

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

Présentée et soutenue publiquement par
Estela CHABASSE

Le 15 avril 2022

**Gestion de l'alerte ICOPE par les médecins
généralistes contactés pour leur patient dans le
cadre de l'étape 1 du programme ICOPE**

Directeur.es de thèse : Pr Maria SOTO, Pr Bruno CHICOULAA

JURY :

Madame la Professeure Fati NOURHASHEMI

Présidente

Madame la Professeure Maria SOTO

Assesseuse

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONJOUR Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNIEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODÈME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUG Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUPOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOLAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. PIPONNIER David M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHARPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LA ROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Cardine	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessica	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDDUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale
M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Remerciements

A La Présidente du Jury

Madame la Professeure NOURHASHEMI, je vous remercie d'avoir acceptée la présidence de ce jury. Recevez ici le témoignage de mon respect et de ma profonde reconnaissance de votre implication auprès des patients, de l'hôpital et pour la formation des étudiants.

Aux membres du Jury

Madame la Professeure SOTO, je vous remercie de m'avoir accompagné et guidé dans la réalisation de ce travail de thèse. Merci pour vos enseignements les journées où vous m'avez encadré dans le service de SSR d'oncogériatrie. Merci pour votre implication dans la gériatrie et pour votre investissement dans la formation des internes.

Monsieur le Professeur POUTRAIN, je te remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Merci pour ta bienveillance tout au long de mon parcours d'internat et merci pour ton implication admirable pour la formation des internes. Merci de nous avoir accueilli dans le Comminges, c'était un plaisir d'y avoir passé une partie de mon internat.

Monsieur le Professeur CHICOULAA, merci pour votre aide et vos précieux conseils. Je vous remercie particulièrement pour votre écoute non jugeante, votre attitude bienveillante et votre disponibilité tout au long de mon parcours de thèse. Avec tout mon respect et ma gratitude, merci.

Aux personnes ayant participé à mon étude :

Merci aux membres du ERVPD pour leur soutien. Merci au Dr TAVASSOLI pour votre aide et vos conseils dans ce travail. Merci tout particulièrement à Caroline Berbon, pour ta présence, ta patience, ta gentillesse, ton aide, tes corrections, et le temps que tu as consacré à ce travail.

Merci à mes relecteurs, mon Papa, Adèle, Anne Cé, Camille, Simon.

Merci aux médecins qui ont pris le temps de répondre et permettre ainsi la réalisation de ce travail.

Aux personnes qui ont participé à ma formation :

A mon médecin traitant, Dr Comiti, merci de nous avoir accompagné depuis que je suis petite, ma famille et moi. Admirative de ton aura, tu m'as donné envie de devenir médecin à mon tour.

A mes maîtres de stage, merci de m'avoir accompagné tout au long de ma formation. Merci Dr Pujol, pour ton apprentissage et d'avoir partagé avec moi ta passion de la médecine et du soin, Dr Grellier, merci pour ta gentillesse. Dr Galy, merci pour ta présence continue, ton enthousiasme, ton équilibre de vie et pour tout ce que tu m'as appris. Dr Priem, merci pour tous ces midis à la ferme, Dr Doury, Dr Serny, merci pour votre enseignement. Dr Verrez, Dr Dubrulle, Dr Schmitt, merci pour votre accueil et votre bienveillance, vous avez réussi à nous donner envie de rester avec vous dans le nord Aveyron !

A l'équipe du CHIVA, merci particulièrement Dr Lemoine, pour ta bienveillance. Tu es une personne et un médecin admirable.

Aux médecins de l'oncopole, merci sincèrement Dr Delavigne pour ton implication sans relâche et ta gentillesse.

Au service du SSR oncogériatrie, merci à l'équipe médical et para médical, merci Dr Gerard pour ton encadrement et ta présence.

À ma famille :

A mes parents, vous m'avez accompagné à chaque étape de ma vie. La femme et le médecin que je suis aujourd'hui s'est construite grâce à vous. Maman tu m'as transmise ta détermination et ta rigueur. Papa tu m'as appris la bienveillance. Merci pour votre amour et votre soutien constant.

A mon frangin, pour me faire rire, pour me casser les pieds, pour me serrer dans tes bras quand j'en ai besoin, pour m'avoir toujours écouté sans me juger. Merci d'être toujours là, merci d'être toi. Merci Poupi.

A mes grands-parents, Papé tu as été un soignant remarquable, merci pour ta présence. Mamé, de nous avoir encouragée tout au long de nos années d'étude, te souvenant du mieux que tu pouvais en quelle année et à quel endroit j'étais. Tu n'es plus là, mais je suis fièvre de te dire que je suis allée jusqu'au bout de mes études.

A mi abuelita Julia, gracias para venir a visitarnos al otro lado de la tierra, gracias de apoyarme durante todos mis estudios que por fin se acaban. Tal vez vamos a disfrutar del año que viene para viajar y visitarte.

A mes oncles et tantes, du Pérou, du Canada, d'Italie ou d'ici, et à mes cousins et cousines, pour m'avoir écouté raconter mes premières expériences médicales en repas de famille, d'avoir pardonné mes absences et de m'avoir toujours soutenue au long de mon parcours. A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli à bras ouvert, merci pour votre gentillesse.

A mon amoureux :

Simon, merci d'être venu à cette soirée à Saint Bât, mais je suis sûre que dans tous les cas nos chemins auraient fini par se croiser. Partager ma vie avec toi est pour moi une évidence. Merci de me montrer la beauté des nuages, de partager tes rêves avec moi, merci de m'offrir un espace serein auprès de toi. Il me tarde qu'on écrive la suite de notre histoire. Je t'aime.

Aux copains du lycée :

Plus de 10 ans déjà, merci d'être là, merci d'être vous. J'adore grandir à vos côtés, j'adore découvrir quel chemin de vie nous choisissons d'emprunter. Marie, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci de m'avoir pardonné mon bordélisme, merci de veiller sur moi. Manon, merci pour ton sourire, ta joie de vivre, ta bienveillance, merci de m'avoir accueilli à Mayotte. Clem, merci pour ta simplicité, ton écoute et ta gentillesse. Antoine, merci pour tous ces cours d'Histoire Géo à papoter, merci pour ta présence et ton soutien. Diane, merci de continuer de venir me voir dans mes rêves et de continuer de vivre dans mon cœur et mes pensées. Merci d'avoir partagé ma vie, tu me manques.

Malika, merci pour ton incroyable gentillesse et ta présence bienveillante à tout heure du jour ou de la nuit. Je te souhaite une vie paisible.

Aux copains de fac :

Jessica et Adèle, merci pour cette première année de médecine, à tous ces horoscopes, sudoku et mots croisés sur les bancs de la fac, et à tous nos fous rires. Jessica, merci pour ton incroyable sourire. Adèle, merci de partager ma vie, j'admire ton équilibre et ta juste mesure. Aux étoiles de Lisbonne, merci les copines pour toutes ces vacances, toutes ces soirées, tous ces moments incroyables qu'on a passé ensemble, et à tous les suivants. Myriam, merci de m'avoir toujours ouvert ta porte, de m'avoir écouté sans jamais juger, il me tarde de venir vous voir en Corse !

Camille, je crois que si je devais te remercier pour tout ce que tu m'as apporté il me faudrait plusieurs pages, alors juste merci. Merci de m'accueillir chez toi, merci pour tous ces moments où l'on s'échappe en montagne ensemble, merci de me comprendre même quand je ne parle pas, merci d'être à mes côtés.

Louise, merci de prendre soin de nous, merci d'être la voix de la sagesse. A une semaine de ta soutenance de thèse, c'est toi qui me rassurais sur la rédaction de la mienne ... Merci d'être toujours présente, et de rester fidèle à toi-même.

Merci à la vie associative de m'avoir fait grandir. Merci à mon premier bureau, particulièrement à Gildas pour partager avec nous à la fois ta sagesse et ta tête de ouistiti, à Stouph toujours aussi ouf, à Pierrot mon co-bisounours. Merci à mon deuxième bureau, merci pour tous ces moments riches en émotion que je n'oublierai pas, vivement les prochaines MdB !

Merci à tous les copain.es que j'ai rencontré pendant ces années d'externat, Anne cé merci pour ton émerveillement de vie communicatif, Lisa, Isa, Constance, et toute cette fratrie d'inséparables copains Jeb, Guillaume, Fred, Aymeric, Bastien, Virgile et Paulo, merci pour toutes ces vacances et ces soirées jusqu'au bout de la nuit, on s'en souviendra, enfin pas toujours ...

Djo, merci d'avoir été présent tout au long de ces études, merci pour ton aide et tes conseils.

Aux copains de danse : Merci de m'avoir offert un refuge en dehors du temps et de l'espace.

Aux copains d'internat :

Milou, merci de nous partager ta force et ton sourire, merci à toi, Alex et Corto pour toutes ces sorties en montagne et à toutes les suivantes.

Mailys et Rémi, merci pour ce semestre à Saint Bât, pour votre accueil chaleureux et les soirées tapas en Espagne.

Angélique et Célia, merci pour cette coloc à Saint Pé, merci pour votre joie de vivre communicative.

Manu, Maé, merci pour toutes ces échappées en montagnes et de m'avoir accueilli à Tarbes.

William, merci pour ta présence et tous ces moments passés, ensembles, vivement les nouvelles aventures.

Aux copains de ski, Aymeric (t'as même le droit à deux dédicaces ;)) merci de nous faire rire (est-ce grâce à ton humour hors norme, ou suis-je bon public ?), Lilian et Claire, merci pour les pique-niques au foie gras et les séances de yoga, et surtout merci pour votre soutien et votre incroyable gentillesse.

Merci à tous de faire partie de ma vie.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Table des matières

Table des matières	1
Table des illustrations	3
Abréviations	4
I. Introduction	5
A. <i>Évolution des stratégies de prévention de la dépendance</i>	5
B. <i>Place du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des personnes âgées autonomes</i>	6
C. <i>ICOPE</i>	6
II. Matériel et méthode	9
A. <i>Type d'étude</i>	9
B. <i>Population étudiée</i>	9
C. <i>Recrutement des médecins généralistes</i>	9
D. <i>Élaboration du questionnaire</i>	10
1. <i>Méthodologie générale</i>	10
2. <i>Déroulement du questionnaire</i>	10
E. <i>Recueil de données</i>	11
F. <i>Analyse des données</i>	12
G. <i>Considérations éthiques</i>	12
III. Résultats	14
A. <i>Segmentation de l'inclusion et taux de réponse</i>	14
B. <i>Analyse descriptive de la population étudiée</i>	15
C. <i>Analyse descriptive des réponses</i>	17
1. <i>À propos de l'alerte ICOPE</i>	17
2. <i>À propos de la gestion des alertes par les médecins généralistes</i>	18
3. <i>À propos des alertes sensorielles</i>	23
4. <i>Communication autour du programme ICOPE</i>	23
D. <i>Analyse univariée des réponses</i>	28
IV. Discussion	29
A. <i>Représentativité de l'échantillon</i>	29
B. <i>Synthèse des résultats</i>	30
	1

C.	<i>Forces et limites</i>	31
D.	<i>Prise en charge du médecin suite à une alerte</i>	33
E.	<i>Communication aux médecins généralistes</i>	36
1.	Information au médecin traitant	36
2.	Évolution des pratiques médicales	37
F.	<i>Communication après l'alerte</i>	38
1.	Contact privilégié dans ce nouveau programme	38
2.	Place de l'application ICOPE dans le réseau	39
G.	<i>Place du médecin généraliste dans ces nouveaux fonctionnements</i>	39
1.	Place du médecin généraliste comme acteur de prévention	39
2.	Place du médecin généraliste comme coordonnateur de soin	40
3.	Au sein d'une CPTS	40
H.	<i>Perspectives</i>	41
V.	Conclusion	43
VI.	Bibliographie	44
VII.	Annexe	50
	<i>Annexe I : Protocole de gestion d'alerte</i>	50
	<i>Annexe II : Mail type</i>	54
	<i>Annexe III : Questionnaire</i>	55
	<i>Annexe IV : Résultats questions ouvertes</i>	59
	<i>Annexe V : Tableau des alertes</i>	62
	<i>Annexe VI : Résultats analyse univariée</i>	63

Table des illustrations

Tableaux :

Tableau I : Caractéristiques socio - démographiques des médecins répondeurs.....	155
--	-----

Figures :

Figure 1: Diagramme de flux de l'étude	14
Figure 2 : Diagramme de flux pour la gestion de l'alerte.....	18
Figure 3 : Prise en charge suite à l'alerte nutrition	19
Figure 4 : Prise en charge suite à l'alerte locomotion	20
Figure 5 : Prise en charge suite à l'alerte cognition	20
Figure 6 : Prise en charge suite à l'alerte sur la thymie	21
Figure 7 : Prise en charge suite à l'alerte sur la vision.....	21
Figure 8 : Prise en charge suite à l'alerte sur l'audition	22
Figure 9 : Proposition d'une EGS dans les suites d'une alerte	22
Figure 10 : Connaissances sur ICOPE.....	24
Figure 11 : Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE.....	25
Figure 12 : Contact privilégié.....	26
Figure 13 : Utilisation de l'outils ICOPE en pratique courante	26
Figure 14 : Répartition des médecins répondants en Occitanie.....	29

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EGS : Évaluation Gériatologique Standardisé

ICOPE : Integrated Care of Older People (eng) / SIPA soins intégrés de la personne âgée (fr)

IDE : Infirmier Diplômé d'État

ERVDP : Équipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance

FMC : Formation Médicale Continue

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

I. Introduction

A. Évolution des stratégies de prévention de la dépendance

La démographie en France montre un vieillissement de la population en cours d'accélération. Au 1^{er} janvier 2020, la population française continue de vieillir, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, soit plus d'une personne sur cinq. A l'horizon 2040, plus d'un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus. (1)

Ce vieillissement de la population entraîne une problématique humaine, familiale et sociétale. Avec le vieillissement de la population, la part de la population dépendante augmente. Or, la perte d'autonomie des personnes âgées augmente de façon prévisible les coûts pour le système de santé. (2)

Prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée est donc un enjeu majeur de santé publique.

Le vieillissement n'est cependant pas synonyme de perte d'autonomie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement comme une réduction progressive des réserves fonctionnelles de l'individu. (3) Les travaux du Dr Bouchon ont permis de décrire plusieurs courbes de vieillissement. (4) Une personne âgée peut être robuste, fragile, ou dépendante.

La fragilité est définie comme un syndrome gériatrique clinique. Le concept de fragilité est né des travaux de Fried et Rockwood, à la fin du 20^e siècle. La fragilité résulte d'une réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress. (5) C'est une situation dynamique, qui peut évoluer vers une rupture d'équilibre et une perte d'autonomie, mais également réversible avec une prise en charge adaptée. (6)

L'utilisation de l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) permet le diagnostic de fragilité et l'établissement du plan de soin. (7) Sa prise en charge clinique entraîne une diminution de la mortalité et prévient l'entrée dans la dépendance. (8)

Pendant longtemps la prévention de l'entrée dans la dépendance s'est donc centrée sur le diagnostic de fragilité grâce à une EGS, puis par la mise en place d'un plan de soin personnalisé. Cependant les dernières recommandations de l'OMS proposent de faire

évoluer la stratégie de prévention à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans. L'objectif est de prévenir, ralentir ou inverser le déclin des capacités physiques et mentales chez l'ensemble des personnes âgées autonomes. (9)

B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des personnes âgées autonomes

La place du médecin généraliste chez les personnes âgées autonomes est primordiale. Ces patients ne relèvent pas d'un suivi hospitalier.

Il a d'abord un rôle de coordonnateur du parcours de soin. En France, ce rôle est accentué par son statut de « médecin traitant ». (10)

Il est aussi acteur de prévention chez ces patients pour permettre un maintien à domicile et prévenir l'entrée dans la dépendance. (11) L'aspect préventif dans la prise en charge de ces patients est un rôle important du médecin généraliste. Cet aspect préventif fait partie de la définition de la médecine générale. Parmi les six grandes compétences professionnelles définies, l'une de ces compétences est d'être capable de promouvoir l'éducation pour la santé et la prévention des maladies. (Wonca 2002 (12) et 2011 (13))

La stratégie de prévention proposée par l'OMS pourrait introduire un parcours de prévention et de soin de la personne âgée codifié en soins premiers.

C. ICOPE

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, vieillir en bonne santé consiste au maintien des fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous. L'OMS a identifié six fonctions principales de la personne âgée qu'elle considère comme essentielles pour prévenir la perte d'autonomie : la mobilité, la mémoire, la vision, l'audition, l'état nutritionnel et l'humeur. Ces fonctions constituent la capacité intrinsèque de la personne. (14)

Le programme pour les soins intégrés de la personne âgée appelé programme ICOPE, a pour objectif de prévenir le déclin des fonctions principales de la personne âgée robuste, pré-fragile ou fragile.

L'outil de dépistage, appelé étape 1, du programme ICOPE de l'OMS permet de détecter un possible déclin de la capacité intrinsèque. L'étape 1 a été adapté par le Gérotopôle de Toulouse centre partenaire de l'OMS pour être utilisé comme un moyen de suivi des six fonctions de la capacité intrinsèque au cours du temps. (15)

Le Gérotopôle de Toulouse est pionnier dans la mise en place du programme ICOPE de l'OMS en collaboration avec les acteurs des soins premiers tels que les médecins généralistes. (9) Depuis le printemps 2019, de nombreux seniors ont déjà été intégrés dans le programme ICOPE en Occitanie. (16)

Très simple d'utilisation par des acteurs qui ne sont pas forcément des professionnels de santé, l'étape 1 permet une évaluation rapide des six fonctions. L'élaboration de modèles digitaux facilite son utilisation sur smartphone (une application ICOPE MONITOR) et/ou sur ordinateur (un robot conversationnel ICOPEBOT). Ces deux outils ont deux modes d'utilisation : un mode professionnel et un mode auto-évaluation pour le patient ou son aidant. Les données saisies sont directement transférées dans une base de données sécurisée « ICOPE ». Dès l'enregistrement de la première étape, le patient sera invité à refaire (en auto-évaluation ou en hétéro-évaluation) une étape 1 tous les 6 mois, permettant un suivi régulier de ses capacités fonctionnelles.

En cas de déclin potentiel dans au moins une des six fonctions, la base de données « ICOPE » génère une alerte. Cette alerte est analysée par un infirmier diplômé d'état (IDE) du centre de télésuivi du Gérotopôle grâce à un contact téléphonique avec le patient et en s'appuyant sur un protocole d'algorithme de gestion d'alerte (Annexe I).

Les professionnels de santé intégrant des patients dans la plateforme ICOPE peuvent choisir ou non de déléguer le télésuivi aux IDE du Gérotopôle.

Une fois l'alerte vérifiée (élimination des fausses alertes), l'IDE informe le patient de la nécessité de refaire le point avec son médecin traitant. L'IDE contacte ensuite le médecin traitant de préférence par mail, sinon par courrier. Le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge et le décideur du déclenchement d'une évaluation plus approfondie (étape 2) qui permette de confirmer le déclin de la fonction et par la suite d'élaborer un projet de soins. (Annexe II)

L'adhésion des médecins généralistes au programme ICOPE est reconnue comme essentielle. Ce programme a pour ambition d'opérer un changement dans la communication

et l'organisation de l'hôpital avec les acteurs de soins premiers, notamment les médecins généralistes. (15)

Ce programme est original et novateur. La réaction des médecins généralistes à ce mail d'information n'a jusqu'à ce jour encore jamais été évaluée.

Dans ce contexte, nous nous sommes questionnés sur la gestion de l'alerte par les médecins généralistes contactés pour leur patient dans le cadre du programme ICOPE, dont le télésuivi a été délégué aux IDE du Gérotopole.

