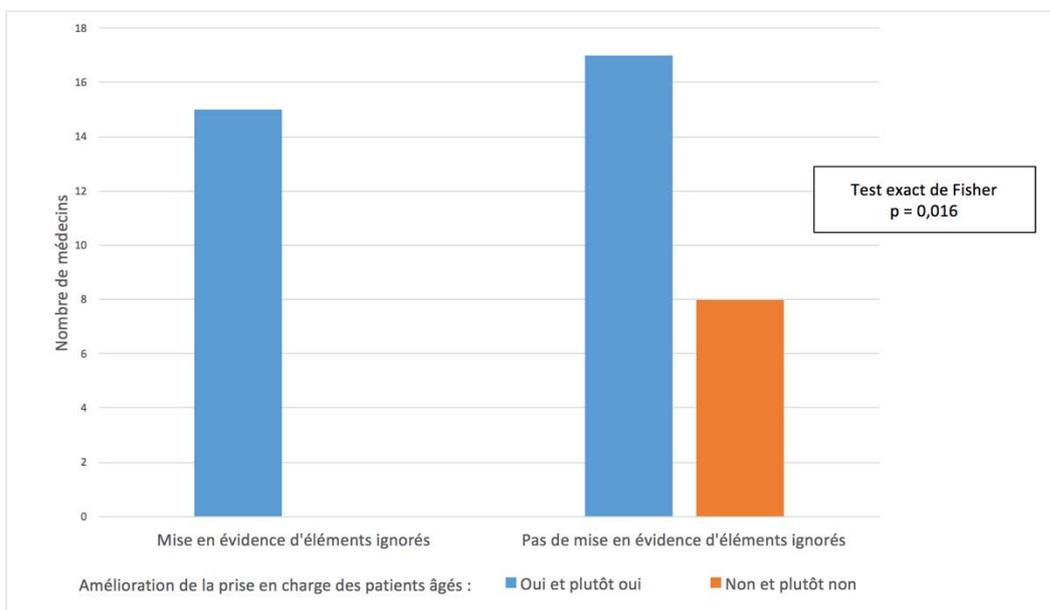


Figure 10 - Avis des médecins concernant l'amélioration de la prise en charge des patients âgés selon la mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés

La relation entre la mise en place des recommandations et l'impression des médecins sur le gain de temps dans la prise en charge des patients âgés était à la limite de la significativité (figure 11).

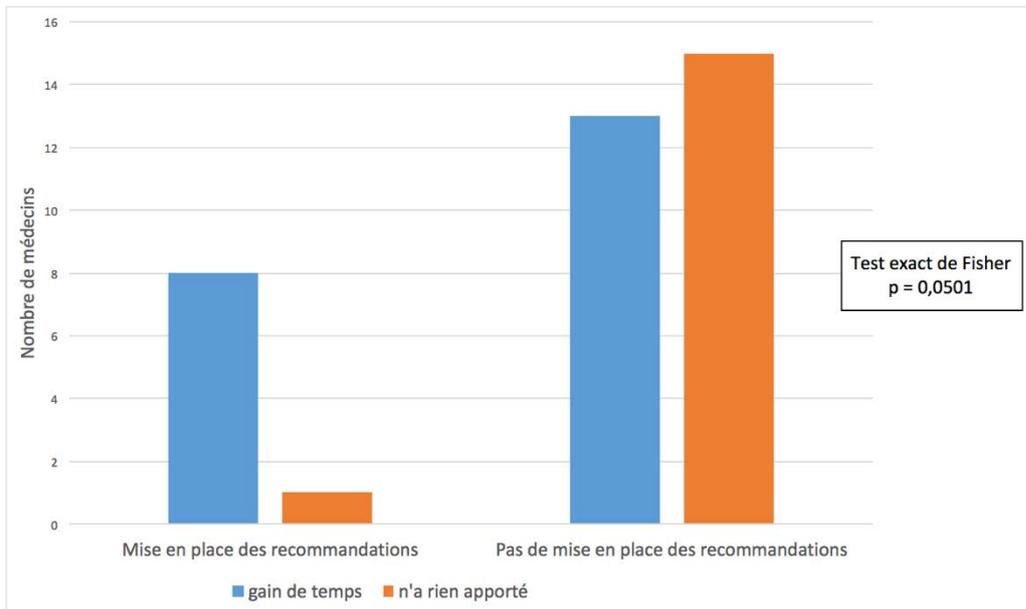


Figure 11 - Impression sur le gain de temps dans la prise en charge des patients âgés selon la mise en place ou non des recommandations

IV. DISCUSSION

IV.1. Résultats principaux

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes au sujet d'une évaluation gériatologique réalisée au domicile de leur patient âgé chuteur après intervention du SAMU.