Objectif principal :

- Connaître la prise en charge de l'alerte par le médecin généraliste suite à l'alerte envoyée par mail dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE

Objectifs secondaires :

- Recueillir l'avis des médecins généralistes sur leur place dans les premières étapes du programme ICOPE
- Recueillir l'avis des médecins généralistes sur l'utilisation de l'outil ICOPE dans leur pratique courante
- Identifier des pistes de réflexion sur les moyens de communication adaptés pour le médecin généraliste dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale évaluant les pratiques déclarées des médecins généralistes, dans le cadre du programme ICOPE, par un questionnaire en ligne, dans la région d'Occitanie.

B. Population étudiée

La population cible était les médecins généralistes ayant reçu un ou plusieurs mails concernant leurs patients dans les suites de l'étape 1 du programme ICOPE. Ces mails étaient rédigés suite à une possible altération des fonctions, suspectée lors de l'interrogatoire du senior par les IDE de la plateforme de télésuivi ICOPE du Gérotopôle de Toulouse.

Les critères d'inclusion étaient : médecins généralistes ayant été contactés par mail, médecins généralistes en Occitanie, ayant un mail valide.

Les critères de non-inclusion étaient : hors Occitanie, mail invalide ou absence d'adresse mail.

C. Recrutement des médecins généralistes

Les alertes de la base de données ICOPE ont été triées de juin 2019 à août 2021.

Sur un total de 8189 alertes, 398 alertes ont mené à contacter le médecin généraliste. 199 alertes ont mené à la rédaction d'un mail, les autres ont mené à la rédaction d'un courrier donc ils n'ont pas été inclus dans notre étude.

Un médecin pouvant recevoir plusieurs alertes, la population de notre étude est donc constituée d'un total de 171 médecins généralistes contactés par mail.

Nous avons utilisé les mêmes mails que ceux qui ont servi à contacter le médecin traitant pour l'alerte du programme ICOPE.

D. Élaboration du questionnaire

1. Méthodologie générale

Il n'existait pas de questionnaire validé pour répondre aux objectifs de notre étude. La rédaction du questionnaire s'est faite en collaboration avec l'Équipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVPD) du Gérotopôle qui a été missionnée pour le déploiement d'ICOPE en Occitanie, et mes directeurs de thèse.

Une partie des questions étaient des questions fermées à choix unique. La majorité des questions étaient à choix multiples. Ce choix était motivé en parti par le fait qu'un médecin généraliste pouvait avoir été contacté pour plusieurs patients. Nous avons gardé seulement 2 questions avec des réponses courtes en texte libre pour l'obtention d'informations complémentaires.

Une phase de pré-test effectuée en avril 2021 auprès de 3 médecins généralistes avait permis de valider le questionnaire et d'estimer le temps de réponse à 6 minutes. Cela nous a permis de le modifier pour arriver au questionnaire final, après prise en compte de leurs remarques. Nous avons notamment mieux structuré la partie sur la gestion des alertes et complété le nombre d'items possible (« consultation avec une orthophoniste », « temporiser », « IDE du protocole de coopération »). Nous avons retravaillé la syntaxe en développant les explications entre les différents axes du questionnaire. Nous avons aussi ajouté la dernière question ouverte sur la plus-value de l'application ICOPE.

2. Déroulement du questionnaire

Sont abordés dans cette partie le déroulé et la réflexion de l'enquête ; le questionnaire complet est lui, présenté en annexes (Annexe III).

Le déroulement du questionnaire était divisé en 5 parties.

Questions catégorielles

Elles ouvraient le questionnaire et étaient simples. Elles permettaient de mettre le médecin généraliste en confiance, et de s'assurer de la représentativité de l'échantillon. (17)

Les critères de représentativité avaient été définis à l'avance et évalués par des questions abordant le sexe, l'âge, la durée d'installation, le lieu d'exercice, le mode d'exercice, la

présence ou l'absence de secrétariat, et la formation gériatrique complémentaire des médecins.

Premier axe : À propos du programme ICOPE

Cette première partie nous permettait de questionner les médecins généralistes sur leur connaissance ou non du programme ICOPE, et d'évaluer les différents moyens de communication utilisés par l'ERVPD.

Deuxième axe : À propos de l'alerte donnée par ICOPE

La suite du questionnaire introduisait la notion d'alerte, c'est-à-dire le mail reçu en rapport avec le risque de diminution d'une ou plusieurs fonctions d'un patient. L'objectif était de recueillir le moyen de communication qui paraissait le plus adapté au médecin généraliste.

Troisième axe : À propos des types d'alertes

Une question à choix multiple par type d'alerte permettait d'objectiver les prises en charge des médecins en fonction des différents domaines de la capacité intrinsèque.

Quatrième axe : Avis et Attentes des médecins généralistes

Cette dernière partie permettait de recueillir la vision des médecins généralistes sur leur place dans le programme ICOPE aux premières étapes.

Deux questions ouvertes ont permis d'élargir le recueil de données pour avoir un aperçu des attentes des médecins généralistes sur le programme ICOPE.

E. Recueil de données

Le recueil de données s'est déroulé du 30 juillet 2021 au 29 octobre 2021.

La diffusion du questionnaire était réalisée par mail aux médecins généralistes. Nous avons utilisé les mêmes mails qui ont permis de contacter le médecin généraliste pour l'alerte.

Le mail présentait le questionnement de la « prise en charge de la fragilité » en soins premiers. Il comportait ensuite un corps de texte explicatif de l'étude ainsi qu'un lien menant vers le questionnaire hébergé par Google Forms.

Nous avons effectué trois relances par mail et une relance téléphonique.

F. Analyse des données

Les données recueillies lors de cette étude ont ensuite été saisies dans un tableau Excel.

Les données recueillies étaient uniquement qualitatives.

Les analyses ont été faites par Stata® version 14.2.

Les résultats ont été présentés dans un premier temps selon une analyse descriptive univariée.

Les variables étaient des variables qualitatives catégorielles, nous avons réalisé l'analyse statistique selon l'effectif et le pourcentage. Les résultats sont exprimés en fréquences (N ; %).

Les résultats ont été présentés dans un second temps selon une analyse qualitative bivariée.

Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi 2 (X2) et le test exact de Fischer lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Le risque de première espèce α était fixé à 5%.

Pour cela nous avons défini plusieurs groupes d'intérêt pour l'analyse statistique.

Les médecins étaient catégorisés en fonction :

- du genre,
- de l'âge,
- de la durée d'installation,
- du milieu d'exercice,
- de la modalité d'exercice,
- de la présence d'un secrétariat,
- de la réception ou non du mail d'alerte ICOPE

G. Considérations éthiques

Les professionnels interrogés ont été informés du caractère anonyme des données recueillies et du but de l'étude dans le cadre de la publication d'une thèse d'exercice en médecine.

L'information leur a été transmise par écrit lors du premier mail.

Nous étions dans le cadre d'une étude dont les données étaient obtenues à l'issue d'un questionnaire.

Les médecins interrogés étaient volontaires. Les données étaient anonymisées lors de leur saisie sur le tableau Excel, avant le traitement des données.

La méthodologie a été validée d'un point de vue réglementaire par le Pr P. Boyer, Délégué à la Protection des Données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous n'avons pas eu besoin d'accéder à des informations concernant les patients par l'intermédiaire des médecins ou de l'accès au dossier médical. Cette étude est hors loi Jardé. En l'absence de données médicales et de données sensibles, nous n'avons pas eu besoin de l'intervention d'un comité d'éthique pour valider le projet.

III. Résultats

A. Segmentation de l'inclusion et taux de réponse

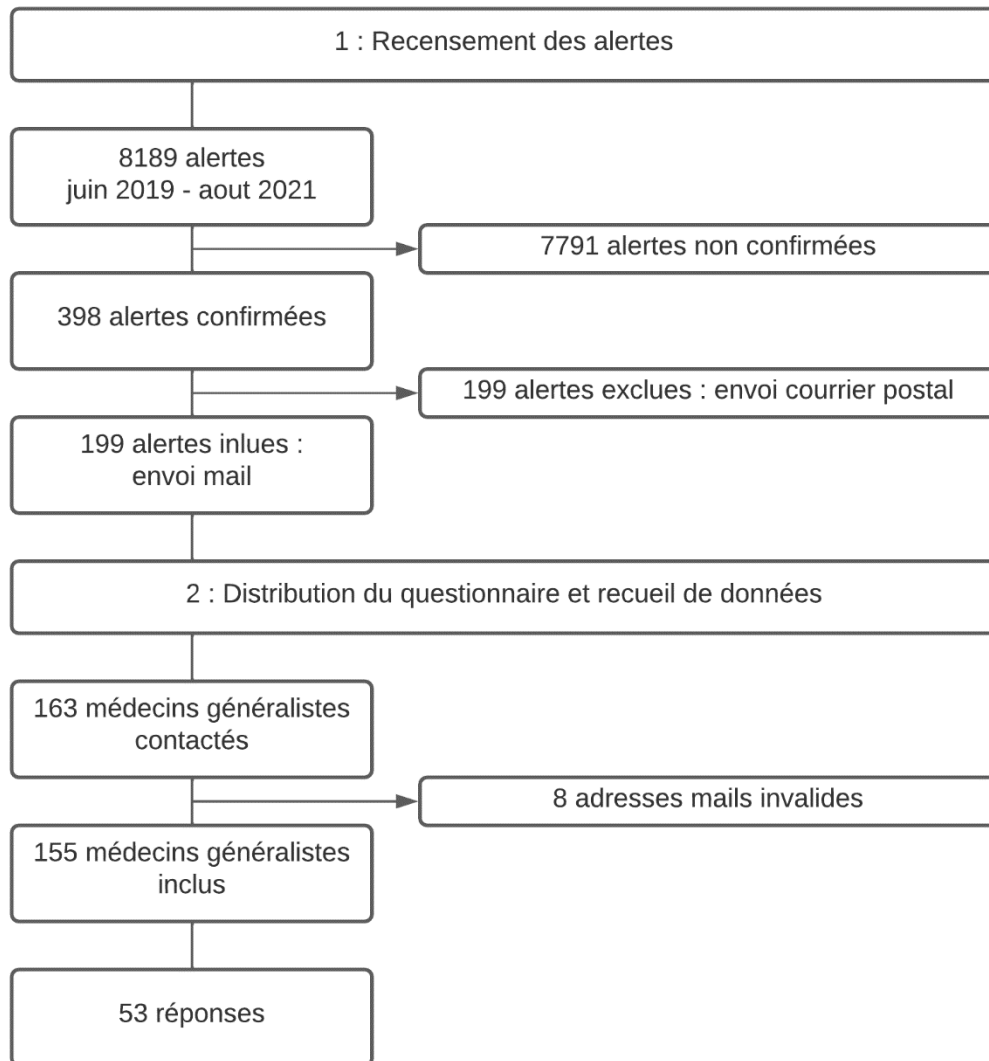


Figure 1: Diagramme de flux de l'étude

Sur l'ensemble des questionnaires distribués aux 155 médecins généralistes inclus, nous avons obtenu un **taux de réponse de 34%**.

B. Analyse descriptive de la population étudiée

Tableau I : Caractéristiques socio - démographiques des médecins répondants

	n (%)
Genre	
Homme	30 (57%)
Femme	23 (43%)
Âge	
Moins de 50 ans	21 (40%)
31 à 40 ans	7 (13%)
41 à 50 ans	14 (26%)
Plus de 50 ans	32 (60%)
51 à 60 ans	16 (30%)
Plus de 61 ans	16 (30%)
Durée d'installation	
Moins de 25 ans	30 (57%)
Moins de 15 ans	17 (32%)
Entre 15 et 25 ans	13 (25%)
Plus de 25 ans	23 (43%)
Lieu d'exercice	
Urbain	40 (75%)
Rural (rural + semi-rural)	13 (25%)
Semi-rural	7 (13%)
Rural	6 (11%)
Modalité d'exercice	
Cabinet médical individuel	19 (36%)
Pratique en groupe	34 (64%)
Cabinet médical de groupe	32 (60%)
Maison de santé	2 (4%)
Secrétariat	
Présent	38 (72%)
Secrétariat en présentiel	22 (42%)
Secrétariat à distance	16 (30%)
Absent	15 (28%)
Formation complémentaire en gériatrie	
Oui	9 (17%)
Capacité de gériatrie	4 (7.5%)
Diplôme universitaire	2 (3.8%)
Formation médicale continue	2 (3.8%)
Autres	1 (1.9%)
Non	36 (68%)
Données manquantes	8 (15%)
N = 53	

Notre population est composée d'une majorité d'hommes (57%) de plus de 50 ans (60%), installés depuis plus de 25 ans (43%) exerçant en milieux urbain (75%) et en groupe (64%). La majorité des médecins répondant possédaient un secrétariat (72%) et ne possédaient pas de formation complémentaire en gériatrie (68%).

C. Analyse descriptive des réponses

1. À propos de l'alerte ICOPE

À propos du mail d'information suite à l'alerte ICOPE envoyé un IDE de la plateforme de télésuivi ICOPE :

- 12 des médecins répondant, soit **23%**, **déclarent avoir reçu** le mail d'information suite à l'alerte ICOPE
- 35 des médecins répondant, soit **66%**, **déclarent ne pas avoir reçu** le mail d'information suite à l'alerte ICOPE
- 6 des médecins répondant, soit **11%**, **déclarent ne pas savoir s'ils ont reçu** le mail d'information suite à l'alerte ICOPE

À propos des médecins généralistes contactés à plusieurs reprises par mail pour différents patients :

Parmi les 155 médecins généralistes inclus, 44 médecins généralistes (soit 28%) ont été contactés pour deux patients ou plus.

Parmi les 53 médecins généralistes répondant, 12 médecins généralistes (soit 23%) ont été contactés pour deux patients ou plus.

Parmi ces 12 médecins généralistes, 3 médecins généralistes (soit 25%) déclarent avoir eu le mail d'information.

2. À propos de la gestion des alertes par les médecins généralistes

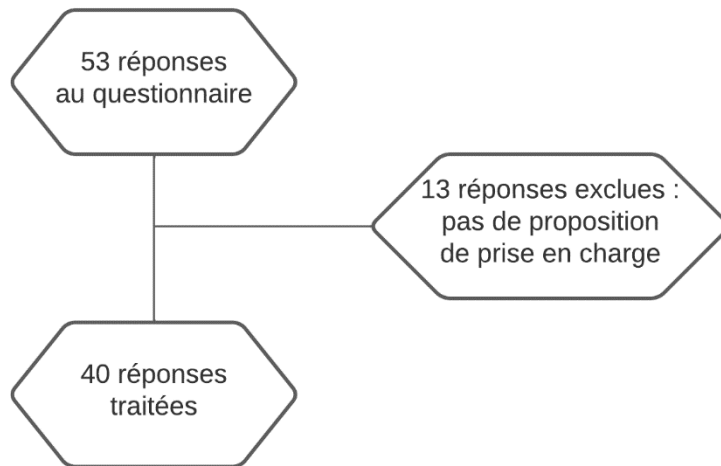


Figure 2 : Diagramme de flux pour la gestion de l'alerte

Nous avons eu 53 réponses au questionnaire. Parmi ces réponses, nous avons exclu les réponses de 13 médecins qui n'ont proposé aucune prise en charge sur la gestion des alertes. Ces 13 médecins ont déclaré ne pas avoir reçu le mail d'information ICOPE.

Dans la partie suivante, nous avons donc présenté les 40 réponses qui proposent une prise en charge dans la gestion de l'alerte. Parmi ces 40 médecins répondants, on notera que 12 médecins déclarent avoir reçu l'alerte.

Nous avons donc présenté deux types de résultats :

- Les réponses réelles : les réponses des médecins contactés pour un type d'alerte déclarant avoir reçu le mail d'alerte.
- Les réponses théoriques : les réponses des médecins qui n'ont pas reçu l'alerte mais proposent une prise en charge.
 - o Les réponses des médecins déclarant ne pas avoir reçu l'alerte alors qu'ils ont été contactés pour ce type d'alerte
 - o Les réponses des médecins qui n'ont pas été contactés pour ce type d'alerte mais qui proposent une prise en charge

Cela nous permet de présenter les réponses réelles de prise en charge des patients chez les médecins ayant reçu le mail, avec des réponses théoriques de ce qu'auraient fait les médecins s'ils avaient reçu l'alerte.

À propos des alertes (Tableau en Annexe V) :

Les médecins généralistes ont été contactés pour 3,5 alertes en moyenne (de 1 à 6 alertes au maximum).

Le nombre d'alertes était représenté selon la répartition suivante :

- 33 alertes sur la vision
- 33 alertes sur la cognition
- 29 alertes sur l'audition
- 22 alertes sur la locomotion
- 18 alertes sur la thymie
- 7 alertes sur la nutrition

À propos de l'alerte nutrition :

7 médecins ont été contactés pour l'alerte nutrition, parmi eux 3 déclarent avoir reçu l'alerte.

Sur la gestion de l'alerte nutrition, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

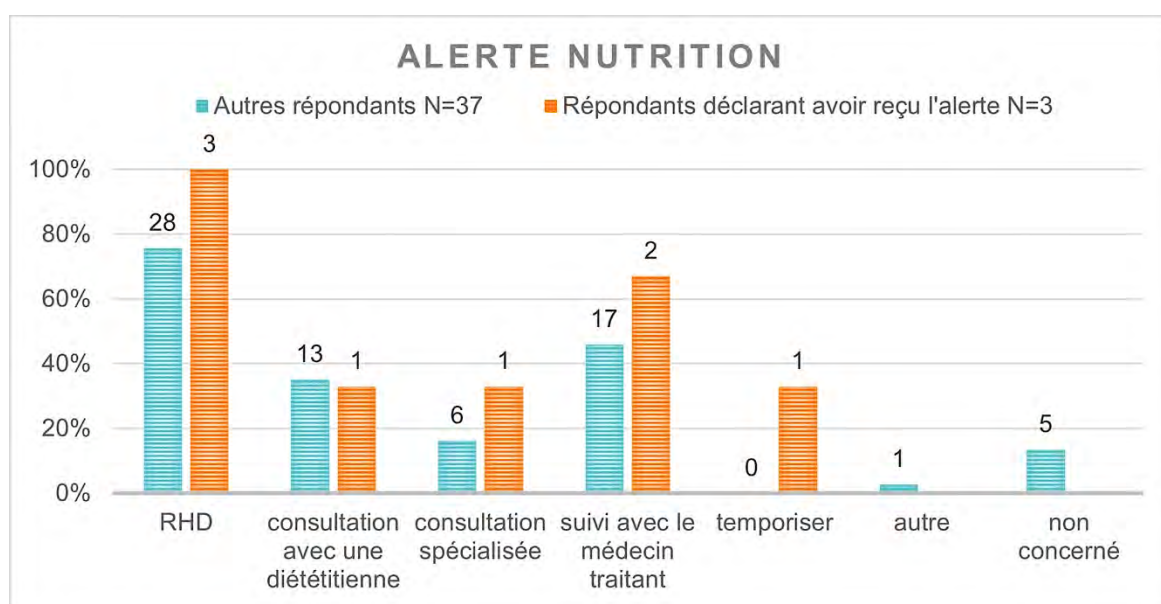


Figure 3 : Prise en charge suite à l'alerte nutrition
RHD (Règles hygiéno-diététiques)

À propos de l'alerte locomotion :

22 médecins ont été contactés pour l'alerte locomotion, parmi eux 7 déclarent avoir reçu l'alerte.

Sur la gestion de l'alerte locomotion, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

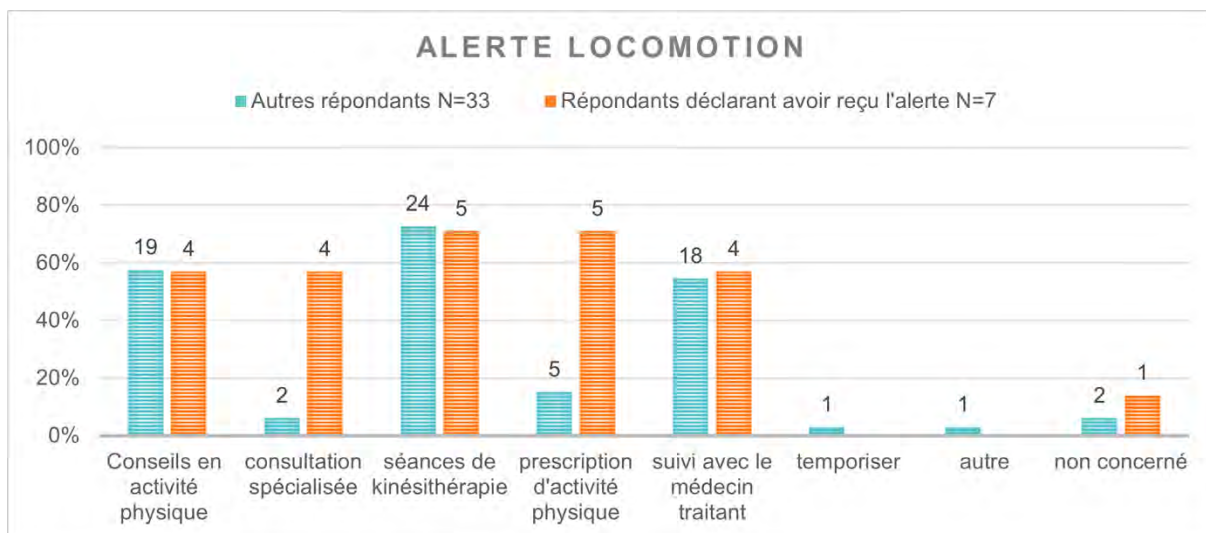


Figure 4 : Prise en charge suite à l'alerte locomotion

À propos de l'alerte cognition :

33 médecins ont été contactés pour l'alerte cognition, parmi eux 9 déclarent avoir reçu l'alerte.

Sur la gestion de l'alerte cognition, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

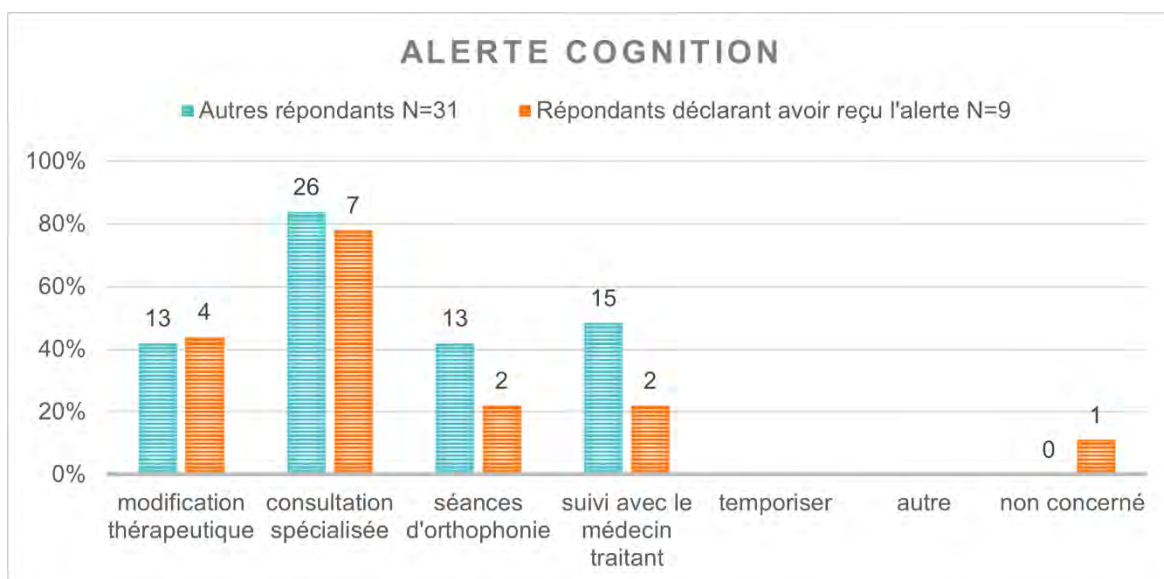


Figure 5 : Prise en charge suite à l'alerte cognition

À propos de l'alerte thymie :

18 médecins ont été contactés pour l'alerte thymie, parmi eux 8 déclarent avoir reçu l'alerte.

Sur la gestion de l'alerte thymie, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

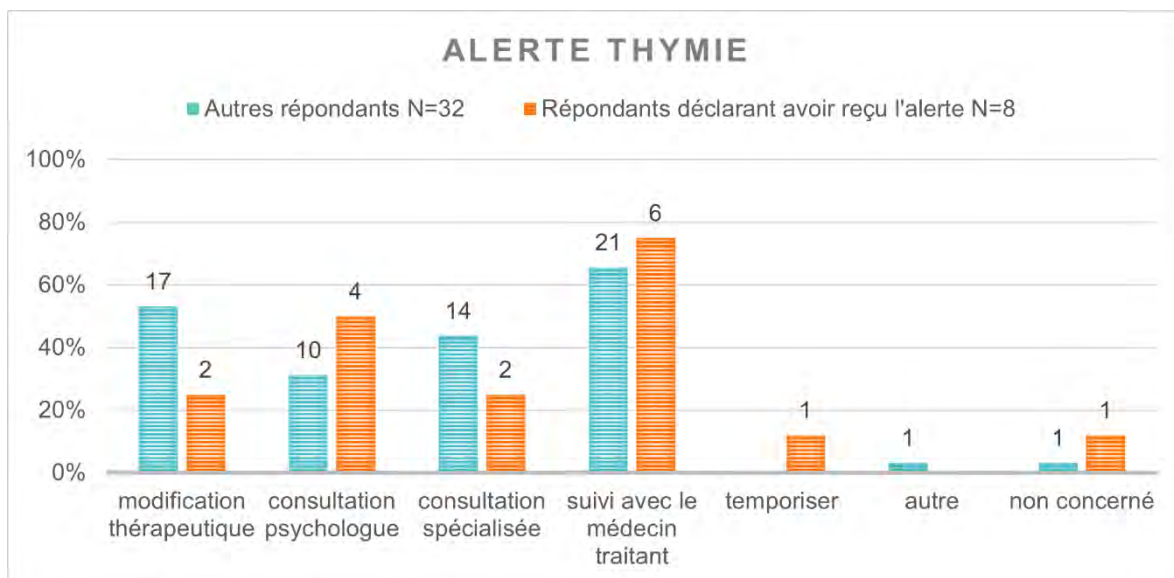


Figure 6 : Prise en charge suite à l'alerte sur la thymie

À propos de l'alerte vision :

33 médecins ont été contactés pour l'alerte vision, parmi eux 11 déclarent avoir reçu l'alerte. Sur la gestion de l'alerte vision, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

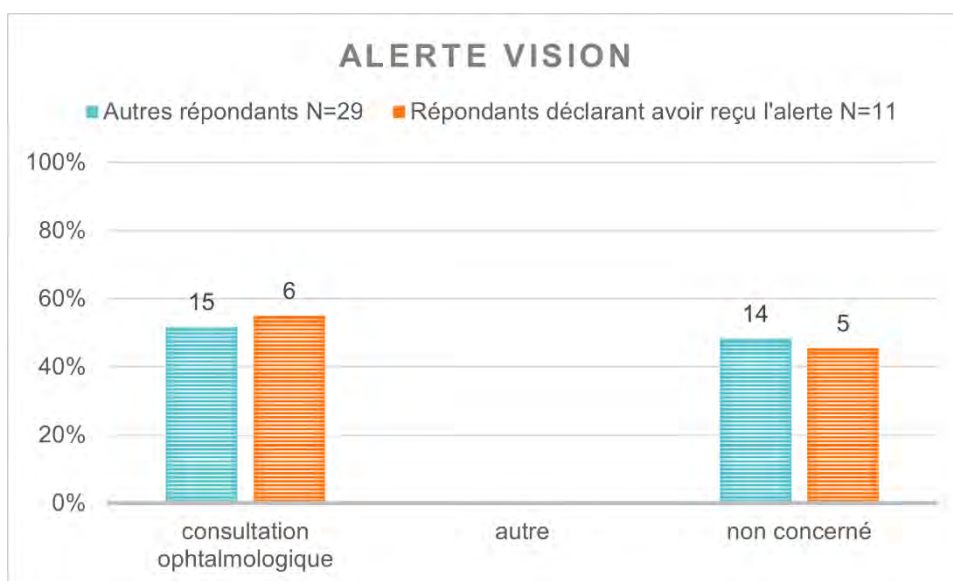


Figure 7 : Prise en charge suite à l'alerte sur la vision

À propos de l'alerte audition :

29 médecins ont été contactés pour l'alerte audition, parmi eux 10 déclarent avoir reçu l'alerte.

Sur la gestion de l'alerte audition, les médecins généralistes répondants ont plutôt proposé :

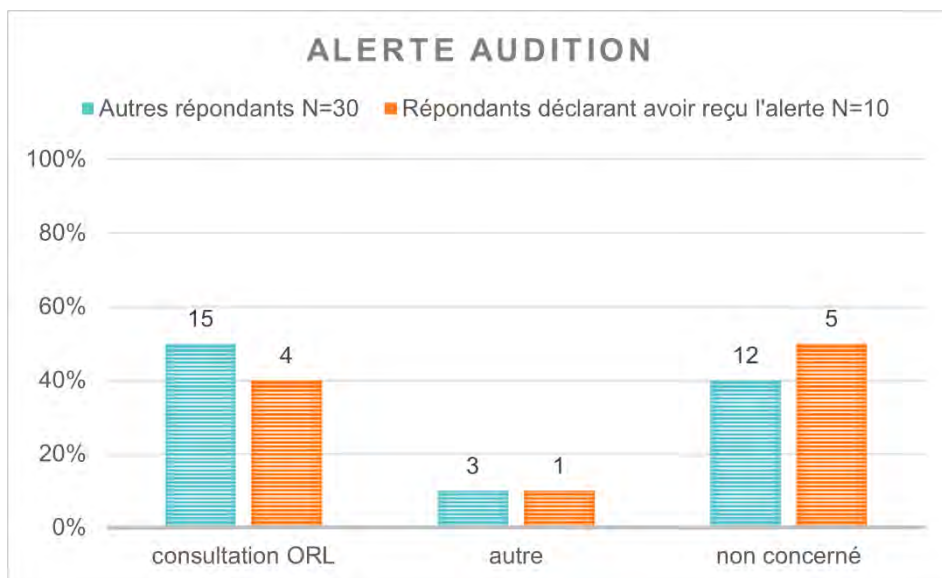


Figure 8 : Prise en charge suite à l'alerte sur l'audition
 ORL (Oto-Rhino-Laryngologiste)

À propos de la proposition d'une EGS après la gestion de l'alerte :

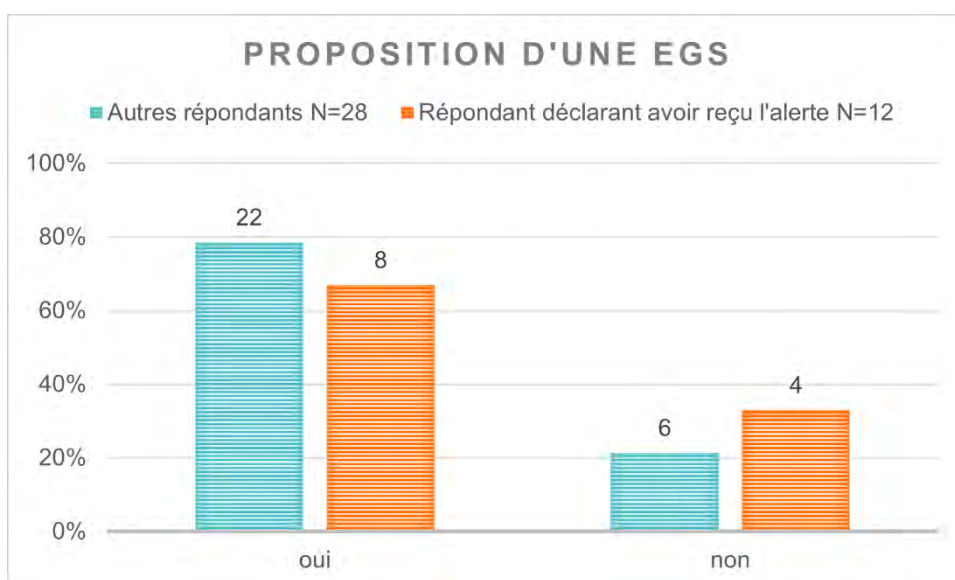


Figure 9 : Proposition d'une EGS dans les suites d'une alerte

Si oui, une EGS pouvait être proposée par l'intermédiaire de :

- une consultation gériatrique pour 18 des répondants soit 45 %
- un hôpital de jour fragilité pour 13 des répondants soit 33%
- un IDE formé à l'évaluation gériatrique standardisée pour 5 des répondants soit 13 %
- un IDE du protocole de coopération pour 3 des répondants soit 8%
- un IDE de l'ERVPD du Gérotopôle pour 1 seul des répondants soit 3%
- un autre moyen pour 3 des répondants soit 8%

3. À propos des alertes sensorielles

L'alerte sur la vision est l'alerte la plus représentée dans notre échantillon.

L'ophtalmologue peut être contacté directement sans passer par le médecin traitant.

Nous avons donc demandé l'avis des 53 médecins répondants sur leur place dans la gestion des alertes sensorielles en général.

Concernant **l'alerte sur la vision** :

- 27 des médecins répondants, soit 51% préfèrent être contactés directement et recevoir un mail d'information.
- 15 des médecins répondants, soit 28% préfèrent que le patient soit contacté directement sans passer par le médecin traitant.

Concernant **l'alerte sur l'audition** :

- 28 des médecins répondants, soit 53% préfèrent être contactés directement et recevoir un mail d'information.
- 16 des médecins répondants, soit 30% préfèrent que le patient soit contacté directement sans passer par le médecin traitant.

4. Communication autour du programme ICOPE

À propos du programme ICOPE :

La majorité des médecins répondants, 55%, ont des connaissances sur le programme ICOPE.

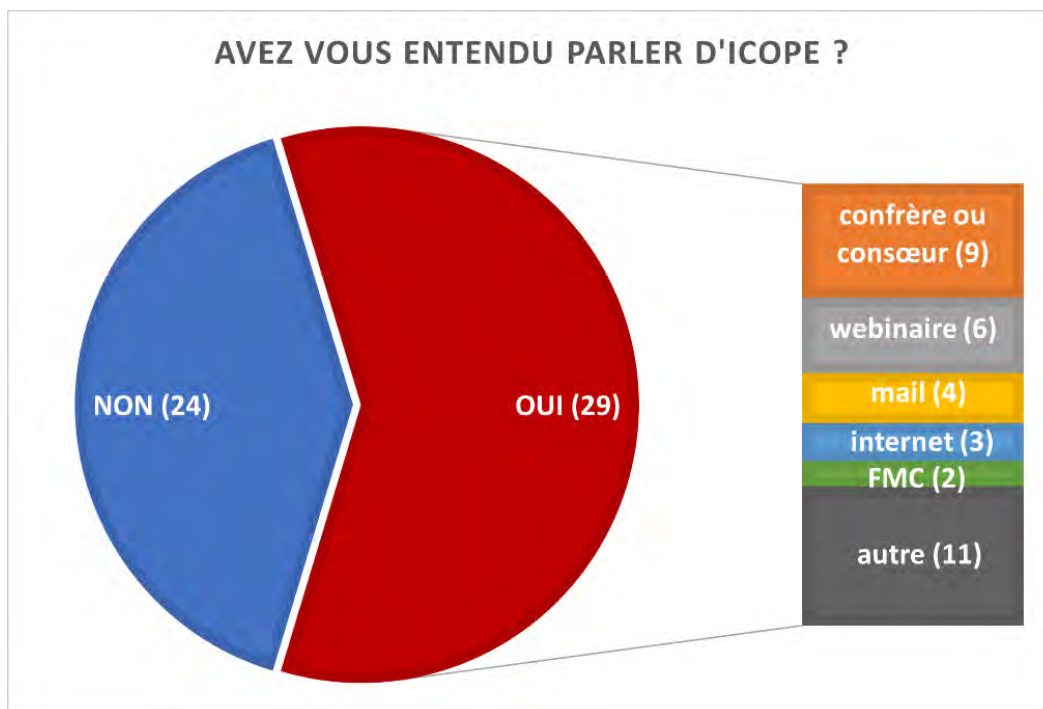


Figure 10 : Connaissances sur ICOPE

FMC (formation médicale continue)

À propos de l'alerte donnée par ICOPE :

La majorité des médecins répondants, (34 parmi les 53 réponses soit **64%**) **déclarent préférer l'utilisation du mail** pour être informés de l'état de santé de leur patient recueilli par les IDE de la plateforme de télésuivi du programme ICOPE. On notera que parmi les 34 médecins préférant l'utilisation du mail, **seulement 10 médecins soit 30% déclarent avoir reçu le mail.**

On notera que 17 médecins répondants soit **32% ont donné des réponses multiples.**

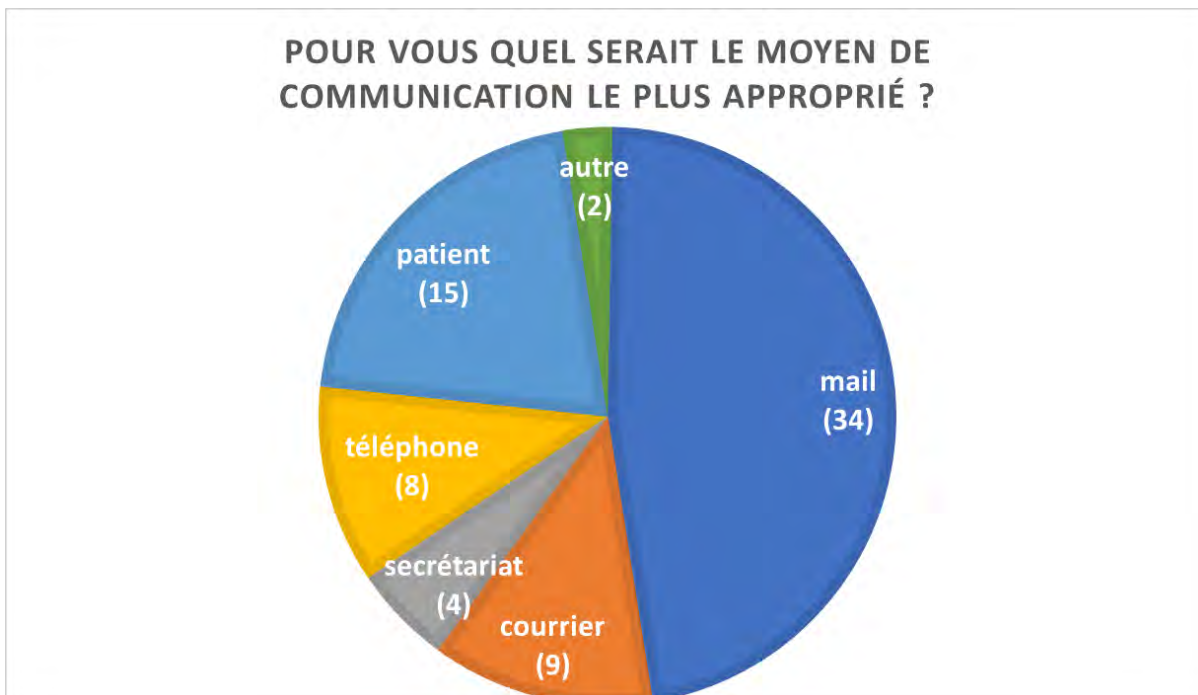


Figure 11 : Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE

Avis et attentes des médecins généralistes :

La majorité des médecins répondants, 32 parmi les 53 réponses soit **60%**, **déclarent souhaiter plus d'informations** sur le programme ICOPE.