La satisfaction générale concernant cette évaluation était bonne, car 90 % des médecins étaient satisfaits ou plutôt satisfaits. De même, la satisfaction du patient était bonne, évaluée comme positive ou plutôt positive, pour 75 % des médecins traitants.

Il en résultait, pour le MG, une impression de gain de temps (pour 52,5 % des médecins, n = 21) ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des patients âgés (pour 80 % des médecins, n = 32), toutes les deux significativement augmentées, si l'évaluation permettait une mise en évidence d'éléments jusque-là ignorés.

Il faut noter que 10,2 % des médecins (n = 9) n'avaient pas reçu le compte-rendu de l'évaluation et les recommandations qui avaient été faites. Le courrier était envoyé par courrier électronique via une messagerie sécurisée type Medimail lorsque l'adresse mail était connue du gérontopôle, sinon le courrier était envoyé par La Poste.

Il serait intéressant de rechercher les modalités initiales d'envoi, pour comprendre les raisons de la non-réception.

Concernant les attentes des médecins généralistes, 60 % auraient aimé être contacté par l'IEG au moment ou après l'évaluation, ce qui révèle un désir de communication avec l'équipe gériatrique.

IV.2. Confrontation aux données de la littérature

IV.2.1. Adhésion au plan personnalisé de soins

IV.2.1.1. Rôle du patient

Dans notre étude, le nombre important de médecins n'ayant pas mis en pratique au moins une des recommandations nous fait réfléchir sur les moyens d'augmenter l'adhésion au projet de soins. Le principal obstacle était le refus du patient à vouloir appliquer les recommandations conseillées.

La thèse du Dr Bieber (18) évaluait les difficultés rencontrées par les MG pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé par l'hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse. La principale difficulté rencontrée dans son étude, était la mauvaise compréhension par le patient de l'intérêt du projet de soins. Cela avait également été retrouvé lors de l'analyse du discours des patients par les Drs Kassab et Brissau (19).

Les changements psychologiques associés à la fragilité sont mal connus. L'apparition de la fragilité peut être perçue par les patients comme un état inévitable et irréversible vers la dépendance et la fin de la vie. Il existerait une réponse inadaptée au sentiment de soi, à mesure que les déficits de santé s'accumulent. On parle de crise d'identité de la fragilité, qui s'accompagnerait d'un faible bien-être psychologique (20,21). Sa reconnaissance et sa prise en charge pourraient permettre d'améliorer la qualité des soins et ainsi faciliter les tentatives d'inverser la fragilité (20).

Ainsi, un accompagnement et une meilleure compréhension par le patient, de l'intérêt de l'évaluation et du projet de soins, pourrait permettre une meilleure adhésion aux recommandations.

De plus, nous savons que l'efficacité d'un plan personnalisé de soins est plus importante lorsque le patient adhère et applique les recommandations (22). Cela a également été mis en évidence dans la prévention des chutes et la réduction des risques associés (23).

Interroger les patients évalués dans le cadre du projet pilote collaboratif entre le gérontopôle et le SAMU 31 serait intéressant, afin de connaître leurs impressions et leur compréhension, et permettrait de connaître les raisons de leur refus.

IV.2.1.2. Rôle du médecin

Nous retrouvons dans nos résultats, un nombre important de médecins n'ayant pas mis en place certaines recommandations suggérées, car elles avaient déjà été mises en place. Cette raison avait déjà été mise en évidence pour la première fois par le Dr Bieber (18).

L'évaluation de la satisfaction des MG au sujet d'une évaluation gériatrique réalisée dans leur cabinet (Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) Study), montrait un apport plutôt positif ou positif, dans la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant chez leurs patients, pour 92 % des médecins (24). Dans notre étude, ce taux est de seulement 37,5 %. Cela peut s'expliquer par le mode de recrutement des patients pour la réalisation de l'EGS. En effet, dans le projet FAP Study (25), c'est le médecin généraliste lui-même qui repérait les patients fragiles chez qui il pensait qu'une évaluation serait utile. Dans notre cas, le facteur incluant les patients dans le projet était une chute nécessitant uniquement des soins sur place, car le patient ne pouvait pas se relever seul. A aucun moment, le médecin n'intervenait dans la décision de réaliser l'évaluation. On peut donc se demander si l'évaluation était nécessaire pour les patients dont les médecins n'avaient pas pensé à réaliser une évaluation gériatrique. En effet, les personnes âgées qui chutent et qui ne peuvent pas se relever seules, peuvent être des personnes dépendantes, chez qui une EGS ne permet pas la mise en évidence d'élément nouveau pouvant être corrigé, et rend l'adhésion au plan de soins plus complexe.

La mise en relation de l'IEG ou du gériatre avec le MG avant l'évaluation ou lors de l'évaluation, permettrait d'améliorer ces deux paramètres. Cela permettrait à l'équipe gériatrique de décider, en accord avec le médecin généraliste, de la nécessité de réaliser l'évaluation, ainsi que de connaître avec précision les mesures déjà essayées ou mise en place.

Nous avons retrouvé dans notre étude, le souhait des médecins d'avoir un contact avec l'équipe gériatrique. Cela était déjà retrouvé dans plusieurs études (18,26–28). Un suivi personnalisé coordonné pourrait ainsi être d'emblée adapté.

La principale difficulté, retrouvée par Cameron et al, à la mise en place des interventions proposées, était leur trop grand nombre, ce qui n'est pas le cas dans notre étude, car seuls 2 médecins trouvaient le nombre de recommandations trop important (29).

IV.2.2. Evaluations gériatriques en soins premiers

La thèse du Dr Lamouroux (30) met en évidence les freins à la réalisation d'une consultation préventive des chutes à domicile. Le manque de temps et de reconnaissance financière étaient pour 60 % des médecins les deux principaux freins.

Plusieurs études mettent en évidence ces mêmes éléments (31), ainsi que le manque de connaissances théoriques sur le sujet (32), la difficulté de sélection des patients, et des conditions de travail inadaptées selon les médecins (33).

Une nouvelle organisation du système de santé, notamment en soins premiers, doit être étudiée, afin de répondre à la demande croissante des soins de santé, et d'améliorer la prise en charge du patient (34).

Dans de nombreux pays, des expérimentations se développent afin d'évaluer la fragilité des personnes âgées en soins premiers (35–38).

En France, cela a été introduit au niveau national par l'article 48 du projet de loi de financement de la sécurité sociale en septembre 2013, par le projet « Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA). Ce projet a pour objectif la mise en œuvre d'un parcours de santé fluide et coordonné des personnes âgées, en renforçant l'intégration des acteurs de proximité et la diffusion de la culture gériatrique dans le monde soignant libéral et les services hospitaliers (39).

Le projet FAP Study permet la réalisation d'un EGS dans le cabinet du médecin généraliste par une IEG (25). La thèse du Dr Daure (24), évaluant la satisfaction des MG concernant ce projet, mettait en évidence que l'évaluation de l'environnement du patient, notamment son domicile, était l'élément le plus manquant pour 26,7 % des médecins. L'évaluation concernée par notre étude permettait de pallier à cet élément manquant, ce qui est

reconnu comme utile par tous les médecins participants. De plus, lorsque l'évaluation permettait la mise en évidence d'éléments nouveaux, il s'agissait le plus souvent d'éléments environnementaux.

Dans la recherche des moyens d'améliorer la délivrance des soins, de nombreux pays examinent les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé, notamment des infirmières.

Les pays développés sont à différents stades de la mise en œuvre de rôles plus avancés pour les infirmières (40).

En France, les soins primaires continuent à être délivrés principalement par des médecins généralistes exerçant seuls. Cependant, en réponse à une offre de médecins limitée dans certaines régions, et grâce à l'intérêt croissant de la nouvelle génération de médecins dans le travail d'équipe, on observe le développement récent de centres de santé multidisciplinaires ou des maisons de santé pluridisciplinaires (40).

Dans notre pays, la délégation de tâches aux Infirmières a connu ses débuts, entre autres, avec le protocole Action de Santé Libérale en Equipe (projet ASALEE), né en 2003, grâce au Dr Jean Gautier, en collaboration avec l'Unité Régionale de Médecine Libérale (URLM) de Poitou-Charentes et l'équipe de recherche de Yann Bourgueil (41). Ce projet a expérimenté une nouvelle coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers délégués à la santé publique, dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins, par des consultations d'éducation à la santé, pour des patients à risque cardiovasculaire, mais aussi pour le dépistage de troubles cognitifs, de la BPCO et de certains cancers.

L'évaluation du dispositif ASALEE menée par l'IRDES en 2006, centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, a révélé que les patients inclus (groupe bénéficiant des consultations avec l'infirmière) ont présenté une amélioration de leur équilibre glycémique et de leur suivi par rapport au groupe témoin (42).

Selon une revue systématique sur les soins infirmiers avancés en soins primaires, ces derniers ont augmenté la satisfaction des patients. La durée des consultations était plus longue et il était effectué plus d'investigations que les médecins généralistes. Aucune différence sur les résultats de la santé des patients ou sur les prescriptions n'a été observée (43). Une revue Cochrane de la substitution des omnipraticiens ayant des infirmières en soins primaires, ont conclu que des infirmières ayant reçu une formation appropriée sont en mesure de fournir des soins de qualité égale et de bons résultats de santé pour les patients (44).

Des effets positifs ont également été démontrés lors de la prise en charge, par les infirmières, de chutes accidentelles (45).

Les personnes âgées sont la population utilisant le plus les services de santé (34,46). La prise en charge des patients âgés nécessite des soins complexes. Des infirmières sensibilisées et formées à la gériatrie sont nécessaires pour répondre à ces besoins en soins primaires.