La majorité des médecins répondants, 28 parmi les 53 soit **53%**, **déclarent que la place du médecin généraliste semble adaptée avant l'étape 1** pour l'inclusion des patients dans l'application.

La majorité des médecins répondants, 36 sur les 53 soit **68%**, **déclarent que la place du médecin généraliste semble adaptée après l'étape 1** dont :

- 32/36 (soit 89 %) pour une prise en charge ciblée
- 17/36 (soit 53 %) pour orienter vers une EGS.

La majorité des médecins répondants, 43 sur les 53 soit **81%**, **déclarent que la place du médecin généraliste semble adaptée après l'étape 2** dont :

- 27 / 43 soit 63% pour l'application du plan de soin
- 33 / 43 soit 77% pour assurer le suivi.

La majorité des médecins répondants, 38 soit **72%**, **déclarent souhaiter avoir un contact privilégié** en cas de question pour le suivi de leurs patients au sein du programme ICOPE. Parmi eux 74% souhaitent que ce contact privilégié soit avec un gériatre.

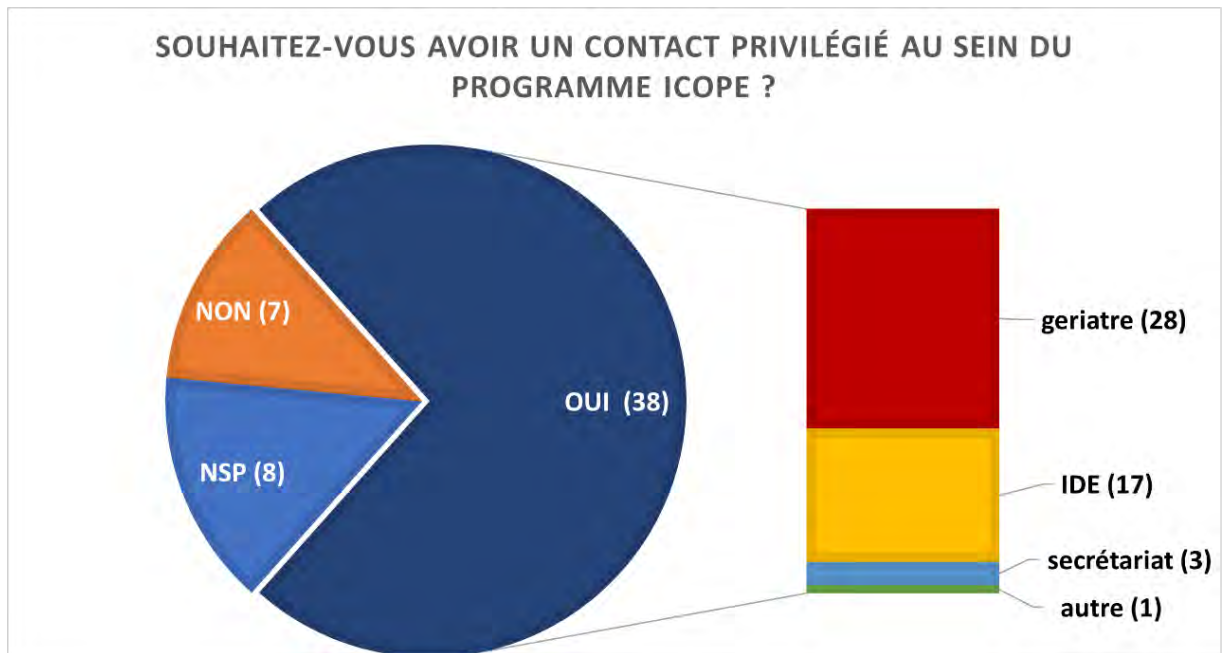


Figure 12 : Contact privilégié

NSP (ne sait pas)

La majorité des médecins répondants, 33 soit **62%**, déclarent souhaiter utiliser cet outil dans leur pratique médicale pour les patients âgés.

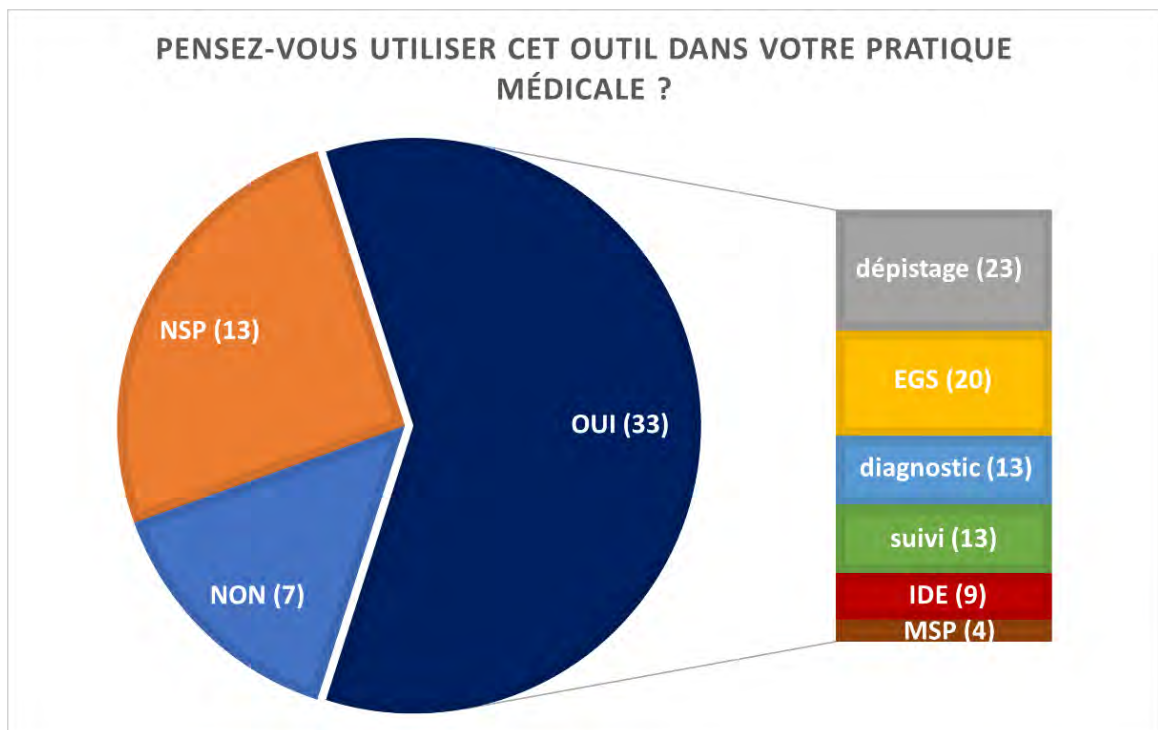


Figure 13 : Utilisation de l'outil ICOPE en pratique courante

NSP (ne sait pas) ; MSP (maison de santé pluri-professionnelle)

Remarques de médecins répondants (Annexe IV)

Deux questions ouvertes ont permis de faire ressortir quelques grandes thématiques.

À propos des remarques sur la place du médecin généraliste au cours de l'étape 1 dans le cadre du programme ICOPE on retrouve :

- La place de ICOPE comme outil de communication
- L'importance d'une consultation dédiée
- Une rémunération adaptée au temps de consultation
- Non, pas de remarques

À propos de la plus-value de l'application ICOPE dans la prise en charge des personnes âgées fragiles on retrouve :

- Une prise en charge ambulatoire
- Renforcer le réseau de soignants
- Patient comme acteur de sa prise en charge
- Outils de dépistage et de suivi
- Dépister les patients pré-fragiles
- Non, pas de plus-value

D. Analyse univariée des réponses

Les résultats sont présentés en Annexe VI.

À propos de la prise en charge des médecins généralistes dans les suites de l'alerte :

Suite à l'alerte, la **proposition d'EGS déclarée par le médecin traitant** est significativement plus importante chez les médecins installés depuis moins de 25 ans ($p = 0,025$)

Dans la prise en charge de la **vision et de l'audition**, le « souhait que le patient soit contacté directement sans passer par le médecin traitant » est significativement plus importante chez les médecins installés depuis plus de 25 ans (respectivement $p = 0,031$ et $p = 0,017$)

À propos du programme ICOPE :

La **connaissance du programme ICOPE** est significativement plus importante chez les médecins répondants ayant un secrétariat ($p = 0,049$) et chez les médecins répondants déclarant avoir reçu le mail d'information sur l'alerte ICOPE ($p < 0,001$).

À propos de l'alerte donnée par ICOPE :

La **réception du mail d'information sur l'alerte ICOPE** est significativement plus importante avec la présence d'un secrétariat ($p = 0,015$).

La **demande que le patient ait un compte rendu** est significativement plus importante chez les médecins femmes ($p = 0,032$).

Avis et attentes des médecins généralistes :

La **demande d'un contact privilégié** est significativement plus importante chez les médecins femmes ($p < 0,01$), et chez les médecins jeunes (âgés de moins de 50 ans, ou chez les médecins installés depuis moins de 25 ans).

Les médecins de moins de 50 ans semblent être favorables à l'utilisation de l'outil ICOPE. La déclaration de **l'utilisation de l'outil ICOPE** par les médecins de moins de 50 ans est à la *limite de la significativité* ($p = 0,058$).

Les **médecins favorables à la place du médecin généraliste après l'étape 1** sont de façon significativement plus importante les médecins avec une pratique médicale groupée ($p = 0,043$), et les médecins avec la présence d'un secrétariat ($p < 0,01$).

IV. Discussion

A. Représentativité de l'échantillon

A l'aide des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), nous avons pu comparer notre échantillon aux effectifs des médecins en fonction de leur région d'activité, de leur genre et de leur âge pour la spécialité médecine générale. (18)

La population de médecins généralistes en Occitanie est constituée de 55% d'hommes, ce qui est comparable à notre échantillon (57%).

Les plus de 50 ans représentent plus de 60% de la population de médecins généralistes en Occitanie, avec 36% ayant plus de 60 ans, ce qui est comparable à notre échantillon (62% ont plus de 50 ans et 30% ont plus de 60 ans).

En Occitanie, 57% des médecins généralistes ont une activité de groupe, ce qui est comparable aux 64% de notre échantillon.

Nous pouvons donc constater que notre population est représentative des médecins généralistes en Occitanie par rapport à l'âge, le genre, et le type d'activité.

On notera cependant que 75% des médecins répondants exercent en zone urbaine. Cette zone urbaine correspond à Toulouse et à son agglomération. Cela peut s'expliquer par le déploiement du programme ICOPE par le Gérotopôle dans un premier temps autour du Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse.

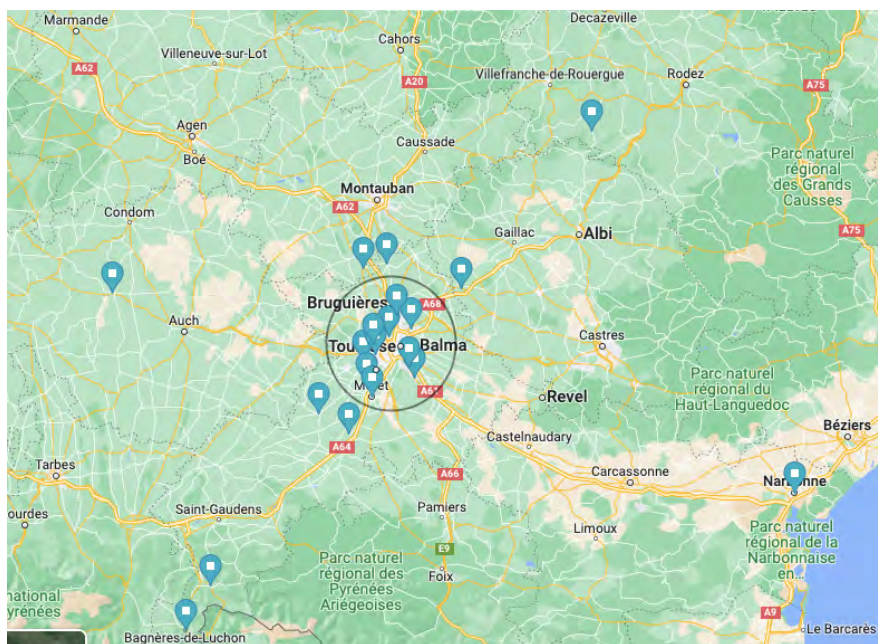


Figure 14 : Répartition des médecins répondants en Occitanie

B. Synthèse des résultats

Notre population **reflète la population des médecins généralistes de la région Toulousaine**. Elle est composée d'une majorité d'hommes de plus de 50 ans, installés depuis plus de 25 ans et exerçant en groupe.

Seulement 23% des médecins répondants déclarent avoir reçu le mail d'information suite à l'alerte ICOPE envoyée par un IDE du Gérontopôle sur un ou plusieurs de leurs patients.

Les médecins généralistes ont été contactés pour 3,5 alertes en moyenne (de 1 à 6 alertes au maximum).

Malgré le fait que seulement 12 médecins déclarent avoir reçu le mail d'information, 40 médecins déclarent proposer une prise en charge dans les suites de l'alerte ICOPE.

55% des médecins répondants ont des connaissances sur le programme ICOPE. **Tous les médecins généralistes déclarant avoir reçu le mail d'information ICOPE avaient déjà des connaissances sur ICOPE.**

64% des médecins répondants déclarent préférer l'utilisation du mail dans le cadre du programme ICOPE. On notera que parmi eux seulement 10 médecins soit 30% déclarent avoir reçu le mail.

On notera que 17 médecins répondants soit 32% ont donné des réponses multiples.

C'est un programme qui **semble intéresser les médecins répondants** : 60% déclarent souhaiter plus d'informations, et 62% déclarent souhaiter utiliser cet outil.

Les médecins répondants trouvent que la place du médecin généraliste est pour 53% avant l'étape 1, 68% après l'étape 1, et **81% après l'étape 2.**

Dans le cadre de ce programme novateur, on notera que 72% des médecins répondants déclarent souhaiter avoir un contact privilégié, essentiellement avec un gériatre.

C. Forces et limites

Forces :

La principale force de cette étude est son originalité autour d'un programme innovant mis en place en Occitanie avant sa diffusion nationale. C'est le premier travail à évaluer la prise en charge et recueillir l'avis des médecins généralistes contactés suite à l'alerte de l'étape 1 du programme ICOPE. Il contribue ainsi à la réflexion de la place du médecin généraliste dans ce programme en tenant compte de leur avis, et des moyens de communication à développer.

Le taux de réponse de 1/3 de la population cible renforce la validité interne de ce travail. L'utilisation de la même adresse mail que celles qu'utilisent les IDE du Gérontopôle pour contacter le médecin généraliste renforce aussi la validité interne de ce travail autour de la communication.

Notre échantillon est une population représentative des médecins d'Occitanie, mais surtout de Toulouse et son agglomération. L'hétérogénéité de notre population représentative accentue la validité externe de ce travail.

Limites :

Il existe un biais d'interprétation suite à une formulation imprécise du questionnaire sur la gestion des alertes par les médecins généralistes. La gestion de l'alerte pouvait être interprétée au conditionnel, ou comme un fait passé. Il existe en effet une discordance entre le nombre de médecins généralistes déclarant avoir reçu l'alerte et le nombre de médecins répondants proposant une prise en charge. Nous avons réduit ce biais en excluant les médecins répondants ne proposant aucune prise en charge et, en comparant les réponses entre les médecins répondants déclarant avoir reçu ou non l'alerte.

Il existe également un biais de sélection, du fait que seules les personnes volontaires ont participé à l'étude.

Il existe des biais secondaires à la conception de l'étude, le choix d'une méthodologie quantitative utilisant un questionnaire constitue principalement un biais de déclaration. Les propositions de prise en charge suite à l'alerte ont pu influencer les répondants.

Il existe aussi un biais de mémorisation, nous n'avons pas pu rappeler aux médecins généralistes les noms de leurs patients évalués afin qu'ils puissent relire les dossiers médicaux. Ainsi leurs réponses devaient être données en fonction de leurs souvenirs. En effet la base de données ICOPE est anonymisée.

Cette méthode génère aussi un biais d'information que nous avons cherché à limiter en proposant des questions à choix multiples. Cette perte de données a aussi été limitée par des questions ouvertes en texte libre dans la dernière partie pour laisser les médecins exprimer leur avis.

Bien que ce modèle présente des inconvénients, il permet cependant un plus large recueil de données et nous a permis de contacter l'ensemble des médecins déjà contactés par mail. De plus, ce type de questionnaire permet de diminuer le temps de réponse et ainsi d'augmenter la participation.

D. Prise en charge du médecin suite à une alerte

Avec l'évolution des technologies de l'information et de la communication, on pourrait imaginer la création d'un système d'alerte informatique qui permettrait d'optimiser certaines actions de santé publique.

Le programme ICOPE utilise une alerte sous forme de mail, d'autres alertes ont été évaluées dans le cadre de dépistage ou de suivi de pathologies chroniques.

Notre étude permet de décrire la prise en charge déclarées chez les médecins généralistes à la suite de l'alerte ICOPE. On retrouve dans la littérature une majorité de travaux qui montrent une évolution des pratiques médicales secondaires à la mise en place d'une alerte.

Une revue de la littérature sur les interventions de santé numérique dans les établissements de soins premiers a montré que ces interventions améliorent significativement les résultats cliniques et non cliniques. Les études menées en soins premiers ont lieu principalement aux États-Unis. L'intervention la plus retrouvée est celle d'une alerte dans le dossier de santé électronique. De nombreux articles discutaient de l'utilisation des interventions en santé numérique pour identifier les patients ayant besoin de services et alerter les cliniciens pour qu'ils les fournissent, comme par exemple pour le test de dépistage de l'hépatite virale C. (19)

Avec le développement du dossier médical informatique, des études cherchent à évaluer la place des alertes en soins premiers. L'alerte prend souvent la forme d'une recommandation de bonne pratique : « best practice alert ».

Ces alertes trouvent leur place dans le domaine de pathologies chroniques, comme la prise en charge des patients obèses (20,21) ou des patients sous traitement antihypertenseur (22,23). D'autres alertes concernent le dépistage de patient ayant une perte auditive (24), une insuffisance rénale (25) ou une infection sexuellement transmissible comme le virus de l'immunodéficience humaine (26–29) , l'hépatite virale B (30) ou l'hépatite virale C (31–33) . **Ces études montrent une amélioration significative du dépistage ou de la prise en charge en présence d'une alerte.**

Le travail de thèse du Dr Faure-Brac montre l'évolution des pratiques suite à la mise en place d'une alerte informatique au sein d'un centre hospitalier. L'alerte informatique apparaissait

sous la forme d'un commentaire : « Présence d'une microcytose : Penser à rechercher une carence en fer ».

Cette étude a mis en évidence qu'un outil simple, l'alerte informatique, permet d'améliorer la recherche de carence martiale devant une anémie microcytaire. Cependant l'alerte seule est insuffisante pour améliorer l'exploration de l'anémie ferriprive notamment sur le plan digestif. Ce travail montre l'importance d'une formation des différents acteurs médicaux. (34)

En effet la majorité des études évaluent souvent des interventions complexes avec une **formation de l'équipe médicale sur le fonctionnement de l'alerte en amont.**

Cette formation peut aller d'une brève introduction aux recommandations (32) à tout un programme éducatif pair à pair sur l'épidémiologie de la maladie, des recommandations de dépistage et des algorithmes de prise en charge (26) .

L'impact du programme éducatif n'a pas toujours pu être évalué séparément de l'impact de l'alerte.