La mise en œuvre réussie de cette pratique en soins primaires, nécessite de bonnes coopérations et coordinations entre les différents acteurs, entre l'infirmière et le MG (34). En effet, la prise en charge des affections gériatriques serait de meilleure qualité lors d'une coopération médecin-infirmière (47).

IV.3. Forces et faiblesses

Une des forces de notre étude est son objectif. En effet, peu de travaux s'intéressent à la satisfaction des médecins généralistes après la réalisation d'évaluations gériatriques en soins primaires.

Le taux de réponse total à notre étude était de 65,6 %. Le taux de participation au questionnaire était de 44,4 %. Comparativement au taux de réponses moyen aux questionnaires envoyés aux médecins généralistes, ces taux sont corrects. Ils ont pu être améliorés par l'envoi d'un courrier personnalisé qui notifiât le nom du ou des patients

évalués. Le médecin pouvait se sentir plus concerné par cette étude car il s'agissait d'un patient de sa patientèle.

De plus, on peut penser qu'il s'agissait des médecins les plus motivés et les plus satisfaits qui ont répondu. Il aurait été intéressant de connaître les raisons de non participation des non répondants.

Le choix de réaliser une thèse quantitative par questionnaire peut être à l'origine de données manquantes sur la satisfaction des médecins. Afin de connaître de façon plus précise leur ressenti, un travail qualitatif serait nécessaire.

La limite majeure de ce travail est la présence de biais de mesure.

Certaines évaluations avaient été réalisées plus d'un an avant l'envoi du questionnaire, ce qui constitue un biais de mémorisation. Nous avons tenté de l'améliorer en rappelant au médecin, les nom, prénom, date de naissance, et date d'évaluation du patient concerné. Nous avons également la possibilité de leur renvoyer la compte-rendu s'ils le souhaitent. Parfois, certains médecins avaient plusieurs patients évalués. Des biais de déclaration sur certaines questions pouvaient ainsi être présents. Nous avons choisi de n'envoyer qu'un seul questionnaire par médecin, afin d'augmenter le taux de participation. Pour s'affranchir de ce biais, nous aurions dû envoyer un questionnaire par patient évalué.

Il faut également tenir compte du caractère uniquement déclaratif des réponses.

La représentativité des médecins répondants à notre étude par rapport à la population des médecins généralistes en Occitanie en 2016 est légèrement différente (48) :

- Au niveau régional, les hommes représentaient 53,9 % des médecins généralistes, et ils sont 65 % dans notre étude
- L'âge moyen des médecins généralistes d'Occitanie était de 52,2 ans avec 28 % de plus de 60 ans. Dans notre étude, ils sont légèrement plus âgés, avec un âge moyen de 55,6 ans et avec 30 % de plus de 60 ans.
- Concernant le mode d'exercice, les médecins généralistes de notre étude exercent plus en groupe : 65 % contre 57 % au niveau régional.

Notre étude a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans la ville de Toulouse, ce qui explique ces différences et limite la généralisation des résultats au reste du territoire.

IV.4. Perspectives

Les résultats de cette étude sont encourageants pour le développement de ce type de projet à d'autres territoires, mais il faudrait envisager quelques pistes d'amélioration.

Tout d'abord, la prise de contact avec le médecin traitant du patient semble pertinente. Cela permettrait, avant la réalisation de l'EGS, d'améliorer l'inclusion des patients, afin d'éviter une évaluation chez des patients qui n'en auraient pas besoin. Cela permettrait également de connaître ce qui a déjà été mis en place, d'améliorer l'adhésion du patient et du médecin au projet de soins et assurer un suivi personnalisé.

Une évaluation qualitative de la satisfaction des médecins pourrait préciser leur ressenti et leurs suggestions.

Il serait également intéressant de connaître le ressenti et la satisfaction des patients au sujet de ce projet, ainsi que d'évaluer leur compréhension du projet de soins. En effet, leur motivation est primordiale pour le respect et l'efficacité des recommandations.

Une étude plus précise de l'adhésion ou non aux recommandations, de leur poursuite ou non, des raisons de leur arrêt serait utile, afin d'améliorer les futures rédactions de plan personnalisé de soins.

Il serait également intéressant d'étudier l'efficacité réelle du plan de soins mis en place chez cette population.

V. CONCLUSION

Face au vieillissement de la population et aux coûts engendrés par la dépendance, la prévention de ses causes et de ses conséquences est primordiale. Les chutes sont la première cause d'accidents de la vie courante chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, et leurs conséquences sont nombreuses (traumatiques, fonctionnelles et psychologiques). Les chutes sont également un motif fréquent de consultation aux urgences.