L'étude de Tollitt et al. a justement cherché à évaluer l'impact des alertes électroniques, avec et sans un programme de sensibilisation dans le dépistage des insuffisances rénales. Des séances de sensibilisation éducatives ajoutées à l'alerte améliorent significativement les résultats. (35)

La formation des médecins permet d'avoir un meilleur taux de réponse, mais ne paraît pas indispensable pour que l'alerte en elle-même permette une augmentation significative du dépistage. L'étude de Federman et al. montre un meilleur taux de dépistage de l'hépatite C dans les cabinets ayant une alerte avec une formation, que dans les cabinets ayant seulement une formation. La présence d'une alerte permet dans tous les cas une amélioration significative du dépistage. (32)

Les alertes dans les études prennent différentes formes. Elles peuvent simplement avoir la forme de recommandation (22), ou être plus élaborées avec du matériel pédagogique et un processus simplifié de prescription ou d'aiguillage. (26,30,33)

Par exemple, dans la thèse du Dr Fachon, l'alerte était sous la forme d'une fiche technique modifiable qui s'affichait dès l'ouverture du dossier patient. Sur cette fiche technique se

trouvait la synthèse des recommandations sur les thérapeutiques et le suivi. L'équipe médicale était formée au fonctionnement de ces fiches.

Ce travail de thèse a permis de monter une évolution de la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire suite à l'ajout d'une alerte dans le dossier médical informatisé en soins premiers. L'ajout dans le dossier médical informatisé de cette fiche technique a permis une amélioration significative de la prise en charge de ces patients par rapport aux recommandations. (36)

L'étude de De Silva et al. a trouvé un meilleur taux de réponse avec une alerte active (comprenant des prescriptions pré-remplies) qu'avec une alerte passive (informant simplement de l'indication du dépistage).

Cependant l'utilisation de l'alerte a diminué régulièrement au fil du temps. Le manque de formation continue des prestataires après la formation initiale de l'étude pilote, ont probablement contribué à la baisse de l'ouverture de l'alerte. Cette diminution de l'utilisation de l'alerte dans le temps peut être aussi liée à une **fatigue d'alerte**, et rendre ainsi le médecin généraliste moins réactif aux alertes. (30)

Équilibrer la quantité d'information par ces fonctionnalités, concevoir des suggestions de conseil aux patients basées sur les données recueillies et proposer une orientation en temps opportun sont des actions importantes pour améliorer la pertinence clinique et la qualité de ces outils (19)

Une étude qualitative en Angleterre visait à évaluer les points de vue des médecins généralistes et des IDE praticiens sur les rappels électroniques en soins premiers.

Les rappels leur semblent utiles pour maintenir une prestation de soins de bonne qualité.

Les conséquences négatives de l'utilisation des rappels étaient une augmentation de la charge de travail ou des coûts. Les alertes développées doivent être pertinentes dans leur pratique clinique, prendre en compte le flux de travail cognitif et avoir des présentations appropriées. Les participants ont estimé que la formation était essentielle pour gérer efficacement les rappels.

Cependant, une utilisation accrue des rappels peut entraîner une fatigue d'alerte. (37)

En effet devant l'augmentation de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication en soin premier, la fatigue d'alerte peut se manifester rapidement.

L'étude de Ancker et al. montre que la probabilité d'un clinicien d'accepter les rappels de meilleures pratiques a chuté de façon marquée avec l'augmentation du nombre de rappels.

Ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle la fatigue d'alerte est liée à la complexité du patient et à la proportion d'alertes répétées. (38)

L'étude de Gregory et al. a montré que la charge de travail liée aux alertes du dossier de santé électronique était un prédicteur de l'épuisement professionnel. Cela montre l'importance de la formation médicale dans la gestion de l'alerte pour prévenir cette fatigue d'alerte. (39)

Une revue systématique de la littérature propose un résumé des approches pour gérer la quantité d'alertes dans le but de réduire la fatigue d'alerte. Les stratégies de gestion des alertes suggérées comprennent entre autres la hiérarchisation des alertes, la claire délimitation de l'objectif de l'alerte, l'intégration de l'alerte dans l'organisation de soin et l'élaboration d'un plan d'éducation pour soutenir l'introduction des alertes, y compris des conseils clairs sur les actions attendues. (40)

E. Communication aux médecins généralistes

1. Information au médecin traitant

Ce travail permet de mettre en évidence que tous les médecins déclarants avoir reçu le mail d'information sur leur patient dans le cadre du programme ICOPE avaient déjà des connaissances sur ICOPE. On peut donc émettre l'hypothèse que les médecins généralistes mémorisent plus facilement les mails dont ils connaissent le sujet.

On notera cependant que seulement un faible effectif, 23% déclarent avoir reçu le mail d'information alors que tous ont été contactés pour un ou plusieurs patients. Nous avons aussi remarqué que les médecins déclarants avoir été contactés pour plusieurs patients n'avaient pas plus de chance d'avoir reçu le mail d'information.

Il paraît donc indispensable de multiplier les moyens de communication. Dans notre étude, plus de 75% des moyens de communication attendus étaient un mail, un courrier ou un compte rendu au patient. En effet ce programme cible des patients autonomes capables de se présenter en consultation chez leur médecin traitant avec un compte rendu. Ce compte rendu pourrait synthétiser les informations relatives à l'alerte ICOPE du patient, et rendre ainsi le patient acteur de sa prise en charge. Comme il est réalisé pour les seniors participants en auto-évaluation, il pourrait être réalisé aussi pour les seniors en hétéro-évaluation.

2. Évolution des pratiques médicales

La médecine générale est une profession fortement soumise au changement (féminisation, différences intergénérationnelles dans les rythmes et les modalités du travail), ouverte au changement (forte adhésion aux formations médicales continues et aux nouvelles modalités de rémunération), voire fortement initiatrice de changements, lorsque ceux-ci apparaissent en provenance de la profession médicale elle-même (éducation thérapeutique, hospitalisation à domicile). Ces changements, lorsqu'ils sont, ou paraissent, imposés par des logiques non professionnelles, et notamment législatives (la réaction au dispositif du médecin traitant en est une illustration), sont cependant moins bien reçus par les médecins. (41)

On reconnaît les **motivations intrinsèques et extrinsèques** aux changements de pratique chez les médecins. Reconnaître que le seul motif d'action du médecin est l'intérêt utilitaire ou lucratif n'est pas suffisant. Le médecin est altruiste, son bien-être est dépendant du bien-être du patient. Ces motivations anti-utilitaires semblent particulièrement importantes pour les professionnels et sont des éléments reconnus comme étant moteurs dans le changement des pratiques médicales. (42)

Par exemple au moment de la pandémie liée au COVID, il y avait un consensus universel sur le fait que la consultation à distance était nécessaire pour le bien-être du patient. Cela a conduit à un changement rapide vers 90 % de consultations à distance des médecins généralistes. Le passage à la consultation à distance a été un succès et elle a été maintenue sur les patients vulnérables. (43,44)

Parmi les critères d'efficacité pour une incitation au changement de pratique médicale, on reconnaît les critères qui relèvent de la forme de l'incitation (financière, temporalité) mais aussi du contexte dans lequel elle a lieu (dynamique de pratique de groupe, campagne d'information). (45)

La prévention s'inscrit dans une démarche proactive tandis que le curatif appartient à une démarche réactive. Cette démarche proactive est chronophage et demande donc une rémunération appropriée. (46,47)

Mettre en place une consultation « vieillir avec succès » pourrait s'inscrire dans ce contexte. (48). Plusieurs travaux de thèses ont trouvé cette volonté du médecin généraliste d'avoir des **consultations dédiées** à la prévention chez les personnes âgées fragiles. (49,50)

Les rappels électroniques sont eux efficaces pour améliorer les mesures de qualité. Cependant pour faire évoluer les pratiques médicales, les stratégies d'éducation et d'incitation étaient les plus efficaces. Les rappels électroniques seuls ne suffisent pas, une stratégie d'éducation et d'information en parallèle est indispensable. (51)

Dans notre travail on constate que plus de la moitié des médecins répondants avaient déjà entendu parler du programme ICOPE, le plus souvent par un confrère ou une consœur, puis par webinaire ou par mail, internet ou formation médicale continue (FMC). Multiplier les moyens de formation semble en effet la meilleure stratégie pour accompagner le changement de pratiques médicales. Ce sont les **interventions à multiples facettes** qui se sont révélées être les plus efficaces. (52)

Parmi ces interventions, les approches actives en FMC ont aussi démontré leur efficacité. Les approches actives comprennent des détails académiques, des programmes de sensibilisation et des ateliers. De plus, un travail interdisciplinaire avec une FMC proactive a prouvé une amélioration des pratiques par exemple dans la gestion des médicaments chez les personnes âgées (53).

F. Communication après l'alerte

1. Contact privilégié dans ce nouveau programme

72% des médecins répondants déclarent souhaiter avoir un contact privilégié, parmi eux 74% souhaitent ce contact avec un gériatre. On pourrait en effet penser que devant ce nouveau programme le médecin généraliste a plusieurs interrogations. Ce contact privilégié pourrait permettre de discuter de la prise en charge du patient, avec par exemple l'organisation d'une étape 2. Ce contact permettrait ainsi de répondre aux questions des médecins généralistes et leur permettrait de s'approprier progressivement cette nouvelle application.

2. Place de l'application ICOPE dans le réseau

Certains médecins généralistes de notre étude mettent en avant l'importance que pourrait jouer ICOPE pour améliorer le réseau des différents intervenants. Cet outil pourrait être développé afin d'avoir un annuaire de ressources du territoire. En effet, un des obstacles retrouvés par les médecins généralistes est l'accès difficile aux aides extérieures, principalement par méconnaissance de leur existence. (54) On retrouve une volonté d'avoir une plateforme unique disponible à la fois pour les professionnels de santé et pour les patients. (55)

Cette plateforme unique se met en place progressivement depuis 2019 : le dispositif d'appui à la coordination (DAC) regroupe un ensemble de structures de coordination déjà existantes. (56) Grâce aux DAC, les professionnels bénéficient d'une information sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles au sein du territoire. (57)

G. Place du médecin généraliste dans ces nouveaux fonctionnements

1. Place du médecin généraliste comme acteur de prévention

Seulement la moitié des médecins semble en accord sur la place du médecin généraliste dans l'inclusion des patients dans le programme ICOPE.

On peut en effet penser que le médecin généraliste propose déjà des actions de prévention à ses patients âgés au cours des nombreuses consultations de renouvellement, sans avoir besoin d'une application supplémentaire. (58)

Cependant une étude australienne constate que les médecins généralistes ne sont pas proactifs dans le dépistage et la prise en charge des personnes âgées fragiles. Ainsi en dehors des consultations de renouvellement, les patients âgés qui consultent peu fréquemment, ont moins de chance d'être repérés. (59) Le programme ICOPE pourrait donc permettre d'élargir les actions de prévention à une population moins présente chez le médecin généraliste. L'élargissement du repérage des patients à différentes professions médicales ou para médicales paraît donc indispensable, comme par exemple en officine. (60)

2. Place du médecin généraliste comme coordonnateur de soin

La quasi-totalité des médecins répondants sont en accord avec la place du médecin généraliste soit après l'étape 2 afin d'élaborer le plan personnalisé de soin (étape 3), soit après pour l'application et le suivi du plan personnalisé de soin. En effet les médecins généralistes reconnaissent leur place en tant que coordonnateur de soin. Les médecins généralistes sont disposés à déléguer des soins tout en restant le **pivot central** concernant les décisions médicales prises pour leurs patients. (54,61)

Une revue narrative de la littérature des interventions après repérage en soins premiers des personnes âgées fragiles, retrouve que la désignation d'un **réfèrent pour une bonne coordination** des soins était la clef de ces interventions. Ce réfèrent est nécessaire pour accompagner les patients dans un parcours intégré impliquant les acteurs médico-sociaux. (62)

3. Au sein d'une CPTS

Le programme ICOPE propose un parcours intégré qui aurait toute sa place au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). (11)

Le programme ICOPE répond en effet à la mission d'améliorer les parcours de soins entre premier et second recours, pour avant tout **faciliter le maintien à domicile** et de développer des actions de prévention populationnelle. (63)

H. Perspectives

Ce travail de thèse permet un premier retour des médecins généralistes autour de l'étape 1 du programme ICOPE et il ouvre de nombreuses perspectives.

Ce travail de thèse est une première étude descriptive. On pourrait imaginer par la suite une étude prospective pour évaluer l'impact des alertes ICOPE sur la prise en charge des patients. L'étude pourrait évaluer la prise en charge avant et après l'alerte ICOPE sur les éléments du dossier médical du patient, en recueillant par exemple les prescriptions et les orientations médicales ou paramédicales.

Ce travail ouvre aussi des perspectives sur la communication autour de ce programme. Les médecins généralistes déclarant avoir reçu l'alerte avaient déjà des connaissances sur le programme ICOPE. Mieux faire connaître ce programme permettrait aux médecins de mieux l'adopter.

Pour mieux faire adopter ce programme et ainsi encourager le changement de pratique des médecins généralistes, il existe plusieurs leviers :

- Montrer le programme ICOPE comme un outil permettant d'améliorer la prise en charge des patients. Il aurait une plus-value s'il permettait d'avoir un contact privilégié avec un gériatre, ou de donner un accès à un annuaire des ressources du territoire.
- Développer une campagne d'information pour sensibiliser la population médicale. Les interventions multimodales sont les plus efficaces. Elles peuvent prendre la forme de FMC pluri-professionnelle par exemple. D'autres moyens touchant une population plus jeune pourraient être utilisés, comme une intervention au congrès de médecine générale ou par l'intermédiaire de médicalement geek (une mailing rédigée par des professeurs de médecine générale sur les actualités médicales). On peut aussi imaginer une campagne d'information par flyer pendant 1 an aux médecins généralistes. Ce flyer d'information présenterait le programme ICOPE. Il pourrait être joint à tous les courriers à destination du médecin généraliste des patients du Gérontopôle. Il ciblerait ainsi une population de médecins généralistes avec une patientèle gériatrique.
- Un financement adapté, par exemple une cotation pour une « consultation ICOPE ».

Une intervention multimodale, éducative et incitative, est nécessaire pour encourager et accompagner le changement de pratique.

Pour définir de façon plus précise de nouveaux leviers pour aider les médecins généralistes à adopter cet outil, il faudrait comprendre leurs freins. On pourrait imaginer une étude qualitative cherchant à interroger les médecins généralistes ne souhaitant pas adopter cet outil pour comprendre leurs freins, les analyser, et y apporter une réponse adaptée.

Ce travail montre aussi l'importance de la communication avec le médecin généraliste. Le nombre d'alertes de tous types augmente. La gestion de la fatigue d'alerte est un nouveau défi pour les médecins généralistes. Le programme ICOPE s'adressant à une population âgée autonome, la place du patient comme acteur de sa santé doit être encouragée. Par exemple le patient pourrait bénéficier d'un compte rendu à la suite de l'étape 1 en cas de présence d'alertes, pour ensuite aller lui-même demander l'avis de son médecin. Il pourrait devenir proactif dans sa prise en charge, et permettre ainsi de multiplier les moyens de communication envers le médecin généraliste.

On pourrait aussi conceptualiser un carnet de santé de la personne âgée comme outil de communication pluri-professionnel permettant les soins intégrés de la personne âgée. Ce carnet posséderait des chapitres par domaine de la capacité intrinsèque permettant le recueil de l'avis des différents intervenants, et à l'image du carnet de santé pédiatrique, il serait composé de conseils de prévention avec des outils disponibles référencés.

L'évolution de la démographie médicale questionne sur le devenir des patients qui n'ont plus de médecin traitant. Qui coordonnera les soins de ces patients inclus dans le programme ICOPE ?

Le médecin généraliste est, de par la loi, le coordonnateur du parcours de soin et il souhaite rester le pivot central de la prise en charge de ses patients. Le programme ICOPE doit trouver sa place à différentes échelles, dans les maisons de santé (à travers des protocoles de soin), au sein des CPTS, ou encore par l'intermédiaire des DAC. Les initiatives de mise en place du programme ICOPE pourraient être standardisées puis diffusées sous la forme d'un modèle. Ce modèle pourrait être un protocole décrivant qui fait quoi, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui. Cela permettrait aux acteurs de santé qui le souhaitent de s'approprier et d'adapter le protocole ICOPE à leurs territoires.

V. Conclusion

L'objectif du programme ICOPE est de faire évoluer la stratégie de prévention de la dépendance pour prévenir, ralentir ou inverser le déclin des fonctions de la personne âgée. L'outil de l'OMS adapté par le Gérotopôle de Toulouse permet de générer une alerte en cas de suspicion de déclin d'une ou plusieurs de ces fonctions. Si l'alerte est confirmée, le médecin traitant est informé par mail.

Ce travail montre la gestion de l'alerte par les médecins généralistes contactés pour leur patient dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE.

La majorité des médecins propose une prise en charge dans les différents domaines de la capacité intrinsèque dans les suites de l'alerte ICOPE. Dans d'autres disciplines, la littérature montre que la mise en place d'une alerte fait évoluer les pratiques médicales. On pourrait imaginer une étude prospective objective, basée sur le recueil de données des dossiers médicaux, permettant d'évaluer l'impact de l'alerte ICOPE sur la prise en charge des patients.

Se pose aussi la question de la communication du programme ICOPE aux médecins généralistes et des modalités d'accompagnement pour leur permettre de s'approprier au mieux ce nouveau programme.

Le développement du programme ICOPE avec le médecin généraliste permettra d'étendre ce programme à de nouvelles organisations professionnelles, comme les maisons de santé ou au sein des CPTS.

Toulouse, le 29/3/2022
Vu permis d'imprimer
le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE


Toulouse, le 25/03/22


VI. Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge>
3. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016.
4. Bouchon J. 1+ 2+ 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat. 1984;34:888.
5. Vellas B. [Prevention of frailty and dependency in older adults]. Bull Acad Natl Med. mai 2013;197(4-5):1009-17; discussion 1017-1019.
6. 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.
7. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit. N Engl J Med. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
8. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet Lond Engl. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
9. Soins intégrés pour les personnes âgées : Lignes directrices sur les interventions au niveau communautaire pour gérer les déclin de la capacité intrinsèque. Organisation mondiale de la Santé; 2017.
10. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
11. CNGE. Manifeste pour un système de santé organisé [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/manifeste_pour_un_systeme_de_sante_organise/
12. Allen DJ, Heyrman PJ. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002;52.

13. WONCA. The european definition of general practice / family medicine short version revised 2011 [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
14. Masson E. L’outil numérique au service de la prévention de la dépendance des sujets âgés [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1441071/l-outil-numerique-au-service-de-la-prevention-de-l>
15. Tavassoli N, Piau A, Berbon C, de Kerimel J, Lafont C, De Souto Barreto P, et al. Framework Implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE Program in Collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania Region. *J Frailty Aging*. 1 avr 2021;10(2):103-9.
16. Mathieu C, McCambridge C, de Kerimel J, Jakovenko D, Lafont C. [Step 1 screening: experimentation in Occitania with nurses and pharmacists]. *Soins Gerontol*. déc 2021;26(152):16-9.
17. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. *E-Respect*. 2012;1(2):15.
18. Démographie des professionnels de santé - DREES Effectifs des médecins par spécialité, mode d’exercice, sexe et tranche d’âge. [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
19. Willis VC, Thomas Craig KJ, Jabbarpour Y, Scheufele EL, Arriaga YE, Ajinkya M, et al. Digital Health Interventions to Enhance Prevention in Primary Care: Scoping Review. *JMIR Med Inform*. 21 janv 2022;10(1):e33518.
20. Fitzpatrick SL, Dickins K, Avery E, Ventrelle J, Shultz A, Kishen E, et al. Effect of an obesity best practice alert on physician documentation and referral practices. *Transl Behav Med*. déc 2017;7(4):881-90.
21. Gangadhar S, Nguyen N, Pesuit JW, Bogdanov AN, Kallenbach L, Ken J, et al. Effectiveness of a Cloud-Based EHR Clinical Decision Support Program for Body Mass Index (BMI) Screening and Follow-up. *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp*. 2017;2017:742-9.
22. Ramirez M, Maranon R, Fu J, Chon JS, Chen K, Mangione CM, et al. Primary care provider adherence to an alert for intensification of diabetes blood pressure medications before and after the addition of a “chart closure” hard stop. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 27 juill 2018;25(9):1167-74.
23. Swedlund M, Norton D, Birstler J, Chen G, Cruz L, Hanrahan L. Effectiveness of a Best Practice Alerts at Improving Hypertension Control. *Am J Hypertens*. 1 janv 2019;32(1):70-6.

24. Zazove P, Plegue MA, McKee MM, DeJonckheere M, Kileny PR, Schleicher LS, et al. Effective Hearing Loss Screening in Primary Care: The Early Auditory Referral-Primary Care Study. *Ann Fam Med*. nov 2020;18(6):520-7.
25. Barker J, Smith-Byrne K, Sayers O, Joseph K, Sleeman M, Lasserson D, et al. Electronic alerts for acute kidney injury across primary and secondary care. *BMJ Open Qual*. mai 2021;10(2):e000956.
26. Tapp H, Ludden T, Shade L, Thomas J, Mohanan S, Leonard M. Electronic medical record alert activation increase hepatitis C and HIV screening rates in primary care practices within a large healthcare system. *Prev Med Rep*. mars 2020;17:101036.
27. Kershaw C, Taylor JL, Horowitz G, Brockmeyer D, Libman H, Kriegel G, et al. Use of an electronic medical record reminder improves HIV screening. *BMC Health Serv Res*. 10 janv 2018;18(1):14.
28. Marcelin JR, Tan EM, Marcelin A, Scheitel M, Ramu P, Hankey R, et al. Assessment and improvement of HIV screening rates in a Midwest primary care practice using an electronic clinical decision support system: a quality improvement study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 4 juill 2016;16:76.
29. Lin J, Mauntel-Medici C, Heinert S, Baghikar S. Harnessing the Power of the Electronic Medical Record to Facilitate an Opt-Out HIV Screening Program in an Urban Academic Emergency Department. *J Public Health Manag Pract JPHMP*. juin 2017;23(3):264-8.
30. DeSilva MB, Kodet A, Walker PF. A Best Practice Alert for Identifying Hepatitis B-Infected Patients. *Am J Trop Med Hyg*. août 2020;103(2):884-6.
31. García-Herola A, Domínguez-Hernández R, Casado MÁ. Clinical and economic impact of an alert system in primary care for the detection of patients with chronic hepatitis C. *PloS One*. 2021;16(12):e0260608.
32. Federman AD, Kil N, Kannry J, Andreopolous E, Toribio W, Lyons J, et al. An Electronic Health Record-based Intervention to Promote Hepatitis C Virus Testing Among Adults Born Between 1945 and 1965: A Cluster-randomized Trial. *Med Care*. juin 2017;55(6):590-7.
33. Konerman MA, Thomson M, Gray K, Moore M, Choxi H, Seif E, et al. Impact of an electronic health record alert in primary care on increasing hepatitis c screening and curative treatment for baby boomers. *Hepatol Baltim Md*. déc 2017;66(6):1805-13.
34. Faure-Brac C. Évaluation de la mise en place d'une alerte informatique indiquant la présence d'une anémie microcytaire sur la recherche et l'exploration d'une carence martiale au Centre Hospitalier Annecy Genevois [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2016 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur:

35. Tollitt J, Flanagan E, McCorkindale S, Glynn-Atkins S, Emmett L, Darby D, et al. Improved management of acute kidney injury in primary care using e-alerts and an educational outreach programme. *Fam Pract*. 12 déc 2018;35(6):684-9.
36. Fachon M. Amélioration de la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire en soins primaires par un système d'alerte informatique [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM040.pdf
37. Cecil E, Dewa LH, Ma R, Majeed A, Aylin P. General practitioner and nurse practitioner attitudes towards electronic reminders in primary care: a qualitative analysis. *BMJ Open*. 12 juill 2021;11(7):e045050.
38. Ancker JS, Edwards A, Nosal S, Hauser D, Mauer E, Kaushal R, et al. Effects of workload, work complexity, and repeated alerts on alert fatigue in a clinical decision support system. *BMC Med Inform Decis Mak*. 10 avr 2017;17(1):36.
39. Gregory ME, Russo E, Singh H. Electronic Health Record Alert-Related Workload as a Predictor of Burnout in Primary Care Providers. *Appl Clin Inform*. 5 juill 2017;8(3):686-97.
40. Kane-Gill SL, O'Connor MF, Rothschild JM, Selby NM, McLean B, Bonafide CP, et al. Technologic Distractions (Part 1): Summary of Approaches to Manage Alert Quantity With Intent to Reduce Alert Fatigue and Suggestions for Alert Fatigue Metrics. *Crit Care Med*. sept 2017;45(9):1481-8.
41. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Rev Francaise Aff Soc*. 16 déc 2011;(2):29-47.
42. Silva ND. Do Medical Doctors Need to be Self-Interested to be Motivated? A Critical Analysis of Performance-Based Compensation. *Rev MAUSS*. 3 juin 2013;41(1):93-108.
43. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, Turner A, Scott A, Denholm R, et al. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2021;71(704):e166-77.
44. Bressy S, Zingarelli EM. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. *Fam Pract*. 19 oct 2020;37(5):725-6.
45. Ammi M, Béjean S. Can incentives for prevention be efficient in French private medical practice ? *J Econ Medicale*. 2010;28(1):3-17.
46. Lambert-Gabrieli M. Identification des freins à la prise en charge à domicile des

sujets fragiles, âgés de 75 ans et plus: étude qualitative auprès de dix médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.

47. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenberg 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.

48. David J-P, Naga H, Lakroun S, Menasria F, Fromentin I. Mise en place d'une consultation « vieillir avec succès ». *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2014;14(79):23-5.

49. Soissons C. Fragilité, comment ralentir la dépendance des personnes âgées: à propos d'une étude marseillaise [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.

50. Tavares A-L. Evaluation gériatrique: pratiques des médecins généralistes pour le repérage du sujet âgé fragile [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20020491/2015MCEM3516/fichier/3516F.pdf>

51. Cunningham BP, Bakker CJ, Parikh HR, Johal H, Swiontkowski MF. Physician Behavior Change: A Systematic Review. *J Orthop Trauma*. nov 2019;33 Suppl 7:S62-72.

52. Mostofian F, Ruban C, Simunovic N, Bhandari M. Changing physician behavior: what works? *Am J Manag Care*. janv 2015;21(1):75-84.

53. Traina S, Armando LG, Diarassouba A, Baroetto Parisi R, Esiliato M, Rolando C, et al. Proactive inter-disciplinary CME to improve medication management in the elderly population. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. juin 2021;17(6):1072-8.

54. Tonnelier C. État des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité des sujets âgés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.

55. Ben Saad Azim N. Maintien à domicile du sujet âgé: pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362264>

56. Article 23 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821308?r=HyUSKucLLF

57. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites->

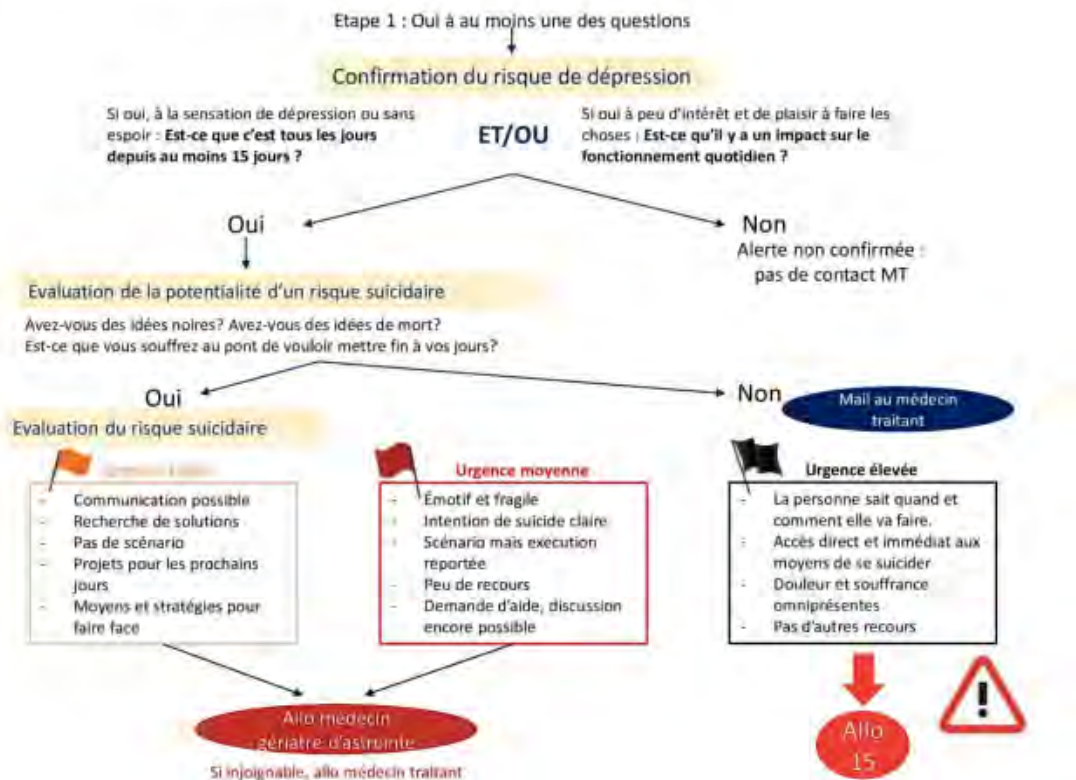
58. Vallée E. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2017.
59. Cannard B. Pertinence de l'évaluation subjective de la fragilité par le médecin généraliste chez la personne âgée de 70 ans ou plus [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2015.
60. Camus-Gabriel M. Dépistage du risque de perte d'autonomie chez les patients de plus de 75 ans et de plus de 65 ans avec une ALD: étude de faisabilité de l'outil ICOPE en officine [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297154/document>
61. Dubus B. Rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins du sujet âgé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris (2019-....). Faculté de santé; 2021.
62. Gauvin M, Chelghoum S. Revue narrative de la littérature des interventions après repérage en soins primaires des personnes âgées fragiles: description des outils et des interventions à partir de 24 études [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6r78dtq>
63. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

VII. Annexe

Annexe I : Protocole de gestion d'alerte

Humeur

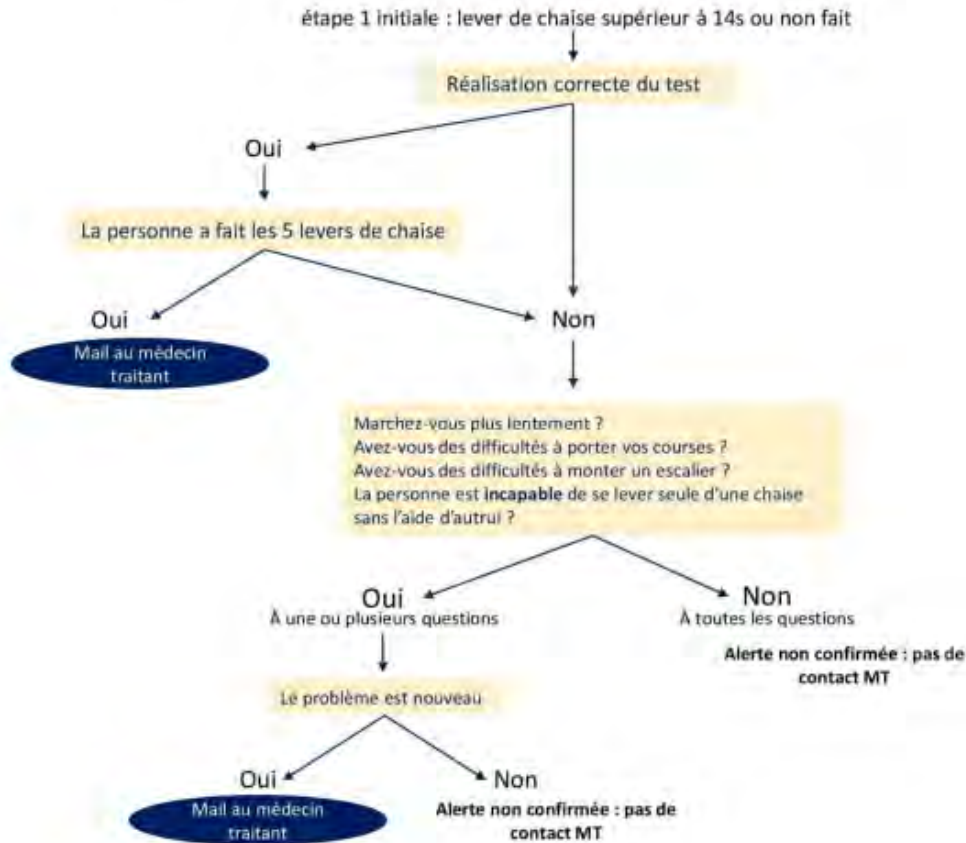
- étape 1 initiale : appel systématique dès que réponse « oui » à une des questions
- étape 1 de suivi :
 - Problème nouveau : appeler
 - Problème déjà connu et pris en charge : ne pas appeler



Mobilité

- étape 1 initiale ou de suivi : appel systématique si le lever de chaise est supérieur à 14 secondes ou non fait

Si rien n'a été fait au dépistage suivant et que l'anomalie perdure en l'absence de pathologie chronique aigüe ⇒ allo médecin d'astreinte et lien avec médecin traitant.



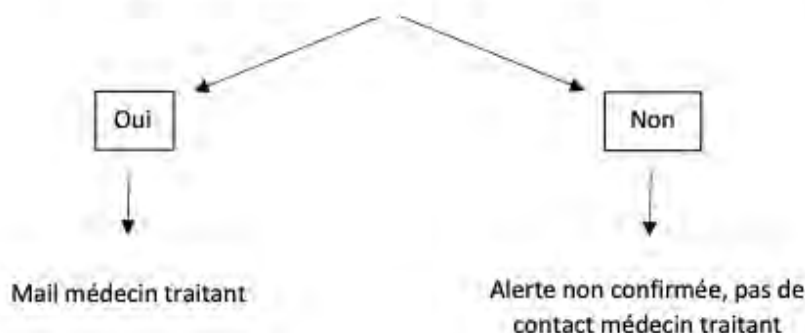
Nutrition

- perte de 3 kg au cours des 3 derniers mois à n'importe quelle étape 1 : appel systématique du senior et contrôle de la mesure du poids

⇒ Si perte de poids confirmée, mail au médecin traitant

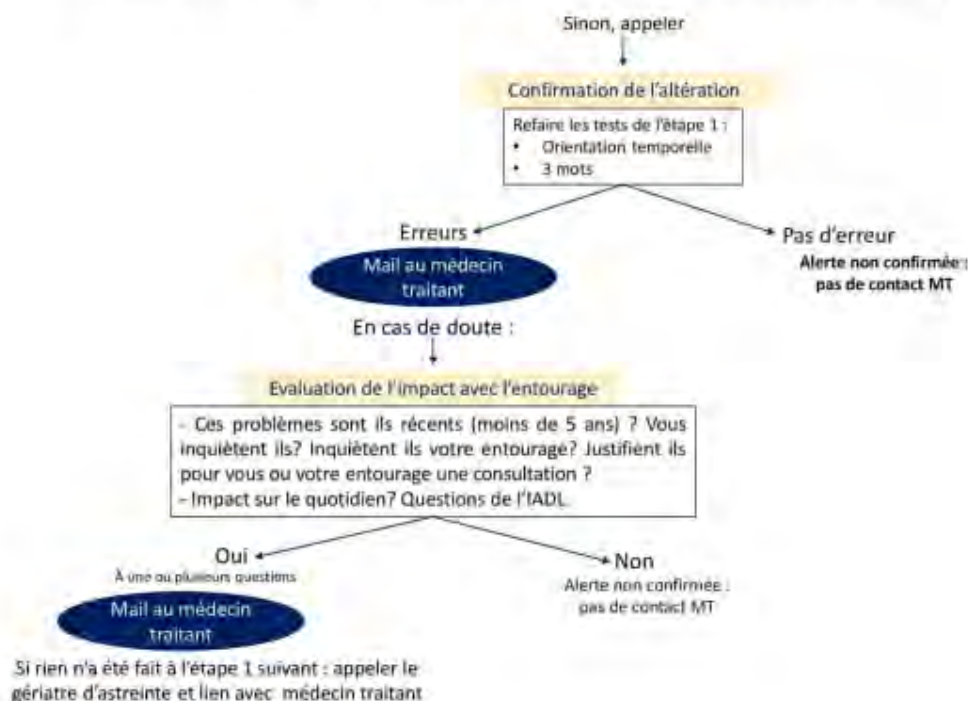
- pas de perte de poids mais perte d'appétit :

- Étape 1 initiale : ne pas appeler
- Étape 1 de suivi, la réponse est reproduite au moins 2 fois d'affiler :
 - La perte d'appétit a-t-elle un impact sur les quantités consommées ?
 - La personne saute-t-elle un ou des repas ?



Cognition

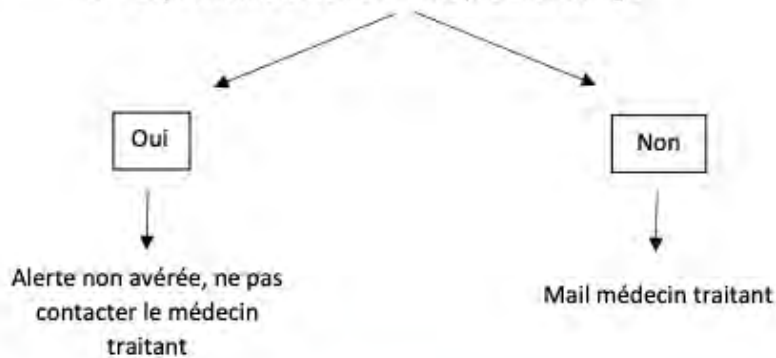
- si toutes les questions de la cognition sont juste sauf plainte et/ou jour du mois : ne pas appeler



Vision

Alerte si Oui au 2 questions

- Le problème est en cours de prise en charge

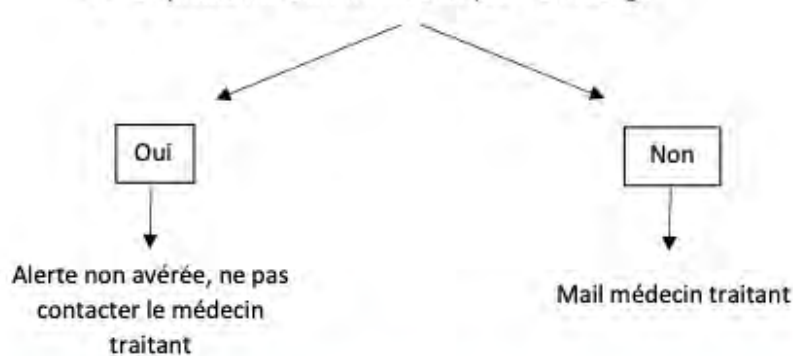


* lorsqu'une aide-soignante fait le dépistage de suivi et que l'alerte porte uniquement sur la vision, elle traite l'alerte en direct avec le senior qui ne sera pas rappelé par l'IDE

Audition

- baisse de l'audition déclarée mais test de chuchotement normal $\Rightarrow$ ne pas appeler
- baisse de l'audition déclarée + test de chuchotement anormal ou donnée manquante $\Rightarrow$ appeler

- Le problème est en cours de prise en charge



* lorsqu'une aide-soignante fait le dépistage de suivi et que l'alerte porte uniquement sur l'audition, elle traite l'alerte en direct avec le senior qui ne sera pas rappelé par l'IDE

Annexe II : Mail type

Cher..... ,

Dans le cadre des recommandations de l'OMS pour le vieillissement en bonne santé (ICOPE), votre patient a bénéficié du premier niveau de l'évaluation proposée (STEP 1- Icope OMS).