En 2016, un projet pilote collaboratif entre le SAMU 31 et le Gérontopôle de Toulouse a été mis en place, dans le but d'évaluer la prévention des chutes et de leurs risques, à la suite d'une évaluation gériatrique standardisée réalisée au domicile des patients âgés chuteurs ayant nécessité une intervention du SAMU avec soins sur place.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes traitants des patients évalués dans le cadre de ce projet.

La satisfaction générale des médecins traitants au sujet de l'évaluation était bonne. Les médecins interrogés ont tous perçu un bénéfice à la réalisation de l'évaluation au domicile du patient, permettant une évaluation environnementale. Les recommandations faites ont été évaluées majoritairement comme pertinentes ou plutôt pertinentes. L'évaluation et les recommandations ont permis, pour la majorité des médecins, un gain de temps dans la prise en charge des patients âgés, ainsi qu'une amélioration de leur prise en charge. Cela était plus marqué lorsque l'évaluation mettait en évidence des éléments nouveaux.

Cependant, de nombreux médecins ont déclaré ne pas avoir mis en pratique certaines recommandations, principalement devant le refus du patient, mais également car elles avaient déjà été essayées.

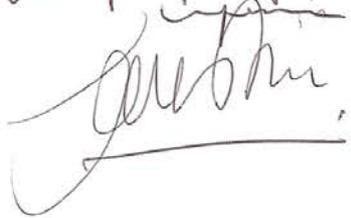
Les médecins ont fait part de leur souhait d'être contacté par l'équipe gériatrique. Cela permettrait d'améliorer l'efficacité de ce type d'évaluation, d'adapter les recommandations, et de proposer un suivi personnalisé d'emblée en coordination avec le médecin traitant.

Toulouse, le 15/01/18

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



Le 16/01/18
Vu le permis d'imprimer
Signature



BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Bilan démographique 2016 [Internet]. 2017 [cité 16 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1912926>
2. Insee. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. 2016 [cité 16 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
3. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Insee Références Données sociales : la société française. 2006;(7):613-9.
4. Renoux A, Roussel R, Zaidman C. Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060. Doss Solidar Santé - DRESS [Internet]. février 2014 [cité 16 août 2017];(50). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-a-l-horizon-2060>
5. Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - Livre blanc. 2015;9-24.
6. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. BMC Geriatr. 21 juin 2013;13:64.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
8. INSERM. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées : une expertise collective de l'Inserm [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/espace-journalistes/activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-une-expertise-collective-de-l-inserm>
9. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2011;9(4):387-90.
10. InVS. Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC) - Résultats 2013 [Internet]. 2015 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Bases-de-donnees-outils/Enquete-Permanente-sur-les-Accidents-de-la-Vie-Courante-EPAC>
11. INPES. Accidents de la vie courante : Définition et contexte français [Internet]. 2014 [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/index.asp>
12. Cabillic S, Dang VM, Ricard C, Picot F, Ageron F-X, Couturier P. Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(4):351-60.

13. Cortada B. Caractéristiques de la population fragile âgée de plus de 75 ans venant du domicile adressée aux urgences du CHU de Purpan Toulouse [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/509/>
14. Thélot B, Lasbeur L, Pédrone G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées [Internet]. [cité 16 août 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_5.html
15. Peel NM. Epidemiology of falls in older age. *Can J Aging Rev Can Vieil.* mars 2011;30(1):7-19.
16. INPES. Accidents de la vie courante : Chutes [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
17. INPES. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
18. Bieber A. Identification des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé par l'hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance [Thèse de doctorat en médecine]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
19. Kassab A-S, Brisseau V. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne [Thèse de doctorat en médecine]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
20. Fillit H, Butler RN. The frailty identity crisis. *J Am Geriatr Soc.* févr 2009;57(2):348-52.
21. Andrew MK, Fisk JD, Rockwood K. Psychological well-being in relation to frailty: a frailty identity crisis? *Int Psychogeriatr.* août 2012;24(8):1347-53.
22. Fairhall N, Sherrington C, Cameron ID, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, et al. A multifactorial intervention for frail older people is more than twice as effective among those who are compliant: complier average causal effect analysis of a randomised trial. *J Physiother.* janv 2017;63(1):40-4.
23. Mikolaizak AS, Lord SR, Tiedemann A, Simpson P, Caplan GA, Bendall J, et al. A multidisciplinary intervention to prevent subsequent falls and health service use following fall-related paramedic care: a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 1 mars 2017;46(2):200-7.
24. Daure A. Évaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins primaires [Thèse de doctorat en médecine]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
25. Fougère B, Oustric S, Delrieu J, Chicoulaa B, Escourrou E, Rolland Y, et al. Implementing Assessment of Cognitive Function and Frailty Into Primary Care: Data From Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) Study Pilot. *J Am Med Dir Assoc.* janv 2017;18(1):47-52.

26. Plunet A. Relations à l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Caen: point de vue des médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine]. [Caen, France]: Université de Caen Normandie; 2014.
27. Saleh P-Y, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliart L. [Views of general practitioners on the frailty in elderly: a qualitative study]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. sept 2015;13(3):272-8.
28. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *J Multidiscip Healthc*. 2012;5:17-25.
29. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 11 mars 2013;11:65.
30. Lamouroux F. Consultation préventive à domicile pour le patient âgé: étude de reproductibilité et de faisabilité d'un outil d'évaluation des risques à domicile, la grille EVALADOM, réalisée auprès de 20 médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
31. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenbergh B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *J Adv Nurs*. oct 2013;69(10):2262-73.
32. Tavares A-L. Evaluation gériatrique: pratiques des médecins généralistes pour le repérage du sujet âgé fragile [Thèse de doctorat en médecine]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2015.
33. Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet J-P, Royer De Vericourt G, Couturier P, Gavazzi G. Barriers to and promoters of screening for falls in elderly community-dwelling patients by general practitioners: a large cross-sectional survey in two areas of France. *Arch Gerontol Geriatr*. août 2016;65:85-91.
34. Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. *J Am Med Dir Assoc*. 1 sept 2016;17(9):782-8.
35. Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, Clark DO, Frank KI. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. *J Am Geriatr Soc*. juill 2006;54(7):1136-41.
36. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 3 oct 2002;347(14):1068-74.
37. Bleijenberg N, ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Development of a proactive care program (U-CARE) to preserve physical functioning of frail older people in primary care. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. sept 2013;45(3):230-7.

38. Van Eijken M, Melis R, Wensing M, Rikkert MO, van Achterberg T. Feasibility of a new community-based geriatric intervention programme: An exploration of experiences of GPs, nurses, geriatricians, patients and caregivers. *Disabil Rehabil.* 1 janv 2008;30(9):696-708.
39. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2017 [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
40. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 août [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5km4hv77vw47-fr>
41. Lenepveu C. Connaissez-vous Asalée? *Rev Prat Médecine Générale.* nov 2017;31(990):806.
42. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 - Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE [Internet]. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. 2008 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html>
43. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 6 avr 2002;324(7341):819-23.
44. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD001271.
45. Rask K, Parmelee PA, Taylor JA, Green D, Brown H, Hawley J, et al. Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. *J Am Geriatr Soc.* mars 2007;55(3):342-9.
46. Hall MJ, DeFrances CJ, Williams SN, Golosinskiy A, Schwartzman A. National Hospital Discharge Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Rep.* 26 oct 2010;(29):1-20, 24.
47. Reuben DB, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD, Wenger NS. Effect of nurse practitioner comanagement on the care of geriatric conditions. *J Am Geriatr Soc.* juin 2013;61(6):857-67.
48. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire type

Satisfaction des médecins généralistes concernant une évaluation gériatrique réalisée au domicile des patients âgés chuteurs après intervention du SAMU

Les questions marquées avec un astérisque () sont obligatoires.*

Données socio-démographiques

1. Nom et prénom * :

Les réponses seront anonymisées. Votre identité me permettra de ne pas vous relancer lorsque vous aurez déjà répondu.

2. Sexe * :

- Homme
- Femme

3. Quel est votre âge ? *

4. Possédez-vous un diplôme ou une formation complémentaire en gériatrie (universitaire : capacité ou DU/DIU, continu : DPC ou FMC) ? *

- Oui
- Non

5. Comment exercez-vous ? *

- Seul
- En cabinet de groupe de plusieurs médecins généralistes
- En cabinet de groupe avec plusieurs spécialités médicales ou paramédicales

6. Quelle est la proportion de personnes âgées (plus de 65 ans) de votre patientèle ? *

- < 10 %
- 10 à 25 %
- 26 à 50 %
- > 50 %

Perception concernant l'évaluation

7. Aviez-vous déjà pensé à pratiquer une évaluation gériatrique pour ce patient (ou au moins un de ces patients) ? *
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
8. Parmi les critères évalués, quels sont les 3 domaines qui vous ont parus les plus utiles ? (Merci de ne pas cocher plus de 3 réponses) *
- Evaluation sociale
 - Evaluation médicale (pathologies chroniques et médicaments)
 - Evaluation de l'autonomie (ADL/IADL)
 - Evaluation des performances physiques / fonctionnelles
 - Evaluation de la fragilité (critères de Fried)
 - Evaluation cognitive
 - Evaluation thymique
 - Evaluation nutritionnelle
 - Evaluation sensorielle
 - Evaluation de l'environnement
 - Evaluation de la chute (histoire de la chute et recherche de chute grave)
 - Evaluation comportementale (recherche de comportements à risque de chute)
9. Le fait que l'évaluation se fasse au domicile du patient, avec bilan des risques environnementaux (type de logement, éclairage, escaliers, ...) vous paraît-elle utile ? *
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non
10. Cette évaluation a-t-elle fait apparaître chez votre (vos) patient(s) un ou des élément(s) que vous ignoriez ? *
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

Parmi les éléments ignorés, quels sont ceux dont vous avez eu connaissance grâce à l'évaluation ?

Plusieurs réponses possibles.

- Problèmes sociaux
- Altération des performances physiques
- Altération de l'autonomie
- Statut de fragilité
- Déficit sensoriel
- Trouble cognitif

- Trouble nutritionnel
- Trouble thymique
- Environnementaux, aménagement du domicile
- Antécédents de chutes
- Autre : _____

Perception concernant les recommandations

11. Comment trouvez-vous le nombre de recommandations conseillées ? *

- Insuffisant
- Satisfaisant
- Trop important

Si trop important, à combien souhaiteriez-vous les limiter ?

12. Est-ce que la hiérarchisation des recommandations par ordre de priorité vous convient-elle ? *

- Oui
- Non

Si non, préféreriez-vous une hiérarchisation :

- Par ordre d'évaluation
- Par ordre de simplicité d'application
- Autre : _____

13. Les recommandations faites vous ont-elles parues pertinentes ?

	Totalement pertinentes	Plutôt pertinentes	Peu pertinentes	Pas du tout pertinentes
Domaine physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognitives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutritionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensorielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aménagement domicile/ matérielles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous n'avez pas mis en pratique au moins une des recommandations, pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles.

- Non adaptées
- Manque de temps
- Manque de moyens
- Déjà essayées
- Refus du patient
- Autre : _____

Si vous avez mis en pratique certaines recommandations, sont-elles poursuivies aujourd'hui ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Pour celles qui ne sont pas poursuivies aujourd'hui, pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oubli
- Pas de bénéfice
- Souhait du patient pour arrêter
- Efficacité atteinte
- Autre : _____

14. La réalisation de cette évaluation a-t-elle débouché sur un avis gériatrique pour votre (un de vos) patient(s) ? *

- Oui
- Non

Un autre avis spécialisé ? *

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Cardiologique
- Neurologique
- Ophtalmologique
- ORL
- Autre : _____

15. Avez-vous modifié la (les) ordonnance(s) de votre (vos) patient(s) du fait de ce compte-rendu ?

- Oui
- Non

Evaluation du courrier

16. Le courrier vous paraît-il compréhensible ? *

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Satisfaction globale

17. D'une façon générale, quelle est votre satisfaction sur l'apport de cette évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient ? *

- Satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt non satisfait
- Non satisfait

18. Quelle est votre impression sur le degré de satisfaction des patients concernant cette évaluation ? *

- Positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative
- Ne sais pas

19. Comment évaluez-vous le gain de temps dans votre pratique grâce à cette démarche pour la prise en charge de votre patient ? *

- Gain de temps
- Ne m'a rien apporté
- Perte de temps
- Ne sais pas

20. De votre point de vue, cette démarche améliore-t-elle la prise en charge de votre patient âgé ? *

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Attentes et propositions d'améliorations

21. Y a-t-il, selon vous, des éléments manquants dans cette évaluation et dans les propositions faites ? *

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

22. Concernant le suivi, auriez-vous aimé que l'infirmière rappelle le patient ? *

- Non
- Oui

Si oui, à quel moment ?

- Après 1 mois
- Après 3 mois
- Après 6 mois

Auriez-vous aimé que l'infirmière vous appelle ? *

- Oui
- Non

23. Seriez-vous demandeur d'une évaluation de ce type pour certains de vos patients âgés (mais qui n'ont pas appelé le SAMU pour chute) ? *

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Annexe 2 : Courrier type adressé aux médecins généralistes inclus dans l'étude

Bonjour Docteur X.,

Je m'appelle Delphine COSTES, et je suis interne en 4^{ème} semestre de médecine générale à Toulouse.

Votre patient Monsieur ou Madame Y. né le .././.., a été évalué au domicile par une infirmière du gérontopôle du CHU de Toulouse le .././.. à la suite d'une chute, pour laquelle une intervention du SAMU a été nécessaire avec soins sur place.

Vous avez reçu le compte-rendu de cette évaluation avec d'éventuelles recommandations.

J'effectue ma thèse de médecine générale sur la satisfaction des médecins généralistes concernant cette évaluation et les recommandations qui vous ont été transmises, afin de mieux cerner l'intérêt pour le médecin généraliste de ce type d'intervention.

Mon directeur de thèse est le Dr Bruno CHICOULAA.

Afin de m'aider dans ce travail, je vous serai reconnaissante de prendre le temps de remplir ce questionnaire, cela vous prendra environ **5 minutes**.

Voici le lien vers le questionnaire :

[Lien internet](#)

(Vous trouverez le questionnaire joint à ce courrier.)

Votre identité vous est demandée, mais tout sera anonymisé. Cela me permettra de ne pas vous relancer lorsque vous aurez répondu.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de mon travail, merci de m'en informer par retour de ce mail.

D'avance, merci beaucoup pour votre aide.

Delphine COSTES

xxxxxxxxxx@xxxx.fr

Annexe 3 : Courrier type de relance

Bonjour Docteur X.,

Je me permets de vous écrire, car sauf erreur de ma part, vous n'avez pas répondu à mon questionnaire de thèse concernant la satisfaction des médecins généralistes à propos d'une évaluation gériatrique réalisée au domicile du patient à la suite d'une chute nécessitant une intervention du SAMU.

Votre patient, Monsieur ou Madame Y. né le .././.. a été évalué dans le cadre de ce projet.

Vous trouverez toutes les informations nécessaires dans mon mail précédent (ci-après).

Voici le lien vers le questionnaire :

[Lien internet](#)

Cela vous prendra environ 5 minutes.

Merci de prendre le temps de le remplir afin de m'aider dans mon travail.

Si vous n'avez pas reçu le compte-rendu de cette évaluation, merci de m'en informer, je vous le transmettrai.

Delphine COSTES

xxxxxxxxxx@xxx.fr

Annexe 4 : Courrier type de relance après contact téléphonique

Bonjour Docteur X.,

Comme convenu par téléphone ce jour (avec votre secrétaire), je vous renvoie le lien vers mon questionnaire de thèse. Cela vous prendra 5 minutes.

[Lien internet](#)

Vous trouverez ci-après toutes les informations nécessaires que je vous avais envoyées lors de mes mails précédents.

Si vous n'avez pas reçu le compte-rendu de l'évaluation, merci de me le dire, et je vous le transmettrai.

Merci pour votre aide.

Delphine COSTES

xxxxxxxxxx@xxxx.fr

Évaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes concernant une évaluation gériatologique réalisée au domicile des patients âgés chuteurs après intervention du SAMU

Introduction : Les chutes sont la première cause d'accidents de la vie courante chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, et leurs conséquences sont nombreuses. Afin de répondre à ces différentes problématiques, un projet pilote collaboratif entre le SAMU 31 et le Gérotopôle de Toulouse permet de réaliser une évaluation gériatologique au domicile des patients âgés chuteurs ayant nécessité une intervention du SAMU avec soins sur place. Notre objectif est d'évaluer la satisfaction des médecins traitants au sujet de cette évaluation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative interrogeant des médecins généralistes traitants de Toulouse. Le recueil des données a été effectué par un questionnaire envoyé par courrier électronique ou postal.

Résultats : Le taux de participation était de 44,4 % (40 questionnaires). 90 % des médecins (n = 36) étaient satisfaits ou plutôt satisfaits sur l'apport de cette évaluation. Elle permettait pour 52,5 % d'entre-eux (n = 21) un gain de temps dans leur pratique, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des patients âgés pour 80 % des médecins (n = 32). 60 % des médecins (n = 24) auraient aimé être contacté par l'équipe gériatrique.

Conclusion : La satisfaction des médecins est très satisfaisante et encourageante pour le développement de ce type d'intervention. Une meilleure communication avec le médecin traitant est importante ainsi que la compréhension du patient, afin d'améliorer l'adhésion aux propositions.

Mots clés : Evaluation gériatologique, soins premiers, personne âgée, chute, fragilité, intervention à domicile

Assessment of the satisfaction of general practitioners about a geriatric assessment performed at home of elderly who fall after the intervention of an emergency mobile unit

Introduction: Falls are the first cause of home accidents in people aged 75 and over, and there are many consequences. In response to these different problems, a collaborative pilot project between the emergency medical service and the geriatric health service of Toulouse allows a geriatric assessment at home of elderly patients who fall after an intervention of an emergency mobile unit. The objective is to assess the satisfaction of general practitioners about this geriatric assessment.

Material and methods: This is a quantitative descriptive study performed in Toulouse on a population of general practitioners. Data collection was done by a questionnaire sent by email or post.

Results: The participation rate was 44.4% (40 questionnaires). 90% of general practitioners (n = 36) were satisfied or rather satisfied. With this assessment, 52.5% of general practitioners (n = 21) gained time in their practice, and 80 % (n = 32) estimated an improvement of the care of elderly patients. 60% of general practitioners (n = 24) would have liked to be contacted by the geriatric health service.

Conclusion: The satisfaction of the general practitioners was very positive and encouraging for the development of this type of intervention. A better communication with general practitioner is important, as well as patient understanding to improve adhesion in personalized plan.

Key words: Geriatric assessment, primary care, elderly, fall, frailty, home care

Directeur de thèse : Docteur Bruno CHICOULAA

Discipline administrative : Médecine générale

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