Celle-ci fait apparaître : un risque de dépression et/ou un risque de dénutrition et/ou des troubles de la mémoire et/ou un trouble de la mobilité et/ou un trouble de la vue et/ou un trouble de l'audition.

De ce fait, nous lui avons conseillé de vous consulter pour décider de la suite à donner.

Si à la suite de votre consultation vous estimez nécessaire une évaluation plus approfondie (STEP 2 ICOPE OMS) vous pouvez :

1. Faire appel à un infirmier formé à l'évaluation gériatrique. Il réalisera l'évaluation détaillée à domicile qu'il vous adressera pour décider de la conduite à tenir. Nous pouvons si besoin vous transmettre les coordonnées
2. Prévoir une consultation spécialisée
3. Demander une téléexpertise ou une téléconsultation à l'équipe du pôle de gériatrie du centre hospitalier le plus proche de chez vous gerontopole.telemedecine@chu-toulouse.fr .

Nous sommes à votre disposition par ervpd@chu-toulouse.fr ou 06 12 91 26 23. Pour plus d'information sur le programme Icope : <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/>

Confraternellement

Signature

IDE

Médecin (Maria ou Catherine)

Annexe III : Questionnaire

Avis des Médecins Généralistes au cours du STEP 1 dans le cadre du programme ICOPE

À propos de vous

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme
- Autres

Vous êtes âgés de :

- 20 à 30 ans
- 31 à 40 ans
- 41 à 50 ans
- 51 à 60 ans
- Plus de 61 ans

Vous êtes médecin installé depuis :

- Moins de 5 ans
- Entre 5 à 15 ans
- Entre 15 à 25 ans
- Plus de 25 ans

À propos de votre lieu d'exercice, vous exercez :

- En milieu rurale
- En milieu semi rurale
- En milieu urbain

À propos de votre modalité d'exercice, vous exercez :

- En cabinet médical individuel
- En cabinet médical de groupe
- En maison de santé

À propos de votre secrétariat, vous avez majoritairement :

- Un secrétariat présentiel
- Un télé-secrétariat
- Pas de secrétariat

Vous avez une formation complémentaire en gériatrie :

- Oui, une capacité de gériatrie
- Oui, un diplôme universitaire ou diplôme inter universitaire en gériatrie
- Oui, lors de congrès ou en formation médicale continue
- Non
- Autres

À propos du programme ICOPE

L'application mobile ICOPE MONITOR, développée par le Gérotopôle du CHU de Toulouse, appliquant les recommandations de l'OMS, permet de suivre l'évolution des capacités intrinsèques.

Ces capacités recouvrent 6 domaines : mobilité, mémoire, nutrition, état psychologique, vision et audition.

Cette application permet aussi aux patient.e.s de devenir acteur.ice.s de leur prise en charge et de son suivi.

Le programme ICOPE se décline en 5 étapes dites STEP :

Step 1: Repérage

Step 2: Evaluation

Step 3: Plan de soin personnalisé

Step 4: Fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention

Step 5: Implication des collectivités et soutien aux aidants

Avez-vous entendu parler du programme ICOPE ?

- Oui
- Non

Si oui, par qui ou par quel moyen ?

- Les formations ICOPE organisées par le gérontopole de Toulouse (Webinaire)
- Par l'intermédiaire du site interne INSPIRE / aptitude / CHU Toulouse
- Par les médias
- Par mail
- Lors d'une Formation Médicale Continue
- Par des confrères ou consoeurs
- Par les réseaux sociaux (twitter, linkedin)
- Autre
- Non concerné

À propos de l'alerte donnée par ICOPE

Certain.e.s de vos patient.e.s ont été inclus.e.s dans l'application ICOPE MONITOR, soit par un.e professionnel.le de santé, soit par un proche, soit d'eux même. Ils ont passé le STEP 1 de repérage de signes de fragilité.

Les patient.e.s présentant des signes de fragilité ont été contacté.e.s par un.e infirmier.e du programme ICOPE pour confirmer ces signes et vous en informer par mail.

Avez-vous reçu un mail d'information suite à une alerte ICOPE envoyée par un.e infirmier.e du programme ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

En ce qui vous concerne, quel moyen serait pour vous le plus approprié pour vous informer de l'état de santé de votre patient.e recueilli par le programme ICOPE ?

- par mail
- par courrier
- par téléphone auprès de la secrétaire
- par téléphone directement auprès du médecin traitant
- par l'intermédiaire du patient, se présentant avec un compte rendu

À propos des types d'alerte

Le STEP 1 comprend des questions de repérage d'un état de fragilité par l'évolution de la capacité intrinsèque. Vous avez reçu un mail en tant que médecin traitant d'un.e patient.e repéré.e comme fragile par le programme ICOPE.

Ce mail vous informe qu'un ou plusieurs des domaines clefs des capacités intrinsèques était altérés chez votre patient.e.

Nous souhaiterions connaître votre réaction.

Concernant l'alerte de malnutrition, avez-vous proposé, parmi les propositions suivantes :

- des conseils d'hygiène alimentaire
- une consultation auprès d'un.e diététicien.ne
- une consultation spécialisée
- une consultation de suivi avec vous, le médecin traitant
- de temporise
- autre
- non concerné

Concernant l'alerte de mobilité limitée, avez-vous proposé, parmi les propositions suivantes :

- donner des conseils en activité physique
- une consultation spécialisée
- une prescription de séances de kinésithérapie
- une prescription d'activité physique
- une consultation de suivi avec vous, le médecin traitant
- de temporise
- autre

- non concerné

Concernant l'alerte de déclin cognitif, avez-vous proposé, parmi les propositions suivantes :

- une modification thérapeutique sur les traitements médicamenteux
- une consultation spécialisée
- une consultation auprès d'un.e orthophoniste
- une consultation de suivi avec vous, le médecin traitant
- de temporise
- autre
- non concerné

Concernant l'alerte de symptômes dépressifs, avez-vous proposé, parmi les propositions suivantes :

- une modification thérapeutique sur les traitements médicamenteux
- une consultation auprès d'un.e psychologue
- une consultation spécialisée
- une consultation de suivi avec vous, le médecin traitant
- de temporise
- autre
- non concerné

Concernant les alertes sur la vision, souhaitez-vous que :

- le ou la patient.e soit contacté.e directement, sans que l'information passe par le médecin traitant
- recevoir un mail d'information sur cette alerte
- vous avez proposé un rendez-vous avec un.e chirurgien.ne ophtalmologue
- autre
- non concerné

Concernant les alertes sur l'audition, souhaitez-vous que :

- le ou la patient.e soit contacté.e directement, sans que l'information passe par le médecin traitant
- recevoir un mail d'information sur cette alerte
- vous avez proposé un rendez-vous avec un.e chirurgien.ne ORL
- autre
- non concerné

Suite à l'alerte, avez-vous proposé une évaluation gériatrique standardisée :

- Oui, par l'intermédiaire d'un.e infirmier.e du protocole de coopération
- Oui, par l'intermédiaire d'un.e infirmier.e libéral.e formé.e à l'évaluation gériatrique standardisée
- Oui, par l'intermédiaire d'un.e infirmier.e de l'équipe régionale du gériatopôle
- Oui, par l'intermédiaire d'un hôpital de jour fragilité
- Oui, par l'intermédiaire d'une consultation gériatrique
- Autre
- Non concerné

Avis et Attentes des Médecins Généralistes :

Souhaitez-vous des informations complémentaires sur le programme ICOPE ?

- Oui
- Non

La place du médecin généraliste au sein de ce programme vous paraît-elle adaptée AVANT le Step 1, c'est à dire pour l'inclusion des patients dans l'application ?

- Oui, cela permet de sélectionner les patient.e.s potentiellement fragile à inclure
- Non
- Je ne sais pas

La place du médecin généraliste au sein de ce programme vous paraît-elle adaptée APRES le Step 1, c'est à dire après un premier dépistage de fragilité ?

- Oui, pour débiter une prise en charge ciblée
- Oui, pour choisir les patients relevant d'une évaluation gériatrique standardisée
- Non
- Je ne sais pas

La place du médecin généraliste au sein de ce programme vous paraît-elle adaptée APRES le Step 2, c'est à dire après l'évaluation gériatrique standardisée ?

- Oui, pour l'application de ce plan gériatrique standardisé
- Oui, pour assurer le suivi
- Non
- Je ne sais pas

Souhaitez-vous avoir un contact privilégié en cas de question pour le suivi de vos patients au sein de ce programme ?

- Oui, par l'intermédiaire d'un.e IDE référent.e
- Oui, par l'intermédiaire d'un.e gériatre référent.e
- Oui, par l'intermédiaire d'un secrétariat référent
- Autre
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous d'autres attentes / d'autres remarques sur la place du médecin généraliste au cours du STEP 1 dans le cadre du programme ICOPE ?

.....

Pensez-vous utiliser cet outil dans votre pratique médicale pour les personnes âgées fragiles ?

- Oui, pour le dépistage
- Oui, pour le diagnostic
- Oui, pour appliquer la prise en charge de l'évaluation gériatrique standardisée
- Oui, pour le suivi, en surveillant l'apparition de nouvelles alertes
- Oui, au sein d'une MSP avec un personnel formé et rémunéré dans la gestion de l'application
- Oui, avec des IDE en ambulatoire formés à l'évaluation gériatrique standardisée
- Non
- Je ne sais pas

Pour vous, quelle serait la plus value de l'application ICOPE dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ?

.....

Annexe IV : Résultats questions ouvertes

Avez-vous d'autres attentes / d'autres remarques sur la place du médecin généraliste au cours du STEP 1 dans le cadre du programme ICOPE ?

OUTILS DE COMMUNICATION

« S'assurer d'avoir un retour mail »

« Améliorer le retour des intervenants »

« Accès facilité pour le patient aux différents intervenants »

« Possibilité d'avoir un lien direct avec l'équipe du Gérontopole en charge de ICOPE »

UNE CONSULTATION DEDIEE

« La place du généraliste est de FAIRE le step one à ses patients, tout comme une IDEL formée. Nous diluons les questions lors de notre consultation dans quasiment tous les RDV pour renouvellement de traitement. »

TEMPS CONSULTATION - REMUNERATION

« Financement nécessaire »

« Création d'un acte dédié car consultation longue »

« Interventions limitées, réticence des patients aux changements et à la mise en place d'interventions, temps ajouté à une consultation pour autre motif initial »

PUBLIC RESTREINT

« il me semble que le step 1 est réservé à des personnes d'un certain niveau social désireuse d'un maintien en bonne santé et de leur qualité de vie, il faudrait pouvoir élargir le public ciblé. Besoin de plus de moyens pour l'activité physique, le suivi psychologique »

NON

« L'épidémie de Covid m'a dirigé vers d'autres priorités. »

« médecin traitant débordé par la pénurie de confrère, a autre chose à faire »

« Entretien préalable à l'évaluation. par IDE? Gériatre ? »

Pour vous, quelle serait la plus-value de l'application ICOPE dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ?

AMBULATOIRE

« le fait de pouvoir le faire en ambulatoire »

RESEAU

« Améliorer le réseau »

« un travail d'équipe »

« Accès facilité aux différents intervenants, coordination »

PATIENT ACTEUR

« l'adhésion aux conseils »

« oui, car manque de temps on peut pas tout faire / patient autonome »

DEPISTAGE - SUIVI

« standardisation des signaux d'alerte »

« DÉPISTAGE »

« dépistage et suivi »

« détection »

« meilleure prise en charge »

« dépistage systématique »

« La prise en charge complète »

« Améliorer un suivi longitudinal »

« avoir une prise en charge multi-disciplinaire / prévenir les pertes rapides d'autonomie »

« anticiper les problèmes »

« amélioré le seuil de déclenchement de la prise en charge »

« prévention dépendance »

« rapidité de prise en charge, dépistage »

« dépistage et suivi »

« dépistage »

« meilleure prise en charge »

DEPISTER LES PRE FRAGILES

« a mon sens, le step one dépiste les personnes PRE fragiles. la plus value est donc de retarder l'arrivée en zone fragile par des mesures de prévention (l'importance de l'activité

physique, de la nutrition, de la vision, de l'audition, du bien-être), afin de rester le plus autonome possible, le plus longtemps possible »

NON

« je n'en vois hélas pas à l'heure actuelle »

« Je n'ai que peu de patients âgés et l'utilisation de cette application sera donc rare, mais pas forcément inutile »

« Aucune idée »

« ne sais pas »

« Je ne vois pas pour l'instant »

« non car la prise en charge gériatrique est excellente donc je n'ai aucun problème »

« toutes les PA sont fragilestrès individuel, programme global me paraît inadapté »

« un regard d'un tiers objectif »

Annexe V : Tableau des alertes

	<i>Alerte cognition</i>	<i>Alerte nutrition</i>	<i>Alerte vision</i>	<i>Alerte audition</i>	<i>Alerte psychologie</i>	<i>Alerte locomotion</i>	<i>Mail reçu</i>
1.	cognition	non	vision	audition	non	non	NSP
2.	cognition	non	vision	non	non	motricité	NSP
3.	cognition	nutrition	vision	non	thymie	motricité	NSP
4.	cognition	non	vision	audition	non	non	NSP
5.	cognition	non	vision	audition	thymie	motricité	NSP
6.	cognition	nutrition	vision	audition	thymie	motricité	oui
7.	cognition	non	vision	audition	non	motricité	oui
8.	cognition	non	vision	audition	thymie	non	oui
9.	cognition	non	vision	audition	non	motricité	oui
10.	cognition	non	vision	audition	thymie	non	oui
11.	non	non	vision	audition	thymie	non	oui
12.	non	non	non	audition	thymie	non	oui
13.	cognition	nutrition	vision	non	thymie	motricité	oui
14.	cognition	nutrition	vision	audition	thymie	motricité	oui
15.	non	non	vision	audition	non	motricité	oui
16.	cognition	non	vision	non	non	motricité	oui
17.	cognition	non	vision	audition	thymie	non	oui
18.	cognition	non	non	non	non	non	Non
19.	cognition	non	vision	audition	non	non	Non
20.	cognition	non	non	audition	thymie	non	Non
21.	cognition	non	vision	non	non	non	Non
22.	cognition	non	vision	audition	thymie	motricité	Non
23.	cognition	non	non	audition	non	motricité	Non
24.	cognition	non	vision	audition	thymie	motricité	Non
25.	cognition	non	vision	audition	thymie	motricité	Non
26.	cognition	non	vision	audition	thymie	non	Non
27.	non	non	non	non	non	motricité	Non
28.	cognition	non	vision	audition	thymie	motricité	Non
29.	cognition	nutrition	vision	audition	non	motricité	Non
30.	non	non	vision	audition	non	non	Non
31.	cognition	non	non	audition	non	non	Non
32.	cognition	non	vision	audition	non	motricité	Non
33.	cognition	non	vision	non	non	motricité	Non
34.	cognition	nutrition	vision	non	non	motricité	Non
35.	cognition	non	vision	non	non	motricité	Non
36.	cognition	non	vision	audition	non	non	Non
37.	non	nutrition	non	audition	thymie	non	Non
38.	cognition	non	vision	audition	non	motricité	Non
39.	cognition	non	vision	audition	non	non	Non
40.	non	non	vision	non	thymie	non	Non

Annexe VI : Résultats analyse univariée

Analyse univariée en fonction du genre

		Homme (n = 30)	Femme (n = 23)	p	test
Connait ICOPE (oui)		18 (60%)	11 (48%)	0.38	Chi2
Mail reçu (oui)		6 (20%)	6 (26%)	0.77	Fisher
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	20 (67%)	14 (61%)	0.66	Chi2
	courrier	6 (20%)	3 (13%)	0.72	Fisher
	secrétariat	2 (6.7%)	2 (8.7%)	1	Fisher
	tel	3 (10%)	5 (22%)	0.27	Fisher
	CR	5 (17%)	10 (43%)	0.032	Chi2
Alerte nutrition	RHD	17 (57%)	14 (61%)	0.76	Chi2
	diet	7 (23%)	7 (30%)	0.56	Chi2
	spé	4 (13%)	3 (13%)	1	Fisher
	MT	9 (30%)	10 (43%)	0.31	Chi2
	attendre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte locomotion	conseils	14 (47%)	9 (39%)	0.58	Chi2
	spé	3 (10%)	3 (13%)	1	Fisher
	kiné	17 (57%)	12 (52%)	0.74	Chi2
	sport	5 (17%)	5 (22%)	0.73	Fisher
	MT	12 (40%)	10 (43%)	0.8	Chi2
	attendre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte cognition	médicament	8 (27%)	9 (39%)	0.34	Chi2
	spé	20 (67%)	13 (57%)	0.45	Chi2
	ortho	8 (27%)	7 (30%)	0.76	Chi2
	MT	8 (27%)	9 (39%)	0.34	Chi2
Alerte thymie	médicament	12 (40%)	7 (30%)	0.47	Chi2
	psy	6 (20%)	8 (35%)	0.23	Chi2
	spé	9 (30%)	7 (30%)	0.97	Chi2
	MT	13 (43%)	14 (61%)	0.21	Chi2
	attendre	1 (3.3%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte vision	patient	8 (27%)	7 (30%)	0.76	Chi2
	mail	16 (53%)	11 (48%)	0.69	Chi2
	opht	7 (23%)	8 (35%)	0.36	Chi2
Alerte audition	patient	8 (27%)	8 (35%)	0.52	Chi2
	mail	16 (53%)	12 (52%)	0.93	Chi2
	ORL	7 (23%)	8 (35%)	0.36	Chi2
	autre	2 (6.7%)	4 (17%)	0.38	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		16 (53%)	14 (61%)	0.58	Chi2
Demande d'information complémentaires		15 (50%)	17 (74%)	0.078	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	12 (40%)	16 (70%)	0.11	Fisher

	Après le STEP 1	19 (63%)	17 (74%)	0.44	Fisher
	Après le STEP 2	23 (77%)	20 (87%)	0.15	Fisher
Demande d'un contact privilégié		17 (57%)	21 (91%)	<0.01	Fisher
Utilisation de cet outil		15 (50%)	18 (78%)	0.089	Fisher

		Moins de 50 ans (n = 21)	Plus de 50 ans (n = 32)	p	test
Connait ICOPE (oui)		13 (62%)	16 (50%)	0.39	Chi2
Mail reçu (oui)		7 (33%)	5 (16%)	0.33	Fisher
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	16 (76%)	18 (56%)	0.14	Chi2
	courrier	3 (14%)	6 (19%)	1	Fisher
	secrétariat	2 (9.5%)	2 (6.2%)	1	Fisher
	tel	3 (14%)	5 (16%)	1	Fisher
	CR	7 (33%)	8 (25%)	0.51	Chi2
Alerte nutrition	RHD	1 (4.8%)	1 (3.1%)	0.33	Chi2
	diet	14 (67%)	17 (53%)	0.77	Chi2
	spé	6 (29%)	8 (25%)	0.42	Fisher
	MT	4 (19%)	3 (9.4%)	0.78	Chi2
	attendre	8 (38%)	11 (34%)	0.4	Fisher
	autre	1 (4.8%)	0 (0%)	1	Fisher
Alerte locomotion	conseils	0 (0%)	1 (3.1%)	0.95	Chi2
	spé	9 (43%)	14 (44%)	0.2	Fisher
	kiné	4 (19%)	2 (6.2%)	0.77	Chi2
	sport	12 (57%)	17 (53%)	0.49	Fisher
	MT	5 (24%)	5 (16%)	0.33	Chi2
	attendre	7 (33%)	15 (47%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (3.1%)	1	Fisher
Alerte cognition	médicament	0 (0%)	1 (3.1%)	0.66	Chi2
	spé	6 (29%)	11 (34%)	0.97	Chi2
	ortho	13 (62%)	20 (62%)	0.2	Chi2
	MT	8 (38%)	7 (22%)	0.87	Chi2
Alerte thymie	médicament	7 (33%)	10 (31%)	0.78	Chi2
	psy	8 (38%)	11 (34%)	<0.001	Chi2
	spé	11 (52%)	3 (9.4%)	0.41	Chi2
	MT	5 (24%)	11 (34%)	0.016	Chi2
	attendre	15 (71%)	12 (38%)	0.4	Fisher
	autre	1 (4.8%)	0 (0%)	1	Fisher
Alerte vision	patient	0 (0%)	1 (3.1%)	0.51	Chi2
	mail	7 (33%)	8 (25%)	0.13	Chi2
	opht	8 (38%)	19 (59%)	0.2	Chi2
Alerte audition	patient	8 (38%)	7 (22%)	0.31	Chi2
	mail	8 (38%)	8 (25%)	0.24	Chi2
	ORL	9 (43%)	19 (59%)	0.2	Chi2
	autre	8 (38%)	7 (22%)	0.67	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		3 (14%)	3 (9.4%)	0.53	Fisher
Demande d'information complémentaires		14 (67%)	18 (56%)	0.45	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	13 (62%)	15 (47%)	0.46	Fisher
	Après le STEP 1	16 (76%)	20 (62%)	0.47	Fisher

	Après le STEP 2	18 (86%)	25 (78%)	0.26	Fisher
Demande d'un contact privilégié		19 (90%)	19 (59%)	0.021	Fisher
Utilisation de cet outil		16 (76%)	17 (53%)	0.058	Fisher

		Lieu urbain (n = 40)	Lieu rurale (n = 13)	p	test
Connait ICOPE (oui)		21 (52%)	8 (62%)	0.57	Chi2
Mail reçu (oui)		8 (20%)	4 (31%)	0.44	Fisher
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	25 (62%)	9 (69%)	0.75	Fisher
	courrier	8 (20%)	1 (7.7%)	0.42	Fisher
	secrétariat	4 (10%)	0 (0%)	0.56	Fisher
	tel	6 (15%)	2 (15%)	1	Fisher
	CR	12 (30%)	3 (23%)	0.74	Fisher
Alerte nutrition	RHD	24 (60%)	7 (54%)	0.7	Chi2
	diet	12 (30%)	2 (15%)	0.47	Fisher
	spé	5 (12%)	2 (15%)	1	Fisher
	MT	15 (38%)	4 (31%)	0.75	Fisher
	attendre	0 (0%)	1 (7.7%)	0.25	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (7.7%)	0.25	Fisher
Alerte locomotion	conseils	16 (40%)	7 (54%)	0.38	Chi2
	spé	5 (12%)	1 (7.7%)	1	Fisher
	kiné	23 (57%)	6 (46%)	0.48	Chi2
	sport	8 (20%)	2 (15%)	1	Fisher
	MT	17 (42%)	5 (38%)	0.8	Chi2
	attendre	1 (2.5%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (7.7%)	0.25	Fisher
Alerte cognition	médicament	12 (30%)	5 (38%)	0.73	Fisher
	spé	24 (60%)	9 (69%)	0.74	Fisher
	ortho	12 (30%)	3 (23%)	0.74	Fisher
	MT	14 (35%)	3 (23%)	0.51	Fisher
Alerte thymie	médicament	15 (38%)	4 (31%)	0.75	Fisher
	psy	9 (22%)	5 (38%)	0.29	Fisher
	spé	11 (28%)	5 (38%)	0.5	Fisher
	MT	24 (60%)	3 (23%)	0.021	Chi2
	attendre	1 (2.5%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (7.7%)	0.25	Fisher
Alerte vision	patient	10 (25%)	5 (38%)	0.48	Fisher
	mail	22 (55%)	5 (38%)	0.3	Chi2
	opht	13 (32%)	2 (15%)	0.31	Fisher
Alerte audition	patient	11 (28%)	5 (38%)	0.5	Fisher
	mail	22 (55%)	6 (46%)	0.58	Chi2
	ORL	13 (32%)	2 (15%)	0.31	Fisher
	autre	4 (10%)	2 (15%)	0.63	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		24 (60%)	6 (46%)	0.38	Chi2
Demande d'information complémentaires		25 (62%)	7 (54%)	0.58	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	19 (48%)	9 (69%)	0.5	Fisher
	Après le STEP 1	25 (62%)	11 (85%)	0.39	Fisher

	Après le STEP 2	33 (82%)	10 (77%)	0.76	Fisher
Demande d'un contact privilégié		30 (75%)	8 (62%)	0.22	Fisher
Utilisation de cet outil		23 (57%)	10 (77%)	0.58	Fisher

		Exercice groupe (n = 34)	Exercice individuel (n = 19)	p	test
Connait ICOPE (oui)		20 (59%)	9 (47%)	0.42	Chi2
Mail reçu (oui)		23 (68%)	11 (58%)	0.48	Chi2
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	5 (15%)	4 (21%)	0.71	Fisher
	courrier	2 (5.9%)	2 (11%)	0.61	Fisher
	secrétariat	5 (15%)	3 (16%)	1	Fisher
	tel	10 (29%)	5 (26%)	0.81	Chi2
	CR	1 (2.9%)	1 (5.3%)	1	Fisher
Alerte nutrition	RHD	18 (53%)	13 (68%)	0.27	Chi2
	diet	7 (21%)	7 (37%)	0.2	Chi2
	spé	4 (12%)	3 (16%)	0.69	Fisher
	MT	10 (29%)	9 (47%)	0.19	Chi2
	attendre	1 (2.9%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (5.3%)	0.36	Fisher
Alerte locomotion	conseils	12 (35%)	11 (58%)	0.11	Chi2
	spé	5 (15%)	1 (5.3%)	0.4	Fisher
	kiné	15 (44%)	14 (74%)	0.038	Chi2
	sport	4 (12%)	6 (32%)	0.22	Chi2
	MT	12 (35%)	10 (53%)	1	Fisher
	attendre	1 (2.9%)	0 (0%)	0.36	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (5.3%)	0.28	Chi2
Alerte cognition	médicament	9 (26%)	8 (42%)	0.62	Chi2
	spé	22 (65%)	11 (58%)	0.3	Chi2
	ortho	8 (24%)	7 (37%)	0.017	Chi2
	MT	7 (21%)	10 (53%)	0.51	Chi2
Alerte thymie	médicament	13 (38%)	6 (32%)	0.99	Chi2
	psy	9 (26%)	5 (26%)	0.87	Chi2
	spé	10 (29%)	6 (32%)	0.45	Chi2
	MT	16 (47%)	11 (58%)	1	Fisher
	attendre	1 (2.9%)	0 (0%)	0.36	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (5.3%)	0.38	Chi2
Alerte vision	patient	8 (24%)	7 (37%)	0.45	Chi2
	mail	16 (47%)	11 (58%)	0.69	Chi2
	opht	9 (26%)	6 (32%)	0.17	Fisher
Alerte audition	patient	9 (26%)	7 (37%)	0.58	Chi2
	mail	17 (50%)	11 (58%)	0.69	Chi2
	ORL	9 (26%)	6 (32%)	0.4	Fisher
	autre	5 (15%)	1 (5.3%)	1	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		18 (53%)	12 (63%)	0.47	Chi2
Demande d'information complémentaires		20 (59%)	12 (63%)	0.76	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	18 (53%)	10 (53%)	0.93	Fisher
	Après le STEP 1	25 (74%)	11 (58%)	0.043	Fisher

	Après le STEP 2	28 (82%)	15 (79%)	0.52	Fisher
Demande d'un contact privilégié		25 (74%)	13 (68%)	0.49	Fisher
Utilisation de cet outil		22 (65%)	11 (58%)	0.46	Fisher

		Secrétariat présent (n = 38)	Secrétariat absent (n = 15)	p	test
Connait ICOPE (oui)		24 (63%)	5 (33%)	0.0494	Chi2
Mail reçu (oui)		12 (32%)	0 (0%)	0.015	Fisher
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	27 (71%)	7 (47%)	0.095	Chi2
	courrier	7 (18%)	2 (13%)	1	Fisher
	secrétariat	2 (5.3%)	2 (13%)	0.57	Fisher
	tel	6 (16%)	2 (13%)	1	Fisher
	CR	9 (24%)	6 (40%)	0.31	Fisher
Alerte nutrition	RHD	23 (61%)	8 (53%)	0.63	Chi2
	diet	11 (29%)	3 (20%)	0.73	Fisher
	spé	5 (13%)	2 (13%)	1	Fisher
	MT	11 (29%)	8 (53%)	0.095	Chi2
	attendre	1 (2.6%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (6.7%)	0.28	Fisher
Alerte locomotion	conseils	15 (39%)	8 (53%)	0.36	Chi2
	spé	5 (13%)	1 (6.7%)	0.66	Fisher
	kiné	21 (55%)	8 (53%)	0.9	Chi2
	sport	6 (16%)	4 (27%)	0.44	Fisher
	MT	14 (37%)	8 (53%)	0.27	Chi2
	attendre	1 (2.6%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (6.7%)	0.28	Fisher
Alerte cognition	médicament	11 (29%)	6 (40%)	0.52	Fisher
	spé	25 (66%)	8 (53%)	0.4	Chi2
	ortho	9 (24%)	6 (40%)	0.31	Fisher
	MT	12 (32%)	5 (33%)	1	Fisher
Alerte thymie	médicament	14 (37%)	5 (33%)	0.81	Chi2
	psy	10 (26%)	4 (27%)	1	Fisher
	spé	14 (37%)	2 (13%)	0.11	Fisher
	MT	19 (50%)	8 (53%)	0.83	Chi2
	attendre	1 (2.6%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (6.7%)	0.28	Fisher
Alerte vision	patient	12 (32%)	3 (20%)	0.51	Fisher
	mail	18 (47%)	9 (60%)	0.41	Chi2
	opht	12 (32%)	3 (20%)	0.51	Fisher
Alerte audition	patient	12 (32%)	4 (27%)	1	Fisher
	mail	19 (50%)	9 (60%)	0.51	Chi2
	ORL	12 (32%)	3 (20%)	0.51	Fisher
	autre	5 (13%)	1 (6.7%)	0.66	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		21 (55%)	9 (60%)	0.75	Chi2
Demande d'information complémentaires		24 (63%)	8 (53%)	0.51	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	21 (55%)	7 (47%)	0.64	Fisher
	Après le STEP 1	31 (82%)	5 (33%)	<0.01	Fisher

	Après le STEP 2	32 (84%)	11 (73%)	0.58	Fisher
Demande d'un contact privilégié		29 (76%)	9 (60%)	0.26	Fisher
Utilisation de cet outil		25 (66%)	8 (53%)	0.62	Fisher

		Installation de moins de 25 ans (n = 30)	Installation de plus de 25 ans (n = 23)	p	test
Connait ICOPE (oui)		18 (60%)	11 (48%)	0.38	Chi2
Mail reçu (oui)		9 (30%)	3 (13%)	0.31	Fisher
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	23 (77%)	11 (48%)	0.03	Chi2
	courrier	4 (13%)	5 (22%)	0.48	Fisher
	secrétariat	3 (10%)	1 (4.3%)	0.62	Fisher
	tel	5 (17%)	3 (13%)	1	Fisher
	CR	9 (30%)	6 (26%)	0.75	Chi2
Alerte nutrition	RHD	20 (67%)	11 (48%)	0.17	Chi2
	diet	9 (30%)	5 (22%)	0.5	Chi2
	spé	5 (17%)	2 (8.7%)	0.69	Fisher
	MT	12 (40%)	7 (30%)	0.47	Chi2
	attendre	1 (3.3%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte locomotion	conseils	13 (43%)	10 (43%)	0.99	Chi2
	spé	5 (17%)	1 (4.3%)	0.22	Fisher
	kiné	17 (57%)	12 (52%)	0.74	Chi2
	sport	6 (20%)	4 (17%)	1	Fisher
	MT	13 (43%)	9 (39%)	0.76	Chi2
	attendre	1 (3.3%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte cognition	médicament	11 (37%)	6 (26%)	0.41	Chi2
	spé	19 (63%)	14 (61%)	0.85	Chi2
	ortho	11 (37%)	4 (17%)	0.12	Chi2
	MT	11 (37%)	6 (26%)	0.41	Chi2
Alerte thymie	médicament	11 (37%)	8 (35%)	0.89	Chi2
	psy	13 (43%)	1 (4.3%)	<0.01	Chi2
	spé	7 (23%)	9 (39%)	0.21	Chi2
	MT	21 (70%)	6 (26%)	<0.01	Chi2
	attendre	1 (3.3%)	0 (0%)	1	Fisher
	autre	0 (0%)	1 (4.3%)	0.43	Fisher
Alerte vision	patient	12 (40%)	3 (13%)	0.031	Chi2
	mail	15 (50%)	12 (52%)	0.88	Chi2
	opht	10 (33%)	5 (22%)	0.35	Chi2
Alerte audition	patient	13 (43%)	3 (13%)	0.017	Chi2
	mail	16 (53%)	12 (52%)	0.93	Chi2
	ORL	10 (33%)	5 (22%)	0.35	Chi2
	autre	3 (10%)	3 (13%)	1	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		21 (70%)	9 (39%)	0.025	Chi2
Demande d'information complémentaires		21 (70%)	11 (48%)	0.1	Chi2
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	19 (63%)	9 (39%)	0.2	Fisher

	Après le STEP 1	22 (73%)	14 (61%)	0.15	Fisher
	Après le STEP 2	26 (87%)	17 (74%)	0.21	Fisher
Demande d'un contact privilégié		27 (90%)	11 (48%)	<0.001	Fisher
Utilisation de cet outil		21 (70%)	12 (52%)	0.073	Fisher

		Mail non reçu (n = 41)	Mail reçu (n = 12)	p	test
Connait ICOPE (oui)		17 (41%)	12 (100%)	<0.001	Chi2
Communication avec le médecin généraliste sur l'alerte ICOPE	mail	24 (59%)	10 (83%)	0.17	Fisher
	courrier	9 (22%)	0 (0%)	0.1	Fisher
	secrétariat	3 (7.3%)	1 (8.3%)	1	Fisher
	tel	8 (20%)	0 (0%)	0.17	Fisher
	CR	12 (29%)	3 (25%)	1	Fisher
Alerte nutrition	RHD	22 (54%)	9 (75%)	0.32	Fisher
	diet	10 (24%)	4 (33%)	0.71	Fisher
	spé	5 (12%)	2 (17%)	0.65	Fisher
	MT	15 (37%)	4 (33%)	1	Fisher
	attendre	0 (0%)	1 (8.3%)	0.23	Fisher
	autre	1 (2.4%)	0 (0%)	1	Fisher
Alerte locomotion	conseils	17 (41%)	6 (50%)	0.6	Chi2
	spé	2 (4.9%)	4 (33%)	0.019	Fisher
	kiné	24 (59%)	5 (42%)	0.3	Chi2
	sport	8 (20%)	2 (17%)	1	Fisher
	MT	17 (41%)	5 (42%)	1	Fisher
	attendre	0 (0%)	1 (8.3%)	0.23	Fisher
	autre	1 (2.4%)	0 (0%)	1	Fisher
Alerte cognition	médicament	12 (29%)	5 (42%)	0.49	Fisher
	spé	23 (56%)	10 (83%)	0.1	Fisher
	ortho	12 (29%)	3 (25%)	1	Fisher
	MT	14 (34%)	3 (25%)	0.73	Fisher
Alerte thymie	médicament	14 (34%)	5 (42%)	0.74	Fisher
	psy	9 (22%)	5 (42%)	0.26	Fisher
	spé	10 (24%)	6 (50%)	0.15	Fisher
	MT	20 (49%)	7 (58%)	0.56	Chi2
	attendre	0 (0%)	1 (8.3%)	0.23	Fisher
	autre	1 (2.4%)	0 (0%)	1	Fisher
Alerte vision	patient	11 (27%)	4 (33%)	0.72	Fisher
	mail	19 (46%)	8 (67%)	0.22	Chi2
	opht	9 (22%)	6 (50%)	0.076	Fisher
Alerte audition	patient	12 (29%)	4 (33%)	1	Fisher
	mail	20 (49%)	8 (67%)	0.27	Chi2
	ORL	9 (22%)	6 (50%)	0.076	Fisher
	autre	5 (12%)	1 (8.3%)	1	Fisher
Proposition d'une EGS après une alerte		22 (54%)	8 (67%)	0.42	Chi2
Demande d'information complémentaires		23 (56%)	9 (75%)	0.32	Fisher
Place du MG dans ICOPE	Avant le STEP 1	19 (46%)	9 (75%)	0.25	Fisher
	Après le STEP 1	26 (63%)	10 (83%)	0.36	Fisher
	Après le STEP 2	31 (76%)	12 (100%)	0.16	Fisher

Demande d'un contact privilégié	28 (68%)	10 (83%)	0.39	Fisher
Utilisation de cet outil	24 (59%)	9 (75%)	0.41	Fisher

TITRE : Gestion de l'alerte ICOPE par les médecins généralistes contactés pour leur patient dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE

Introduction : L'outil de l'OMS du programme ICOPE adapté par le Gérotopôle de Toulouse cible les personnes de plus de 60 ans. Il permet de générer une alerte en cas de déclin d'une ou plusieurs des capacités fonctionnelles du patient. Si l'alerte est confirmée, le médecin traitant est informé par mail.

Objectif : L'objectif principal était de connaître la prise en charge par le médecin généraliste suite à l'alerte envoyée par mail dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE. Les objectifs secondaires étaient de recueillir l'avis des médecins généralistes et d'identifier des pistes de réflexion sur les moyens de communication adaptés pour le médecin généraliste.

Matériel et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale par un auto-questionnaire en ligne diffusé par mail.

Résultats : Nous avons obtenu un taux de réponse de 34%. Parmi les médecins répondants 23% déclarent avoir reçu le mail d'information suite à l'alerte ICOPE, alors que 75% proposent une prise en charge.

Plus de 75% des moyens de communication attendus étaient par mail, par courrier ou par un compte rendu apporté par le patient. 55% des médecins répondants, ont des connaissances sur le programme ICOPE. 60% déclarent souhaiter plus d'information, et 62% déclarent souhaiter utiliser cet outil.

Conclusion : Les médecins généralistes proposent une prise en charge dans les suites de l'alerte. D'autres études pourraient être proposées pour évaluer l'impact objectif de l'alerte sur la prise en charge des patients. Ce travail ouvre des perspectives sur la communication autour du programme ICOPE au médecin généraliste.

TITLE: Management of ICOPE alert by general practitioners contacted for their patient in STEP 1 of the ICOPE program

Introduction: The WHO tool of the ICOPE program adapted by the Toulouse Gerontopole targets people over 60 years old. It generates an alert in the event of a decline in one or more of the patient's functional capacities. If the alert is confirmed, the general practitioner is informed by e-mail.

Objective: The main objective of this study was to find out how the general practitioners managed the alert sent by e-mail in the framework of STEP 1 of the ICOPE program. The secondary objectives were to collect the opinions of general practitioners on this program and to identify means of communication adapted to general practitioners.

Methods: We conducted a descriptive transversal observational study using an online self-questionnaire distributed by e-mail.

Results: We obtained a response rate of 34%. Among the responding physicians, 23% declared to have received the information e-mail following the ICOPE alert, while 75% proposed a management. More than 75% of the expected means of communication were by e-mail, by post or by a report to the patient. 55% of the doctors responding had knowledge of the ICOPE program. 60% said they would like more information about it, and 62% said they would like to use this tool.

Conclusion: General practitioners provided care following the alert. Other studies could be conducted to evaluate the objective impact of the alert on patient management. This study opens up perspectives on the communication of the ICOPE program to general practitioners.

Mots clés / Keywords : Programme ICOPE, prévention de la dépendance, personnes âgées, communication interprofessionnelle, gestion alerte, soins premiers / ICOPE program, dependency prevention, older people, interprofessional communication, alert management, primary care

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE