

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Daphnée SALESSES**

Le 3 juin 2024

### IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION TOULOUSAINNE DANS LES ÉTAPES 3 ET 4 DU PROGRAMME ICOPE

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

#### JURY :

**Madame le Professeure Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT**

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS**

**Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Madame Caroline BERBON**

**Présidente**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Membre invitée**

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine  
2022-2023**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME 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. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC 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. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUEU 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
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	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 (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi 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. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie diagnostiques et biomarqueurs médicale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leïla  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## REMERCIEMENTS

### **Merci à mon jury**

Madame la Professeure ROUGÉ-BUGAT, pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse. Acceptez en retour la marque de mon profond respect. Je vous remercie pour votre engagement au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse, votre implication dans la formation des internes de médecine générale et dans la recherche en médecine générale.

Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre travail et votre engagement au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse.

Madame BERBON, pour l'honneur que tu me fais en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Ton aide a été précieuse tout au long de ce travail. Je te remercie pour ta bienveillance, et ton engagement au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

Monsieur le Docteur CHICOULAA, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté la direction de ce travail de thèse, et de votre engagement au sein de la Faculté de Médecine de Toulouse. Vous m'avez accompagnée avec patience, rigueur et pédagogie, merci.

## **Merci à mes maîtres de stage et collègues,**

A toute l'équipe du cabinet d'Ayzac-Ost, merci de m'avoir accueillie et accompagnée tout au long de l'internat et de ces premières années de remplacement. Travailler à vos côtés est un plaisir, merci pour la bienveillance et l'humour. Jérémy, Sophie et Dominique, je vous remercie de m'avoir transmis la passion de la médecine générale, et de m'avoir montré la force du travail d'équipe. J'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontrés.

A toute l'équipe du cabinet de Luz Saint-Sauveur, merci de m'avoir montré l'exercice en montagne et pour votre confiance. Patricia, je te remercie pour ta bienveillance, ta pédagogie, et pour tous ces bons repas en famille.

Aux équipes de l'hôpital de Tarbes et à tous mes autres maîtres de stage, Dr Guilley, Dr Sarrazin, Dr Quentin, Dr Garçon et Dr Baron, merci pour votre patience et votre pédagogie qui m'ont tant appris.

## **Merci à ma grande famille,**

Maman, merci de nous aimer et pour tous ces sacrifices. Ta combattivité m'a aidée à m'accrocher et à ne jamais abandonner. Je sais que tu seras toujours là pour moi et que tu m'aimes d'un amour inconditionnel. Je t'aime.

Papa, merci de nous aimer et de toujours nous soutenir. Tu m'as transmis la persévérance, le goût du travail et la curiosité sur ce qui m'entoure. Je sais que tu es fier de moi, et je suis fière aussi de t'avoir comme papa. Je t'aime.

Julie, merci de veiller sur moi et d'avoir toujours été là. Tu as toujours été un exemple et je suis fière de tout ton parcours. Malgré la distance, je suis heureuse qu'on reste aussi soudées. Je t'aime.

La famille d'Aveyron, merci à tous mes oncles, tantes, cousines et cousins pour cette grande famille qui prend toujours plaisir à se retrouver. Bernard et Marie, merci pour toutes ces vacances chez vous qui ont marquées mon enfance. Valérie, je suis heureuse de t'avoir comme cousine et de tous nos souvenirs complices.

The family in the Philippines, thank you for all your love. I regret not visiting you more often. I am lucky to have you, to learn about my maternal culture, and to understand what it means to strive for a better life.

La famille Guichard, Pascale, Andréa, Gary, Manou et Jean-Paul, merci d'avoir veillé sur moi toutes ces années. Votre amitié me touche et j'apprécie ces jolis moments en famille.

La famille Hubert, Mark-Éric, Blandine, Anna, Lucie et Granny, merci de m'avoir accueillie aussi facilement dans votre famille. Les moments passés ensemble sont toujours agréables.

### **Merci à mes amis,**

*À celle qui est là depuis si longtemps,*

Charlotte, pour toutes ses années remplies de rires, de musique, de trains, de vin, de larmes, de tourbillons de feuilles, de vélo, de sable, de drag, de capsules temporelles, et de philosophie. Je suis heureuse de te savoir bientôt à côté pour de nouveaux souvenirs.

*À ceux présents depuis le début de ces longues études,*

Cédric, d'être un ami aussi attentionné et de m'encourager en permanence. Tu es toujours présent malgré la distance pour refaire le monde autour d'un bon repas.

Nina, pour ta vitalité et ton amitié. Toujours là pour marcher, nager, danser, pédaler. Je suis heureuse que tu t'épanouisses au bord de l'océan. J'espère venir te voir plus souvent.

Clémence, d'avoir été mon pilier toutes ces années, je sais que je peux toujours compter sur toi. Au souvenir de nos années PACES et de ces vacances en Espagne toutes les deux.

Caroline, d'être cette belle amie avec qui je peux parler des heures sans voir le temps passer, pour tous ces verres en terrasse, et d'être cette bobo assumée qui me fait tant rire.

Raphaël, pour ton amitié sans faille, présent dans les moments difficiles, mais aussi pour rigoler, regarder le rugby, et s'amuser sur la piste de danse.

Olivier, pour ton écoute et ton entrain. Je me sens chanceuse d'avoir pu venir partager ces souvenirs dans votre vie antillaise, bientôt le kyte-surf sur les côtes méditerranéennes.

Zoé, pour ta douceur, ta bonne humeur, la belle personne que tu es, et de nous avoir accueilli à chaque fois dans les Antilles.



*A ceux rencontrés dès le début de l'internat,*

Théo, de toujours être là pour écouter, rassurer, soutenir, s'amuser et m'aider à me dépasser. Pour toutes ces randonnées, ces courses à pied, ces fougères, ces nuits blanches, ces pistes de danse, ces étoiles, et à toutes les suivantes.

Lucie, d'être rentrée dans ma vie pour partager ces fous rires, ces découvertes littéraires, ces cartes postales, ces randonnées et ces belles soirées. Je sais que je peux compter sur la reporter photo que tu es pour continuer à immortaliser mes gamelles.

Élise, d'être cette pépite pleine d'énergie. On ne parlera jamais assez de ton coup de pied légendaire. Heureuse de bientôt te voir plus souvent dans les Hautes-Pyrénées.

Jean, pour ton soutien et ta réassurance. Hâte de lire le recueil qui répertorie toutes les dingeries que tu peux dire. Célia, d'être cette belle amie toujours présente et honnête.

Mathilde mon ilot d'Aveyron. Camille et ton énergie débordante. Manon et ta force tranquille, j'espère un jour avoir le niveau pour sortir en trail avec toi. Nadia et ta bonne humeur, merci pour l'organisation de ces vacances mémorables à La Réunion. Auréliane et ton rire. Jihann et ta gentillesse.

*A ceux que je retrouve en randonnée,*

Ulysse, cet ami si touchant que tu es, plein de curiosité et de vitalité. Merci de me faire découvrir les produits de mon terroir, les rapaces, et les randonnées.

Juliette, pour ta belle compagnie en randonnée et ton humour qui me fait tant rire.

Pauline B, ma basque préférée, toujours partante sur la piste de danse.

Pauline S, pour ton énergie et ton sourire, tu amènes toujours le soleil avec toi.

*À ceux que j'ai rencontré dans les Hautes Pyrénées,*

Victor, pour m'accompagner patiemment dans toutes ces courses à pied. Au battle de dance, aux trams, aux dos más, et aux futurs trails.

Eva et Jean-Baptiste, pour les soirées de décompression, les découvertes viticoles, les ramens et les sauces piquantes.

*À ceux qui sont loin,*

Maxime et Eve-Marine, à nos weekends de coinche, les burgers, le rugby, et maintenant nos apéros zooms. Vous me manquez.

Soa, pour tous ces moments où on se retrouve comme au début. J'adore nos marches méditatives où on se raconte tout, on réfléchit ensemble, on pose des mots sur les choses du quotidien.

*À ceux qui ne sont plus là,*

Papi et mamie, merci pour ces vacances aveyronnaises et votre gentillesse. Je n'oublierai jamais les promenades, la ferme, les champignons, les paniers, les bouquets de fleurs séchées, les petits-beurres mémés. Merci pour cette grande famille.

Simon, ton amitié me manque toujours autant après toutes ses années. Je pense à toi.

**Merci à ma petite famille,**

Dune, merci pour tout le réconfort que tu m'apportes depuis toutes ces années.

Sean, merci mon amour pour ton soutien inconditionnel. Ces dix dernières années à tes côtés m'ont rendue heureuse, remplies de voyages, de rires, et de randonnées. J'adore notre complicité. Tu me fais grandir et m'aide à être une meilleure personne. Je t'aime.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

## ABRÉVIATIONS

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CLIC** : Centres Locaux d'Information et de Coordination

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNEG** : Collège National des Enseignants de Gériatrie

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**CTA** : Coordination Territoriale d'Appui

**DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination

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

**ICOPE** : Integrated Care for Older People

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PACE** : Program All-inclusive Care for the Elderly (Programme de soins intégrés pour personnes âgées)

**PAERPA** : Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

**PTA** : Plateformes Territoriales d'Appui

**RCP** : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

**SIPA** : Soins Intégrés pour les Personnes Âgées

**SFGG** : Société Française de Gériatrie et Gériologie

**USA** : United States of America (États-Unis d'Amérique)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
A. LE VIELLISSEMENT	1
1. Épidémiologie	1
2. Trajectoires de vieillissement	1
3. Politiques de santé	2
B. ICOPE : INTEGRATED CARE FOR OLDER PEOPLE	2
1. Présentation du projet ICOPE	2
2. Avancé du projet ICOPE en Occitanie	3
3. La place du médecin généraliste	3
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>5</b>
A. TYPE D'ÉTUDE	5
B. POPULATION ÉTUDIÉE	5
C. QUESTIONNAIRE	5
1. Élaboration du questionnaire	5
2. Diffusion du questionnaire	6
D. ANALYSE DES DONNÉES	6
1. Recueil des données	6
2. Analyse statistique	6
E. ASPECTS ÉTHIQUES	6
<b>III. RÉSULTATS</b>	<b>7</b>
A. INCLUSION ET TAUX DE RÉPONSE	7
B. RÉSULTATS DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES	8
1. Description de la population étudiée	8
2. Connaissances du programme ICOPE par la population étudiée	8
3. Participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 3)	9
4. Participation au suivi du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 4)	10
5. Ressenti et pistes d'amélioration de la population concernant le programme ICOPE	11
C. RÉSULTATS DES STATISTIQUES ANALYTIQUES	13

<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>14</b>
A. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS	14
1. La population étudiée	14
2. L'implication des médecins généralistes dans les étapes 3 et 4 ICOPE	14
B. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	15
1. Le médecin généralistes, praticien de première ligne	15
2. Les pistes pour améliorer le taux d'implication des médecins généralistes	15
C. LA COORDINATION PLURIPROFESSIONNELLE AU CENTRE DES SOINS INTÉGRÉS AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE	18
1. La coordination en France	18
2. La coordination à l'international	19
3. La coordination dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE en France	20
D. LES FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	22
1. Les forces	22
2. Les limites	22
E. OUVERTURES ET PERSPECTIVES	23
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>24</b>
<b>VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>25</b>
<b>VII. ANNEXES</b>	<b>31</b>

## I. INTRODUCTION

### A. LE VIEILLISSEMENT

#### 1. Épidémiologie

La population mondiale vieillit. L'OMS estime que la population âgée de 60 ans et plus va quasiment doubler d'ici 2050. En effet, son nombre va passer de 1 milliard en 2019 à 2,1 milliards en 2050 (1), ce qui représentera d'ici 2030 une personne sur six (2). Cette croissance s'observe également en France : d'ici 2050, 1/3 de la population française aura 60 ans et plus, soit 22,3 millions de personnes (3,4). Cela s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance : 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes, d'après l'INSEE en 2022. Pourtant, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité, est stable depuis 10 ans en France : 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes (4). Ainsi, le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus en France va augmenter, et passer de 1,2 millions en 2012 à 2,3 millions en 2060. (4)

Le vieillissement démographique augmente les dépenses de santé, les prestations sociales, et les besoins en institution gériatrique (5). Au total en France, cela représente 30 milliards d'euros en 2014, et sera amené à doubler d'ici 2060 au vu des projections démographiques (4).

#### 2. Trajectoires de vieillissement

Le modèle « 1+2+3 » du Professeur Bouchon est la base du raisonnement gériatrique (2,5). En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) définit le syndrome gériatrique de fragilité, réversible, avec diminution des réserves fonctionnelles et donc un risque de décompensation, chute, hospitalisation, perte d'indépendance fonctionnelle, institutionnalisation et décès (6,7). Aujourd'hui, on parle de « capacités intrinsèques et fonctionnelles » : elles diminuent progressivement, à un rythme différent selon les individus et leur environnement. Cela explique l'hétérogénéité dans la population âgée, et la multiplicité des leviers possibles pour assurer un vieillissement réussi (8,9). L'OMS parle du concept de « vieillissement en bonne santé ».

### 3. Politiques de santé

La prévention gérontologique a du sens si elle est appliquée à grande échelle en soins primaires. Au niveau international, l'Assemblée générale des Nations Unies a décrété que le vieillissement en bonne santé est la priorité de la Décennie 2020-2030 (1,2). L'OMS propose ainsi la mise en place de soins intégrés et des services de santé primaires centrés sur la personne âgée en développant le programme Integrated Care for Older People (ICOPE), qui fait l'objet de cette thèse. (10).

Celui-ci est en accord avec les objectifs fixés en France par le Plan national de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015 (7), et pourra s'appuyer sur la coordination des professionnels de santé dans le cadre du projet national français « Ma Santé 2022 » (11,12)

#### B. ICOPE : INTEGRATED CARE FOR OLDER PEOPLE

##### 1. Présentation du projet ICOPE

Dans cette optique, l'OMS a conçu le programme ICOPE pour les soins intégrés pour les personnes âgées au niveau mondial. La France a développé ce programme dans le cadre d'une expérimentation ministérielle, notamment en Occitanie grâce au Gérontopôle du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS). (10)

Le programme ICOPE est destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus, autonomes et vivant à domicile. La stratégie est d'explorer 6 fonctions essentielles pour maintenir une bonne capacité fonctionnelle : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition, l'audition et la vision (8). La mise en place précoce d'actions pour améliorer ces fonctions vise à limiter la survenue de la dépendance, mais surtout à favoriser le bien-être (9,13). L'objectif annoncé est de permettre aux personnes âgées de continuer à faire ce qui leur plaît le plus longtemps possible (10).

Le programme ICOPE s'appuie sur une évaluation des besoins et préférences pour élaborer un projet de soins personnalisé en 5 étapes (annexe 1) (9). La première étape est de dépister l'altération d'une des 6 fonctions essentielles. Si anomalie, la deuxième étape est l'évaluation approfondie de la personne âgée. La troisième étape est l'élaboration d'un plan de soins personnalisé. La quatrième étape assure la mise en place du plan de soins, et



son suivi dans le temps. La cinquième étape est la mobilisation des communautés pour soutenir les aidants.

## 2. Avancée du projet ICOPE en Occitanie

Le programme ICOPE a été déployé en 2019 en France, notamment en Occitanie. Les premiers résultats du déploiement en Occitanie semblent prometteurs. (11)

La validité de l'outil de dépistage a été confirmée par analyse longitudinale rétrospective sur la cohorte de l'essai MAPT : les anomalies de dépistage sont associées à une plus grande incidence de fragilité et incapacité (14). De plus, la faisabilité et la performance du dépistage à grande échelle a été confirmée par une étude prospective chez les plus de 60 ans menée par le Gérontopôle de Toulouse. En effet, sur 10 000 personnes : 70% ont réalisé le suivi à 6 mois ; et parmi les 9% ayant réalisé l'évaluation approfondie, 90% ont une anomalie confirmée de la capacité intrinsèque (15). Le Gérontopôle a développé à cette occasion des plateformes numériques (11) : une application mobile (ICOPE MONITOR) et un robot conversationnel (ICOPEBOT). Dans sa thèse de 2022, le Dr Ranarijhon-Ramamonjisoa a validé l'auto-dépistage par le senior via ICOPE MONITOR, avec une bonne concordance des résultats par rapport à un professionnel formé (16).

De plus, l'étude de Derche et al. au sein du Gérontopôle a interrogé une cohorte de patients 2 à 12 mois après l'élaboration du plan de soins. Elle montre que la majorité des recommandations émises à l'étape 3 du programme sont effectivement suivies (17).

## 3. La place du médecin généraliste

L'OMS aborde brièvement la question du maintien du programme au long cours (18). Le suivi est supposé s'appuyer sur le réseau de santé territorial (9). En France, il serait logique de penser au médecin généraliste en tant que coordinateur des soins et acteur clé de prévention.

En effet, la thèse du Dr Chabasse en Occitanie en 2022 montre que 81% des médecins généralistes interrogés estimaient jouer un rôle au moment de la réalisation du plan de soin (étape 3) et de son suivi (étape 4) (19). De même, l'étude du Gérontopôle portée par Mme Derche questionne la place du médecin traitant dans le programme, et la nécessité d'un soignant pour coordonner le parcours et favoriser l'adhésion aux recommandations du plan de soins (17).

Ainsi, cette étude a pour objectif principal de déterminer l'implication des médecins généralistes de la région toulousaine dans l'élaboration (étape 3) et le suivi (étape 4) du plan de soins personnalisé des personnes âgées dans le cadre du programme ICOPE.

L'objectif secondaire est de recueillir les attentes des médecins généralistes quant au programme ICOPE, et les éventuels freins à leur participation.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

### A. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle et transversale, déclarative par questionnaire, descriptive et analytique.

### B. POPULATION ÉTUDIÉE

Les critères d'inclusion étaient : être un médecin généraliste installé en région toulousaine, suivre au moins un patient avec un plan de soins personnalisé ICOPE de la cohorte de l'étude Derche et al. (17).

Le critère d'exclusion était l'arrêt d'activité du médecin.

Le recrutement de la population source s'est appuyé sur la base de données ICOPE du Gérontopôle, afin de sélectionner des médecins généralistes suivant des seniors inclus dans le programme avec un plan de soins personnalisé. Nous nous sommes adressés aux 103 médecins généralistes des 143 patients inclus dans la cohorte de Derche et al. (17).

### C. LE QUESTIONNAIRE

#### 1. Élaboration du questionnaire

Une première phase de revue narrative de la littérature a permis l'élaboration de la problématique de l'étude et d'un questionnaire pertinent.

Le questionnaire était composé de 5 parties : Caractéristiques des médecins interrogés, À propos du programme ICOPE, Participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 3), Participation au suivi du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 4), Ressenti et pistes d'amélioration. Il comportait 19 questions obligatoires et 12 questions facultatives. La majorité des questions étaient à choix unique, certaines à choix multiples, et 2 sous forme de réponse libre.

Le questionnaire, élaboré sur le site GoogleForm®, a été envoyé à 4 médecins généralistes installés à Toulouse pour une phase de test. Aucune modification n'a été faite à l'issue de cette phase test. (annexe 2)

## 2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sur le site GoogleForm® par adresse électronique. Lorsque l'adresse électronique du médecin ne pouvait être récupérée, le questionnaire leur a été envoyé par voie postale sur format papier. Enfin, la dernière relance a également comporté la diffusion de questionnaires sous format papier directement dans les cabinets médicaux des médecins inclus.

La diffusion du questionnaire a eu lieu le 3 décembre 2023, avec une relance le 17 décembre 2023 et une dernière relance le 17 janvier 2024.

## D. ANALYSE DES DONNÉES

### 1. Recueil des données

Le recueil des données a débuté le jour de diffusion du questionnaire, soit le 3 décembre 2023. Il a été clôturé le 3 mars 2024.

Les données ont été anonymisées par attribution aléatoire d'un numéro à 3 chiffres à chaque médecin répondeur. Les données ont ensuite été retranscrites dans un tableur Excel®.

### 2. Analyse statistique

Les analyses descriptives des données ont été menées sur le logiciel Excel®.

Les analyses statistiques univariées ont été réalisées sur le site BiostaTGV®. Elles se sont appuyées sur des tests de Fisher, de Chi<sup>2</sup>, et de Wilcoxon – Mann Whitney.

## E. ASPECTS ÉTHIQUES

Une demande d'accord a été obtenue auprès du Gérotopôle pour avoir accès à la base de données de ICOPE et recueillir la liste des médecins généralistes.

L'étude a été déclarée conformité CNIL, et inscrite dans le Tableau d'enregistrement Recherche et thèses sous le numéro 2023SD115 (annexe 3).

### III. RÉSULTATS

#### A. INCLUSION ET TAUX DE RÉPONSE

La population source est composée des 103 médecins généralistes des 143 patients ayant participé à l'étude de Derche et al. (17). Après exclusion de 12 médecins, l'échantillon est composé de 91 médecins. Le diagramme de flux ci-dessous explicite le nombre de réponses selon le mode de diffusion. Au total, nous avons récolté 39 réponses, soit un taux de participation de 43%.

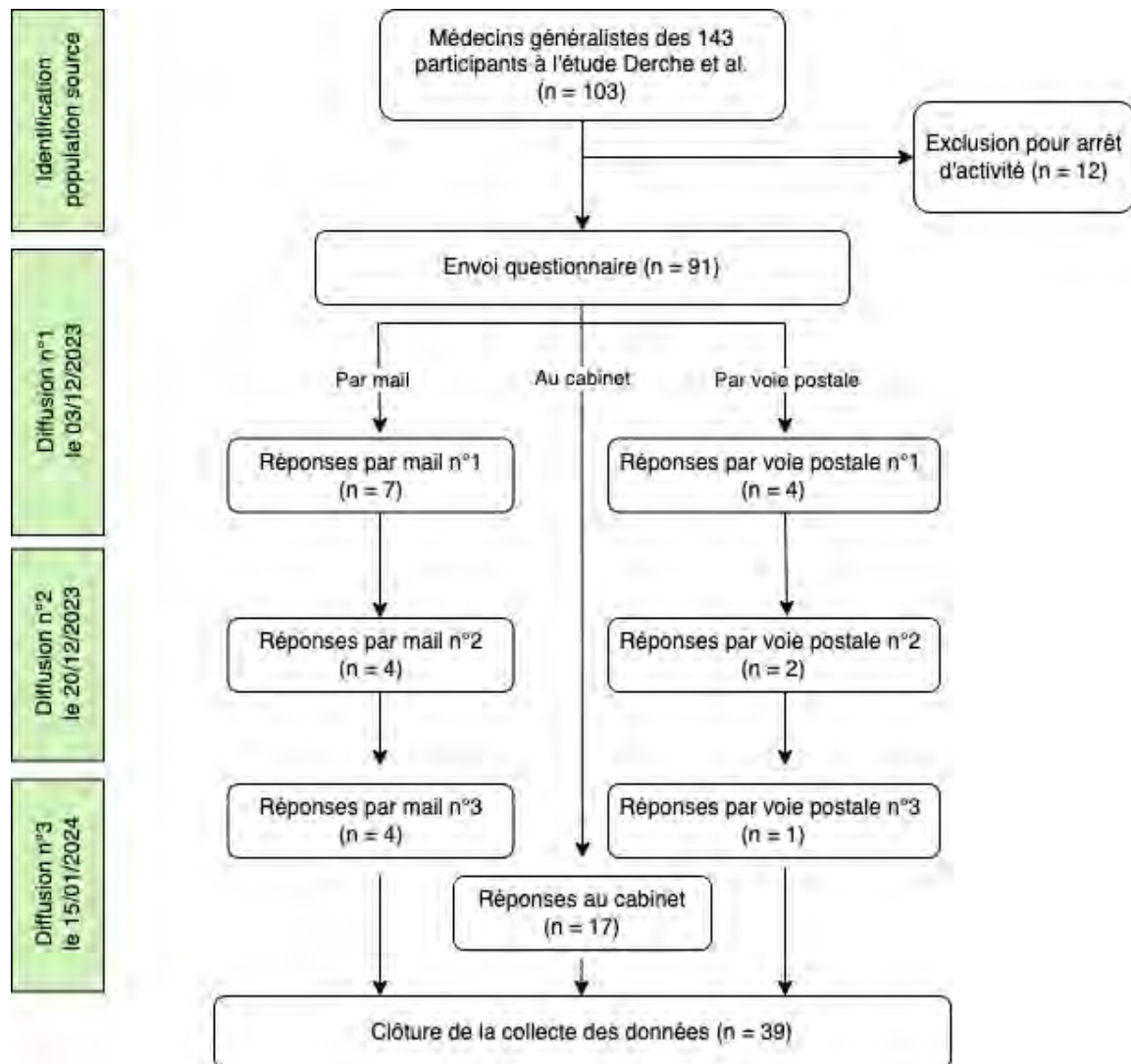


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

## B. RÉSULTATS DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES

### 1. Description de la population étudiée

Notre population d'étude est composée d'une majorité de femmes, avec un âge moyen de 49,7 ans. Les médecins exercent en milieu urbain, pour la plupart en cabinet de groupe au sein d'une CPTS, et sans formation complémentaire en gériatrie.

*Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude*

Caractéristique	n (%) ou ans
<b>Genre</b>	
Femme	21 (54%)
Homme	18 (46%)
<b>Âge</b>	
Moyenne	49,7 ans
Médiane	50 ans
Écart type	10,5 ans
<b>Milieu d'exercice</b>	
Urbain	39 (100%)
Semi rural	0 (0%)
Rural	0 (0%)
<b>Mode d'exercice</b>	
Seul	9 (23%)
Associé	25 (64%)
MSP	5 (13%)
<b>Participant à une CPTS</b>	
Oui	26 (67%)
Non	13 (33%)
<b>Formation complémentaire en gériatrie</b>	
Oui	10 (26%)
DU gériatrie	4
Capacité gériatrie	5
Congrès de gériatrie	0
Formation ICOPE	1
Autre formation en gériatrie	1
Non	29 (74%)

### 2. Connaissances du programme ICOPE par la population étudiée

La majorité des médecins généralistes interrogés (92%) connaît le programme ICOPE. Parmi les médecins qui connaissent le programme, 14 (39%) déclarent l'avoir connu grâce à la CPTS, 10 (28%) par un patient, 6 (17%) par une communication ICOPE, 6 (17%) par un collègue, et 4 (10%) lors d'une formation en gériatrie.

Parmi les médecins qui ont déjà participé à l'étape 1 de dépistage du programme ICOPE (18%), 2 l'ont réalisé moins de 5 fois, 4 médecins entre 5 et 19 fois, et 1 médecin plus de 20 fois.

Parmi les médecins qui ont déjà participé à l'étape 2 d'évaluation approfondie du programme ICOPE (8%), 1 l'a réalisé moins de 5 fois, et 2 médecins entre 5 et 19 fois.

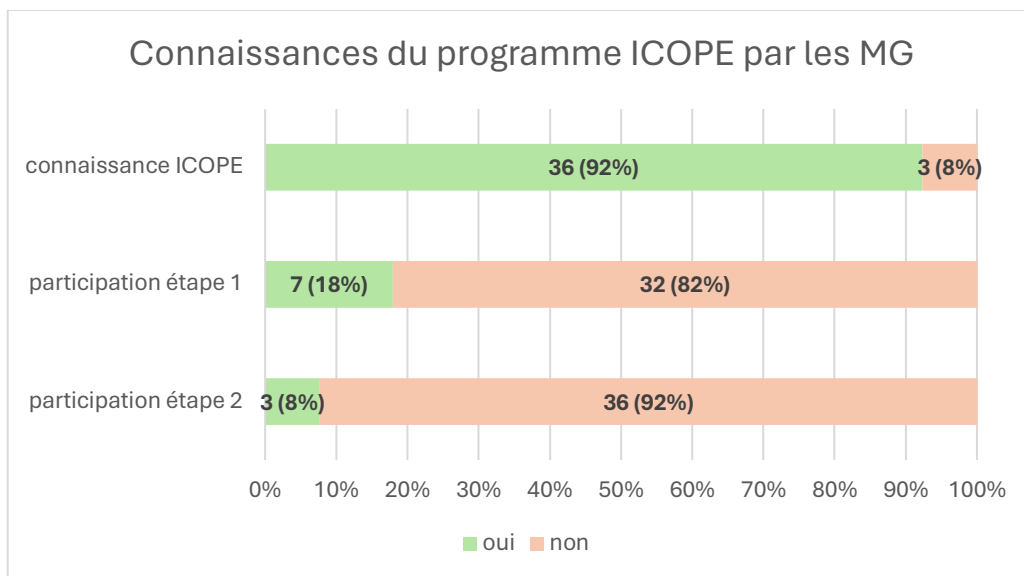


Figure 2 : Connaissance du programme ICOPE par les médecins généralistes interrogés

### 3. Participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 3)

La majorité des médecins généralistes interrogés (59%) a été informée du plan de soins personnalisé élaboré lors de l'étape 3 du programme ICOPE de son patient.

4 médecins (10%) ont participé personnellement à l'élaboration de ce plan de soins.

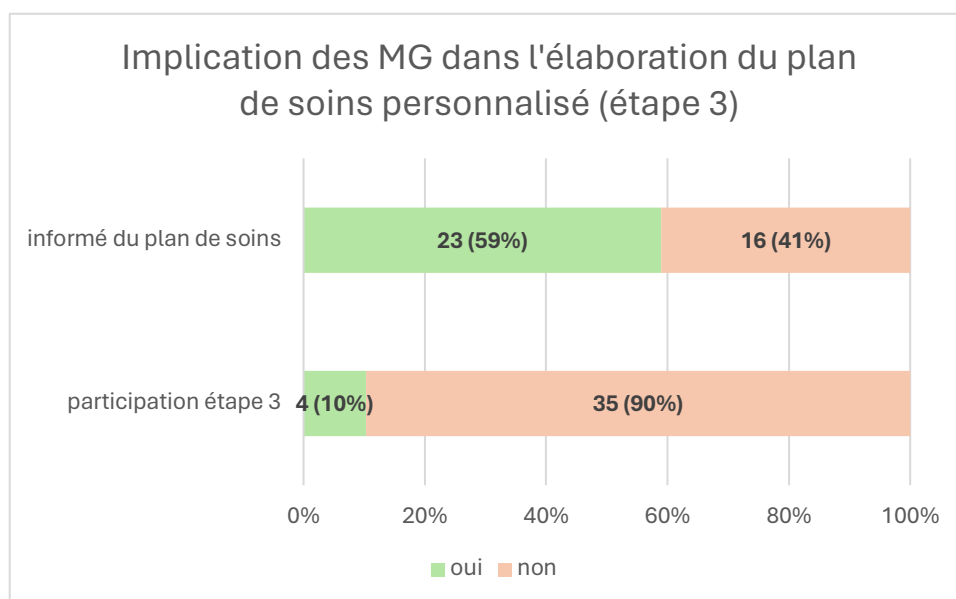


Figure 3 : Implication des médecins généralistes interrogés dans l'élaboration du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 3)

Parmi ceux qui ont participé à l'étape 3 : 1 médecin l'a fait moins de 5 fois, et 3 médecins entre 5 et 19 fois. 2 médecins (50%) l'ont élaboré sans collaboration, et 2 autres médecins (50%) l'ont élaboré en collaboration avec d'autres soignants. 2 médecins (50%) déclarent avoir négocié avec le patient lors de l'élaboration du plan de soins personnalisé.

#### 4. Participation au suivi du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 4)

La majorité des médecins généralistes interrogés (56%) ont été informés du suivi du plan de soins personnalisé de leur patient dans le cadre du programme ICOPE.

8 médecins (21%) ont déclaré avoir participé activement au suivi de ce plan de soins. 4 ont suivi moins de 5 plans de soins, et 4 autres médecins en ont suivi entre 5 et 19.

Les médecins généralistes qui ont suivi un plan de soins déclarent les faits suivants.

- 75% l'ont fait en collaboration avec un autre soignant (4 avec un ou une IDE, et 2 avec un ou une diététicienne et un ou une podologue).
- 2 médecins (25%) l'ont suivi sans collaboration avec un autre soignant.
- 5 médecins (63%) ont eu recours à une négociation avec le patient lors de ce suivi.

Les fonctions essentielles qui ont eu la meilleure adhésion du patient sont : la motricité pour 7 médecins (88%), la cognition pour 4 médecins (50%), et la nutrition pour 3 médecins (38%). La psychologie, la vision et l'audition ont chacune été mentionnées par 1 médecin.

Les fonctions essentielles qui ont eu la moins bonne adhésion du patient sont : la psychologie pour 7 médecins (88%), la cognition pour 2 médecins (25%), et la nutrition pour 2 médecins (25%).

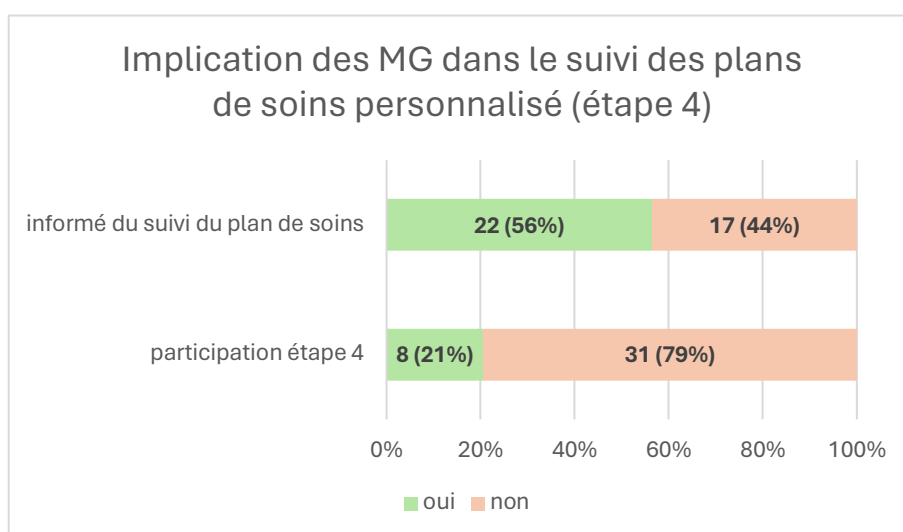


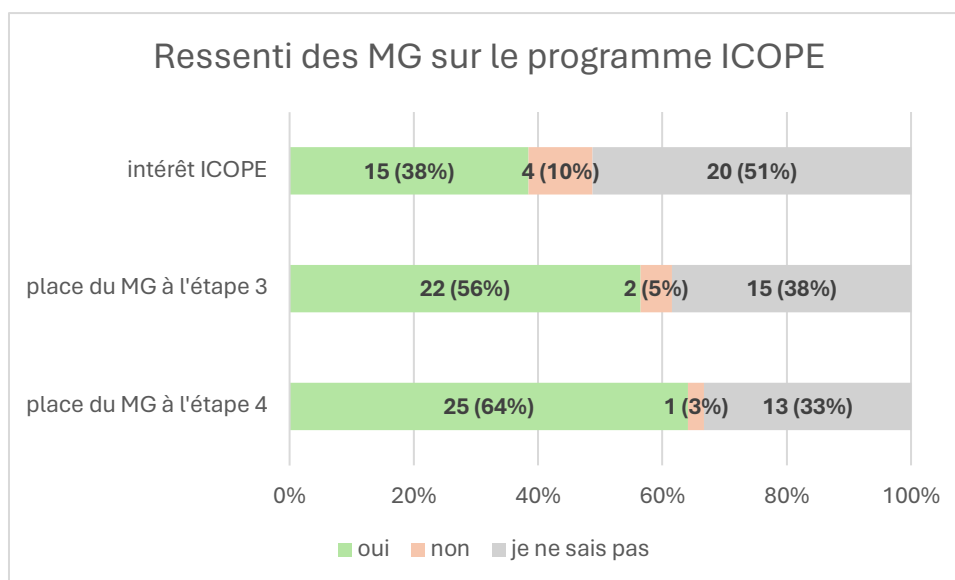
Figure 4 : Implication des médecins généralistes interrogés dans le suivi du plan de soins personnalisé ICOPE (étape 4)



## 5. Ressenti et pistes d'amélioration de la population concernant le programme ICOPE

Une minorité des médecins interrogés (10%) estiment que le programme ICOPE n'a pas d'intérêt pour retarder la fragilité et la dépendance des patients âgés.

La majorité des médecins généralistes interrogés estime avoir leur place dans l'élaboration (étape 3) et le suivi (étape 4) du plan de soins personnalisé des patients inclus dans le programme ICOPE, à respectivement 56% et 64%.

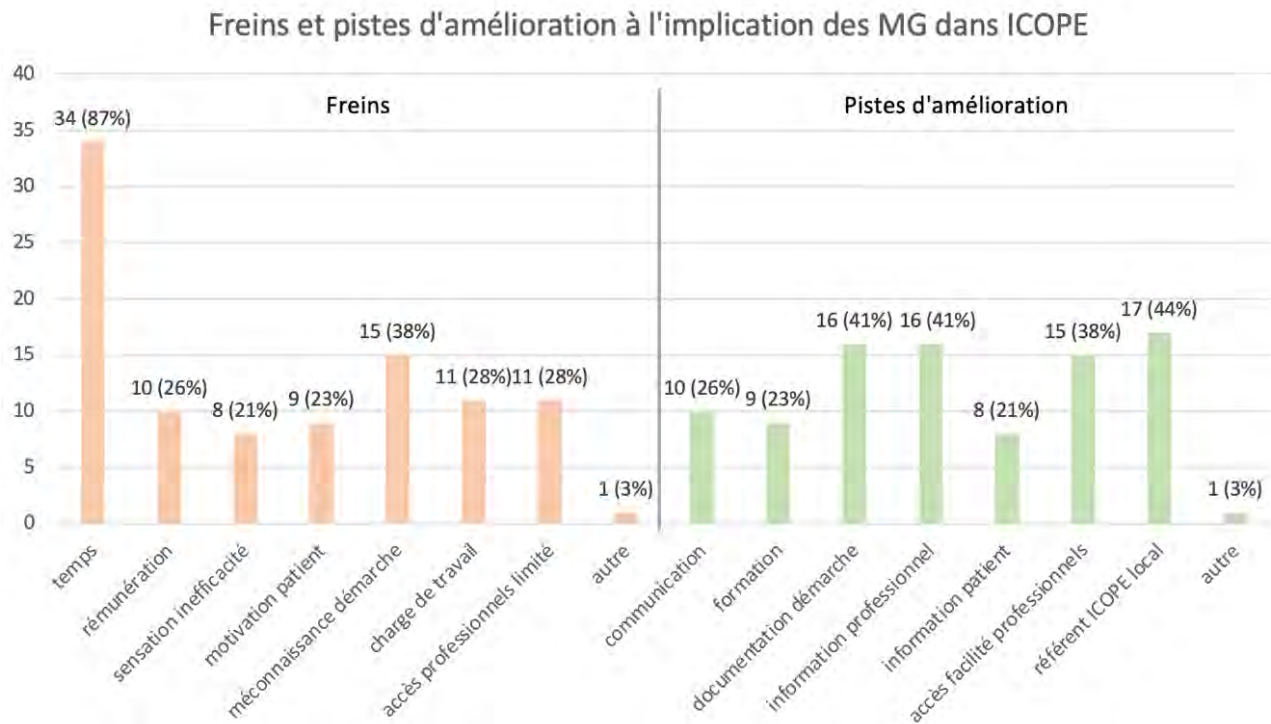


*Figure 5 : Ressenti des médecins généralistes interrogés sur le programme ICOPE et leur place dans l'élaboration et le suivi du plan de soins personnalisé de leur patient*

Concernant le moyen de communication pour être informé des avancées dans le programme de leurs patients, la majorité des médecins préfèrent la messagerie sécurisée (67%), et en consultation avec le patient (46%). 21% souhaitent être informés par mail, 18% par téléphone, et 15% par courrier postal.

Le principal frein dans l'implication des médecins généralistes dans le programme ICOPE est le manque de temps (87%). On retrouve également la méconnaissance de la marche à suivre (38%), la charge de travail engendrée (28%), les difficultés d'accès aux autres professionnels de santé (28%), la rémunération jugée insuffisante (26%), le manque de motivation du patient (23%), l'incertitude personnelle sur l'efficacité du programme (21%).

Parmi les pistes d'amélioration, la proposition d'un référent ICOPE local est souhaitée par 44%. De plus, 41% demandent de la documentation pour aider à élaborer un plan de soins personnalisé et une plus grande information des professionnels de santé. 38% évoquent la possibilité d'un accès privilégié aux professionnels de santé intervenants. 26% demandent à améliorer la communication entre intervenants, et 23% une formation spécifique.



*Figure 6 : Freins et pistes d'amélioration à l'implication des médecins généralistes interrogés dans le programme ICOPE*

### C. RÉSULTATS DES STATISTIQUES ANALYTIQUES

Nous ne retrouvons pas de lien entre le fait de participer à l'étape 3 d'élaboration de plan de soins personnalisé du programme ICOPE et les caractéristiques socio-démographiques que sont : l'âge ( $p=0,33$ ), le sexe ( $p=0,10$ ), le mode d'exercice seul ou à plusieurs ( $p=0,55$ ), le fait de participer à une CPTS ( $p=1$ ) et d'avoir une formation complémentaire en gériatrie ( $p=1$ ).

Les femmes de notre étude participent plus à l'étape 4 de suivi de plan de soins personnalisé ( $p=0,04$ ). Nous ne retrouvons pas d'autre lien significatif selon l'âge ( $p=0,94$ ), le mode d'exercice seul ou à plusieurs ( $p=0,65$ ), le fait de participer à une CPTS ( $p=0,69$ ) et d'avoir une formation complémentaire en gériatrie ( $p=0,65$ ).

Il n'existe pas de différence socio-démographique entre les médecins qui estiment que le programme ICOPE est intéressant pour limiter la survenue de la dépendance, et ceux qui ne le pensent pas ou ne savent pas se prononcer : que ce soit concernant leur âge ( $p=0,91$ ), leur sexe ( $p=0,74$ ), leur mode d'exercice seul ou à plusieurs ( $p=1$ ), leur participation à une CPTS ( $p=1$ ), et leur formation en gériatrie ( $p=1$ ).

De même, le fait d'avoir effectivement participé à l'étape 3 et 4 du programme ICOPE ne semble pas avoir de lien avec l'intérêt qu'ils portent au programme (respectivement  $p=1$  et  $p=0,22$ ).

## IV. DISCUSSION

### A. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

#### 1. La population étudiée

Notre étude a interrogé 91 médecins généralistes ayant dans leur patientèle des seniors intégrés dans le programme ICOPE. Nous avons obtenu un bon taux de participation à 43%, soit 39 réponses.

L'échantillon est représentatif de la population cible Occitanie et France selon les données de la DREES et du CNOM (20,21) : composé majoritairement de femmes (54%) de 49,7 ans en moyenne, travaillant en groupe (64% en cabinet avec associés et 13% en MSP).

Il est cependant exclusivement représenté par des médecins exerçant en milieu urbain du fait de la conception de l'étude : nous avons interrogé les médecins de seniors suivis au CHU de Toulouse. Les médecins répondants sont plus impliqués dans une CPTS (67%) par rapport à la population de médecins en France (20%) (22) : cela s'explique par le fort maillage de la région toulousaine par les CPTS, et leur implication dans le programme ICOPE.

#### 2. L'implication des médecins généralistes dans les étapes 3 et 4 ICOPE

L'implication des médecins généralistes dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE est relativement faible : respectivement 10% et 21%. La majorité avait été informée du plan de soins de leur patient (59%) et de son suivi (56%). De plus, quasiment tous les médecins connaissaient le programme ICOPE (92%) ce qui illustre une bonne communication autour du programme, notamment 39% par le biais des CPTS.

Concernant leur ressenti sur le programme ICOPE, 38% sont convaincus de son efficacité pour diminuer la survenue de fragilité et dépendance, et 51% restent encore indécis. La majorité des médecins généralistes déclarent avoir leur place dans l'élaboration du plan de soins lors de l'étape 3 (56%) et de son suivi lors de l'étape 4 (64%).

Parmi les freins soulevés, on retrouve en grande majorité le manque de temps (87%) et la méconnaissance de la démarche (38%). Plusieurs pistes d'améliorations sont évoquées, notamment l'existence d'un référent ICOPE local (44%), de la documentation sur la démarche (41%), et plus d'information auprès des professionnels de santé (41%).

## B. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

### 1. Le médecin généraliste, praticien de première ligne

Il existe un fort souhait de participer au programme ICOPE dans notre étude : 59% pour l'étape 3 et 56% pour l'étape 4. Ces résultats sont concordants avec une précédente étude où 81% des médecins généralistes estimaient avoir leur place à partir de l'étape 3 (19).

Le médecin généraliste est essentiel pour apporter son expertise médicale, sa connaissance du dossier médical, du patient et de son entourage. Pourtant dans notre étude, seulement 10% ont participé à l'étape 3 et 21% à l'étape 4.

### 2. Les pistes pour améliorer le taux d'implication des médecins généralistes

- Cibler les médecins généralistes

En ciblant les médecins généralistes susceptibles d'être plus intéressés par le programme, d'autres médecins pourront être motivés par effet domino. L'enjeu sera donc d'identifier quels sont ces médecins, dans notre étude 59% à l'étape 3 et 56% à l'étape 4.

Nous retrouvons des pistes pour identifier ces médecins dans la littérature sur les plans de soins intégrés pour les personnes âgées, tels que le Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en France (PAERPA), le Service intégré pour les personnes âgées à Montréal (SIPA) et le Programme pour l'autonomie et la communication des personnes âgées aux USA (PACE), mais aussi sur les réseaux de soins pour la prise en charge de l'obésité infantile en France (RéPPOP). Il serait pertinent de cibler les médecins avec une patientèle plus âgée (23,24), ceux qui travaillent déjà en réseau de soignants (23,25), et ceux qui cherchent à se former sur le sujet car intéressés par la prévention gériatrique (23,26,27).

Une étude de cohorte nationale sur le programme ICOPE pourrait permettre de mieux identifier cette population, en ciblant d'autres données socio-démographiques que notre étude à petite échelle n'a pas pu mettre en évidence.

En effet, les travaux sur la prévention de la dépendance et la mise en place des PAERPA en France montre que des acteurs investis et motivés peuvent être moteurs pour impliquer d'autres professionnels autour d'eux (25,28,29).

- Améliorer le travail pluriprofessionnel

- Améliorer la communication entre les intervenants

Dans notre étude, 26% des médecins généralistes demandent à améliorer la communication entre les intervenants autour du patient. En effet, il reste une part non négligeable déclarant ne pas avoir été informée de l'étape 3 (41%) et étape 4 (44%) de leur patient.

Ce levier est déjà compris par les équipes ICOPE du CHU de Toulouse (11). Il est également retrouvé dans la littérature étudiant les programmes pluriprofessionnels de soins intégrés en Espagne (30), et en Angleterre avec la messagerie sécurisée « NHS mail » (31). Ce canal de communication est plébiscité par les médecins généralistes de notre étude, comme dans d'autres études sur ICOPE à Toulouse (19). Le programme ICOPE à Toulouse utilise donc la messagerie sécurisée pour informer les médecins du suivi de leur patient. Il semble cependant que celle-ci ne soit pas encore optimale au vu des réponses des médecins à notre étude, ou alors les médecins ne sont pas encore habitués à utiliser cet outil.

- Proposer un réseau de professionnels impliqués dans ICOPE

38% des médecins généralistes de notre étude demandent à avoir accès à un tel réseau. Cela est concordant avec les études sur l'implication des médecins généralistes dans les réseaux de soins en France : ICOPE (19), PAERPA (24), et RÉPPOP (27,32,33).

- Mettre en valeur l'efficacité du programme ICOPE aux yeux des médecins

Le médecin généraliste s'investira s'il juge le programme utile pour ses patients, au prix d'un temps passé raisonnable, autrement dit s'il considère l'investissement efficace.

- Améliorer la communication et l'information sur l'efficacité du programme

Dans notre étude, seuls 38% pensent que le programme ICOPE est efficace. La littérature retrouve que la mauvaise compréhension du programme de soins PACE aux USA a freiné son expansion (34). Aussi, une mauvaise communication autour du projet PAERPA dans les Hautes-Pyrénées a été contre-productive pour la mobilisation des médecins (35). Les médecins qui ont le plus participé au réseau de soins SIPA à Montréal estiment que le programme est efficace (23). Ainsi, l'amélioration de la formation et de la communication

autour des projets permet de mieux comprendre les enjeux et l'efficacité des programmes de prévention (36).

- Avec une rémunération adéquate

La rémunération a été soulevée comme frein par 26% des médecins généralistes de notre étude. Une cotation simple permet d'imposer un temps de consultation dédié. Elle existe déjà dans des programmes de prévention en France comme RéPPOP (37).

- Rendre l'implication des médecins généralistes moins chronophage

Le manque de temps a été soulevé comme frein par 87% des médecins de notre étude. Les médecins généralistes manquent de temps (38), notamment auprès des personnes âgées (39). Cela freine leur participation aux projets de soins coordonnés, comme constaté lors de la mise en place des parcours PAERPA (24,25,35), du réseau RéPPOP (32,33,37), ou lors de l'étude MINDED à Toulouse pour prévenir la dépendance par une intervention multidisciplinaire (28).

En effet, les médecins veulent garder du temps médical dédié au soin et au bien-être du patient. Afin de les décharger d'un temps administratif non rémunéré en médecine générale et chronophage, il serait intéressant de confier cette coordination à un autre professionnel.

## C. LA COORDINATION PLURIPROFESSIONNELLE AU CENTRE DES SOINS INTÉGRÉS AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

### 1. La coordination en France

La coordination est à la base du concept de médecin traitant en France. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) rappelle que le médecin traitant favorise la coordination entre les professionnels pour une meilleure continuité et donc qualité des soins, notamment en prévention (40).

Pourtant, la coordination des soins autour de la personne âgée est devenue complexe du fait de la multiplicité des intervenants. En parallèle, le système de soins français souffre de fragmentation et de complexification (39,41).

Le médecin généraliste n'est peut-être pas le professionnel le mieux placé, en dépit de son rôle de coordinateur de parcours de soins en France. Il manque de temps comme évoqué précédemment, mais aussi parfois de connaissances sur les aides sociales (39). Ainsi, un métier spécifique de coordination serait intéressant. La Cour des comptes rappelle la distinction entre la coordination de « synthèse médicale » qui relève du médecin généraliste, et la coordination « soignante et sociale » qui peut être réalisée par un autre professionnel (42).

Dans les parcours de soins coordonnés existants en France, on observe qu'un coordinateur à part entière favorise l'implication des médecins généralistes (33,37,43). Ce rôle est souvent assuré par un infirmier : programme d'aide au retour à domicile PRADO, programme d'accompagnement de certaines maladies chroniques SOPHIA (42), les soins aux personnes âgées COPA à Paris (44). On retrouve également les infirmiers de l'association Asalée dans le rôle de coordinateur du réseau RÉPPOP (33), et même du réseau ICOPE (45). Cette expérimentation ICOPE au sein d'une MSP a favorisé l'implication des patients, cependant il faut noter que le programme ICOPE ne fait pas partie des prérogatives des infirmiers Asalée pour le moment.

Il nécessite un financement dédié. Par exemple, les MSP perçoivent un montant forfaitaire pour la coordination des soins entre professionnels de santé (46).



## 2. La coordination à l'international

Nous manquons d'études sur la mise en pratique des soins intégrés, en France comme à l'international. Il serait notamment utile d'étudier un des facteurs essentiels à la bonne mise en place de soins intégrés : la coordination et la communication entre les intervenants (47,48).

Les programmes de soins intégrés à l'international sont également constitués d'une équipe pluriprofessionnelle avec le plus souvent un médecin généraliste, un infirmier, un kinésithérapeute, et un travailleur social (49).

On peut citer de nombreux soins intégrés comprenant un médecin généraliste : soins aux personnes âgées en Angleterre « Embrace » (50), soins aux personnes diabétiques en Australie (51), soins intégrés aux personnes âgées SIPA à Montréal (23,47), la prise en charge de la fragilité au Royaume-Uni (31), les soins intégrés aux personnes âgées au Wisconsin aux USA (47), ...

Un autre professionnel que le médecin généraliste est également envisagé à l'international pour assurer la coordination (52). Un financement dédié peut être alloué à la coordination, comme dans certains pays de l'OCDE dont Israël, Mexique, ou le Royaume-Uni (53).

Ce professionnel dédié à la coordination des soins intégrés peut endosser plusieurs noms : un « professionnel pivot » (31), un « community matron » (31), ou encore un « gestionnaire de cas ». Ce dernier est régulièrement cité dans les études sur les soins intégrés aux personnes âgées (54). Dans le programme « Embrace » en Angleterre, le gestionnaire de cas assure les visites régulières de suivi, guide sur les aides financières et sociales, et permet une relation de confiance pour motiver aux changements (50). Une étude auprès des gestionnaires de cas de la Commission for Case Manager Certification (CCMC) confirme les missions de recherche de ressources, communication entre les partenaires, entretiens de suivi, et respect des normes d'accréditation (55). Ces points sont essentiels à une bonne coordination au sein du programme ICOPE.

Ce métier est souvent assuré par un infirmier ou un travailleur social de formation initiale (50,54). On retrouve des infirmiers en tant que coordinateurs de soins intégrés aux USA, en Angleterre, en Australie, au Canada, ... (31,44,55). En Angleterre, « Embrace » a pu utiliser

des travailleurs sociaux qui apportaient leur expertise dans le social et les cas complexes (50). Dans certains cas, des non professionnels de santé sont envisagés : en effet, il a pu être difficile pour les infirmiers et travailleurs sociaux de ne pas endosser les missions de leur profession d'origine et de ne se dédier qu'à la coordination (31,43,44,55,56).

### 3. La coordination dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE en France

Pour une mise en place efficiente des étapes 3 et 4 du programme ICOPE en France, il paraît nécessaire de réfléchir aux acteurs locaux qui pourront soutenir le projet et la mise en place de coordination entre les intervenants. Une proposition se dégage d'après les recommandations OMS lors de l'élaboration du programme ICOPE, la bibliographie réalisée sur les soins intégrés en France et à l'international, les premiers résultats de l'expérimentation ICOPE en France, et les résultats de notre étude.

Après les premières étapes de dépistage et évaluation approfondie, le plan de soins personnalisé sera élaboré par une équipe pluriprofessionnelle. Cette équipe devrait comprendre au minimum le médecin généraliste du patient, et un infirmier. Cet échange semblerait facilité au sein des MSP. En effet, l'expérimentation PAERPA a mis en lumière la MSP comme terrain privilégié puisque travaillant déjà autour de projets pluriprofessionnels, avec des réunions de concertation pluriprofessionnelle déjà en place (35).

Un référent ICOPE local serait souhaitable, idéalement un gériatre. Il permettrait de faire le lien avec l'hôpital local, ou le CHU référent pour les cas complexes. Ce référent est demandé par 44% des médecins de notre étude. Il est envisagé par les équipes ICOPE de Toulouse (11). D'ailleurs, un médecin référent coordinateur au sein du réseau RÉPPOP a facilité l'implication des médecins généralistes (32,33).

Ce projet pourrait s'inscrire au sein des CPTS locales. En effet, leurs missions résident notamment dans la coordination des professionnels de santé, en ambulatoire et en milieu hospitalier, pour améliorer le parcours de soins d'un patient (46,57). On observe déjà une mobilisation des CPTS toulousaines, puisqu'elles ont permis d'améliorer la communication autour du programme ICOPE dans notre étude.

Enfin, le programme ICOPE devrait s'intégrer aux structures de coordination de soins aux personnes âgées existantes. Selon les territoires, on retrouve les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui), la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie), les CTA (Coordination Territoriale d'Appui pour les PAERPA), et les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination). À ce jour, les DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) émergent et sont destinés à regrouper toutes ces structures afin de faciliter les démarches et réunir un système de soins fragmenté aux yeux des patients (58).

Il existe donc une nécessité d'intégration horizontale, entre les professionnels de santé autour du patient, mais aussi d'intégration verticale, entre les soins ambulatoires et l'hôpital, et avec les institutions. Cet enjeu a été mis en lumière lors de l'expérimentation PAERPA (29). Pour ce faire, la Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) pour élaborer le plan de soins semble tout indiquée. De plus, la présence d'un professionnel dédié à la coordination apparaît nécessaire.

## D. LES FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

### 1. Les forces

Notre étude apparaît essentielle pour la suite du programme ICOPE. Un programme de soins intégrés développé à l'international doit être adapté pour s'inscrire dans le système de soins français actuel. Ainsi, l'implication des médecins généralistes a toute son importance pour la pérennité du programme.

On retrouve un fort taux de participation, pour rappel 43% des médecins généralistes interrogés. De plus, les médecins généralistes répondants sont des médecins concernés par le programme, puisque leur sélection s'est faite à partir de patients inclus dans le programme ICOPE. Le biais de participation est faible, car seulement 26% avaient déjà suivi une formation complémentaire en santé de la personne âgée.

### 2. Les limites

Nous pouvons noter quelques limites à ce travail de recherche, notamment au niveau de la population étudiée.

L'effectif de la population étudiée est de 39 médecins, ce qui a pu entraîner un manque de puissance lors des statistiques analytiques. De plus, les médecins interrogés exercent exclusivement en zone urbaine.

La conception de l'étude explique ces biais : nous avons interrogé les médecins généralistes suivant les patients de la cohorte d'étude Derche et al. (17) afin de cibler des médecins avec un patient inclus jusqu'aux étapes 3 et 4. La population source de 103 médecins était faible, donc l'échantillon répondant s'est retrouvé limité malgré un fort taux de participation. Les patients de l'étude Derche et al. étaient suivis par le CHU de Toulouse, leurs médecins généralistes étaient donc installés dans la région toulousaine ce qui explique le biais urbain.

Concernant l'élaboration du questionnaire, il aurait été intéressant de recueillir directement l'avis des médecins généralistes sur l'existence d'un coordinateur local du programme ICOPE. Cette question serait intéressante lors d'études à plus grande échelle, pour confirmer les pistes d'amélioration retrouvées dans la littérature.

## E. OUVERTURES ET PERSPECTIVES

Afin de mieux évaluer le programme ICOPE en France, il serait nécessaire de réaliser une étude à plus grande échelle. Nous pouvons espérer qu'à l'avenir, avec l'expansion du programme, nous pourrions évaluer plus de patients notamment en milieu rural.

De plus, des études sur le métier de coordinateur au sein d'un programme de soins intégrés seraient utiles au déploiement du programme ICOPE. Elles permettraient de répondre à plusieurs questions en suspens : quel métier d'origine est le plus adapté ? quel financement serait possible ? quelles missions ?

À mon avis, d'après les résultats de cette étude et des recherches bibliographiques, il existe des leviers prioritaires pour favoriser l'implication des médecins généralistes dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE. Il faudrait cibler les médecins généralistes potentiellement intéressés, et les convaincre de l'efficacité du programme. La mise en place d'un coordinateur par réseau de proximité serait nécessaire. Enfin, exploiter les réseaux de coordination existants faciliterait le déploiement du programme ICOPE.

Il faudra garder à l'esprit que le patient reste l'acteur clé de ce programme ICOPE. Les résultats de l'étude de Derche et al. (17) corroborent ces faits : le principal motif de non suivi des recommandations du plan de soins était le refus du patient. D'autres études sur la prévention en santé de la personne âgée retrouvent cette notion de compliance du patient âgé et du rôle important de sa perception sur l'intervention (59,60).

Enfin, la mise en place d'un tel programme prendra du temps. La prise en charge coordonnée des soins de prévention nécessite un changement de paradigme, et ce à grande échelle (31,61).

## V. CONCLUSION

Afin de garantir un vieillissement réussi et prévenir la dépendance, l'OMS propose la mise en place de soins intégrés avec le programme ICOPE. L'expérimentation en cours au niveau de l'Occitanie grâce au Gérontopôle de Toulouse est prometteuse. Les premiers résultats montrent que les plans de soins personnalisés proposés sont globalement suivis par les patients. Il reste cependant à déterminer comment sa mise en place en soins primaires peut être pérenne, notamment lors de l'élaboration du plan de soins (étape 3) et de son suivi (étape 4). Ce travail de recherche a cherché à déterminer l'implication des médecins généralistes de la région toulousaine dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE, et comment l'améliorer.

Une minorité de médecins généralistes a pris part à l'élaboration et au suivi du plan de soins personnalisé des patients inclus dans le programme ICOPE. Ils sont pourtant une majorité à estimer avoir leur place dans ces étapes.

Afin d'améliorer l'adhésion des médecins généralistes, il serait utile d'améliorer la communication autour de l'efficacité du programme, d'optimiser le travail en équipe, et de cibler les médecins intéressés.

Le système de santé actuel est complexe et fragmenté, notamment concernant la santé de la personne âgée. La question de la coordination des soins se pose, à l'image des autres programmes de soins intégrés de prévention en France et à l'international. Cette tâche pourrait être déléguée à un autre professionnel que le médecin généraliste, afin de l'alléger d'un temps administratif. De plus, un référent ICOPE local permettrait d'améliorer la diffusion du programme dans les zones rurales éloignées d'un CHU.

Enfin, implanter le programme ICOPE au sein des structures existantes permettrait d'optimiser sa diffusion et la participation des médecins généralistes. Les structures facilitatrices identifiées semblent être les MSP, les CPTS, et les DAC.

Toulouse, le 13 mai 2024

Lu et Approuvé  
Toulouse le 12/05/2024  
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Vu, permis d'imprimer,  
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS



## VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Vieillissement [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/ageing>
2. OMS. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. INSEE. Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935 [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
4. SPF. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perte-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>
5. CNEG. Comprendre le vieillissement - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000018>
6. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 4 juin 2023]. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
7. CNEG. Appréhender la complexité du patient âgé - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/book/3-s2.0-B978229477022700002X>
8. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol Ser A*. 10 nov 2018;73(12):1653-60.
9. OMS. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. 2023 [cité 6 juin 2023]. Manuel: Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/publications/manuel-conseils-sur-levaluation-et-les-filieres-axees-sur-la-personne-dans-les-soins>
10. ARS Occitanie. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. 2023 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>
11. 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*. 2021;10(2):103-9.
12. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 15 juin 2023]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

13. Belmin J. La prévention gérontologique basée sur la fragilité : quels résultats ? Bull Académie Natl Médecine. 1 août 2022;206(7):863-71.
14. González-Bautista E, de Souto Barreto P, Andrieu S, Rolland Y, Vellas B, MAPT/DSA group (members are listed under 'Contributors'). Screening for intrinsic capacity impairments as markers of increased risk of frailty and disability in the context of integrated care for older people: Secondary analysis of MAPT. Maturitas. août 2021;150:1-6.
15. Tavassoli N, de Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, de Kerimel J, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. Lancet Healthy Longev. juin 2022;3(6):e394-404.
16. Ranarijhon-Ramamonjisoa C, Delrieu J. Etude de validation de l'auto-évaluation de l'outil de dépistage ICOPE monitor dans le cadre de la prévention de la dépendance en soins primaires [Internet]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2022 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3725/>
17. Derche L, Darmon N, Berbon C, Takeda C, Bezombes V, Soto M-E, et al. Comment sont appliquées les recommandations du plan de soins et de prévention (PPSP) du programme ICOPE ? [Internet]. 2023 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://fragilite.org/>
18. Takeda C, Guyonnet S, Sumi Y, Vellas B, Araujo de Carvalho I. Integrated Care for Older People and the Implementation in the INSPIRE Care Cohort. J Prev Alzheimers Dis. 2020;7(2):70-4.
19. Chabasse E, Soto Martin M, Chicoulaa B. Gestion de l'alerte ICOPE par les médecins généralistes contactés pour leur patient dans le cadre de l'étape 1 du programme ICOPE [Internet]. France: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2022 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3958/>
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 22 mars 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
21. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
22. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 13 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
23. de Stampa M, Vedel I, Bergman H, Novella JL, Lapointe L. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines - PubMed [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi->



24. Calafiore M. Participation des Médecins généralistes aux programmes de soins intégrés destinés aux personnes âgées: exemple du projet PAERPA [Internet] [Thèse de doctorat]. [2022-...., France]: Université de Lille; 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2023ULILS037/document>
25. Ramez C. Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérent au PAERPA [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM051.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM051.pdf)
26. Kane RL, Homyak P, Bershadsky B. Consumer reactions to the Wisconsin Partnership Program and its parent, the Program for All-Inclusive Care of the Elderly (PACE). *The Gerontologist*. juin 2002;42(3):314-20.
27. Laffargue-Chochois A. Déterminants de la mobilisation des médecins généralistes et pédiatres libéraux dans la structuration de la prise en charge de l'obésité de l'enfant en Poitou-Charentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2018 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024682>
28. Fougère B, Vellas B, Andrieu S, Demougeot L, Cluzan C, Cesari M. Difficulties encountered and solutions provided in the implementation of a multidisciplinary intervention for the prevention of dependency in the older population in rural areas: the MINDED study. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2015;13(3):259-64.
29. Z O, D B, A P. Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ? *Quest Déconomie Santé Irdes* [Internet]. 15 nov 2020 [cité 21 mars 2024];(252). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>
30. Corral Gudino L, Rodríguez Arroyo LA, Zorita-Viota Sánchez LM, en nombre de los grupos de trabajo para la integración de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo (GASBI). [Prioritisation of tools for integrated care: Local survey of health professionals' beliefs and expectations]. *Semergen*. 2018;44(8):530-6.
31. Michel L, Or Z. Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays.
32. Audibert M, Lavaud J. Vécu des Médecins Généralistes membres du RéPPOP Midi-Pyrénées, sur le réseau et la prise en charge de l'obésité infantile: étude qualitative auprès de 17 Médecins Généralistes [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Faculté des sciences médicales Rangueil (....-2017, France): Université Paul Sabatier; 2015.
33. Daubrée C, Mathieu H. Prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile via le RéPPOP38: étude qualitative sur les retours d'expériences des médecins généralistes membres et ex-membres du réseau en Isère [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04142543/document>

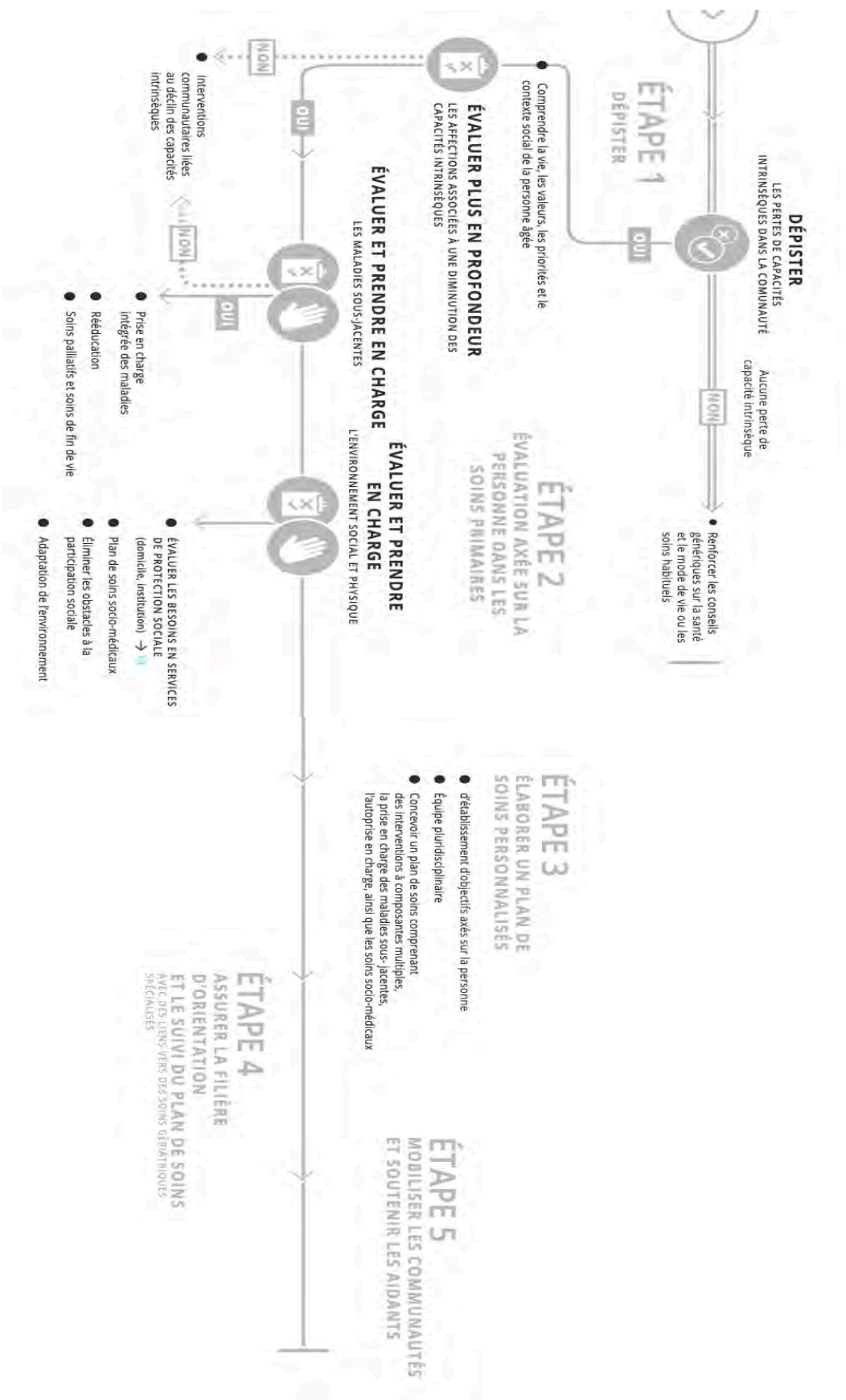
34. Gross DL, Temkin-Greener H, Kunitz S, Mukamel DB. The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Q.* 2004;82(2):257-82.
35. DREES. Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>
36. Wändell PE, de Waard AKM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, de Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Fam Pract.* 23 juill 2018;35(4):383-98.
37. Parrou J. Évaluation de l'implication des médecins libéraux (généralistes et pédiatres) dans la prévention précoce du surpoids et de l'obésité de l'enfant de moins de 3 ans [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318627>
38. DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
39. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 21 mars 2024]. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
40. HCAAM. Publication de deux avis du HCAAM [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/publication-de-avis-hcaam>
41. DREES. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees>
42. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013;
43. Douze L, Martino CD, Calafiore M, Averlant L, Peynot C, Lotin M, et al. The Care Coordinator's Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National « Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy » Pilot Program. *Int J Integr Care.* 2022;22(2):2.
44. Opening the black box of clinical collaboration in integrated care models for frail, elderly patients - PubMed [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22961463/>

45. Aubry JF. Intégration du programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) en soins primaires au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Université de Lorraine; 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED\\_T\\_2023\\_1081\\_AUBRY\\_JEAN\\_FRANCOIS.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2023_1081_AUBRY_JEAN_FRANCOIS.pdf)
46. Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, et al. France: Health System Review. *Health Syst Transit*. juill 2023;25(3):1-276.
47. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit*. déc 2011;25 Suppl 2:138-46.
48. Murtagh S, McCombe G, Broughan J, Carroll A, Casey M, Harrold A, et al. Integrating Primary and Secondary Care to Enhance Chronic Disease Management: A Scoping Review - PubMed [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.gorgone.univ-toulouse.fr/33613136/>
49. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 7 avr 2018;8(4):e021194.
50. Uittenbroek R, Van Der Mei S, Slotman K, Reijneveld S, Wynia K. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace - PubMed [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.gorgone.univ-toulouse.fr/30439971/>
51. Russell AW, Baxter KA, Askew DA, Tsai J, Ware RS, Jackson CL. Model of care for the management of complex Type 2 diabetes managed in the community by primary care physicians with specialist support: an open controlled trial. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. sept 2013;30(9):1112-21.
52. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med*. 19 avr 2005;142(8):700-8.
53. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care | en | OECD [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/health/realising-the-potential-of-primary-health-care-a92adee4-en.htm>
54. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1 juin 2017;29(3):327-34.
55. Park EJ, Huber DL, Tahan HA. The evidence base for case management practice. *West J Nurs Res*. oct 2009;31(6):693-714.
56. The Care Coordinator's Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National « Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy » Pilot Program - PubMed [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.gorgone.univ-toulouse.fr/33613136/>

57. HCAAM. Avis et Rapport du Hcaam - Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>
58. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 15 avr 2024]. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
59. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mars 2024]. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees)
60. Escourrou E. Perception du risque de perte d'autonomie par les personnes âgées: étude qualitative dans le cadre du projet pilote national PAERPA sur le territoire pilote des Hautes-Pyrénées (65) [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Faculté des sciences médicales Rangueil (....-2017, France]: Université Paul Sabatier; 2015.
61. Curry N, Harris M, Gunn LH, Pappas Y, Blunt I, Soljak M, et al. Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation. *Int J Integr Care*. 2013;13:e027.

## VII. ANNEXES

### Annexe 1 : filière de soins de la personne dans le programme ICOPE



## Annexe 2 : questionnaire de l'étude

### **Partie 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés**

**Q1** : Quel est votre âge ? (Réponse libre)

**Q2** : Quel est votre genre ? (Question à Choix Unique)

- Femme
- Homme

**Q3** : Dans quel milieu exercez-vous ? (Question à Choix Unique)

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

**Q4** : Quel est votre mode d'exercice ? (Question à Choix Multiples)

- Cabinet seul
- Cabinet avec associés ou collaborateurs
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

**Q5** : Exercez-vous au sein d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q6** : Avez-vous une formation complémentaire en santé de la personne âgée et gériatrie ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q6-2\*** : Si oui, de quelle formation s'agit-il ? (Question à Choix Multiples) (Question facultative)

- DU de gériatrie
- Capacité de gériatrie
- Congrès
- Formation ICOPE
- Autre : ...

### **Partie 2 : A propos du programme ICOPE**

**Q7** : Connaissez-vous le programme ICOPE ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q7-2\*** : Si oui, comment l'avez-vous connu (par un patient, une communication ICOPE au sujet d'un patient, un collègue soignant, un flyer, une communication de la CPTS, lors d'une formation complémentaire, autre) ? (Réponse libre) (Question facultative)

**Q8** : Avez-vous déjà participé personnellement à l'étape 1 ICOPE de dépistage pour un patient âgé ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q8-2\*** : Si oui, combien de patients ont été dépistés par vos soins ? (Question à Choix Unique) (Question facultative).

- Moins de 5
- Entre 5 et 19
- Plus de 20
- Je ne sais pas

**Q9** : Avez-vous déjà participé personnellement à l'étape 2 ICOPE d'évaluation approfondie pour un patient âgé ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q9-2\*** : Si oui, combien de patients ont reçu une évaluation approfondie par vos soins ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- Moins de 5
- Entre 5 et 19
- Plus de 20
- Je ne sais pas

### **Partie 3 : Participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 3)**

**Q10** : Avez-vous été informé du plan de soins personnalisé élaboré pour vos patients inclus dans le programme ICOPE ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q11** : Avez-vous participé activement à l'élaboration de plan de soins personnalisé pour un patient âgé dans le cadre du programme ICOPE ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non (Si non : les questions suivantes Q11\* ne vous concernent pas)

**Q11-2\*** : Si oui, à combien de plans de soins personnalisé avez-vous participé ? (Question à Choix Unique) (Question facultative).

- Moins de 5
- Entre 5 et 19
- Plus de 20
- Je ne sais pas



**Q11-3\*** : Si vous avez déjà participé à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé dans le cadre d'ICOPE, l'avez-vous fait en collaboration avec un autre soignant ? Si oui, le(s)quel(s) ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- IDE (infirmier diplômé d'état)
- Kinésithérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Diététicien
- Médecin
- Pas de collaboration avec un autre soignant
- Autre : ...

**Q11-4\*** : Si vous avez déjà participé à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé dans le cadre d'ICOPE, une négociation avec le patient a-t-elle été réalisée ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- Oui
- Non

#### **Partie 4 : Participation au suivi du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 4)**

**Q12** : Avez-vous été informé du suivi du plan de soins personnalisé pour vos patients inclus dans le programme ICOPE ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non

**Q13** : Avez-vous participé activement au suivi du plan de soins personnalisé pour un patient âgé dans le cadre du programme ICOPE ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non (Si non : les questions suivantes Q13\* ne vous concernent pas)

**Q13-2\*** : Si oui, combien de plans de soins personnalisé avez-vous suivi ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- Moins de 5
- Entre 5 et 19
- Plus de 20
- Je ne sais pas

**Q13-3\*** : Si vous avez déjà participé au suivi d'un plan de soins personnalisé d'ICOPE, l'avez-vous fait en collaboration avec un autre soignant ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- IDE (infirmier diplômé d'état)
- Kinésithérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Diététicien



- Médecin
- Pas de collaboration avec un autre soignant
- Autre : ...

**Q13-4\*** : Si vous avez déjà participé au suivi d'un plan de soins personnalisé d'ICOPE, une négociation avec le patient a-t-elle été nécessaire ? (Question à Choix Unique) (Question facultative)

- Oui
- Non

**Q13-5\*** : Si vous avez déjà participé au suivi d'un plan de soins personnalisé d'ICOPE, avez-vous ressenti une meilleure adhésion du patient pour un ou plusieurs domaine(s) ? (Question à Choix Multiples) (Question facultative)

- Cognition
- Psychologie
- Motricité
- Nutrition
- Vision
- Audition

**Q13-6\*** : Si vous avez déjà participé au suivi d'un plan de soins personnalisé d'ICOPE, avez-vous ressenti une mauvaise adhésion du patient pour un ou plusieurs domaine(s) ? (Question à Choix Multiples) (Question facultative)

- Cognition
- Psychologie
- Motricité
- Nutrition
- Vision
- Audition

#### **Partie 5 : Ressenti et pistes d'amélioration**

**Q14** : Estimez-vous que le programme ICOPE a un intérêt pour retarder l'entrée dans la fragilité et la dépendance des personnes âgées ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q15** : Estimez-vous que le médecin généraliste a sa place lors de l'élaboration du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 3) ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q16** : Estimez-vous que le médecin généraliste a sa place lors du suivi du plan de soins personnalisé d'ICOPE (étape 4) ? (Question à Choix Unique)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q17** : Quel(s) moyen(s) de communication vous semble(nt) le(s) plus adapté(s) pour être informé du plan de soins personnalisé et de son suivi pour vos patients ? (Question à Choix Multiples)

- Par téléphone
- Par mail
- Par messagerie sécurisée
- Par courrier postal
- En consultation avec le patient
- Autre ...

**Q18** : Quels freins identifiez-vous à votre participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé et à son suivi dans le cadre du programme ICOPE ? (Question à Choix Multiples)

- Le manque de temps
- La rémunération (pour rappel, 25€ la réunion de concertation entre professionnels pour élaborer le plan de soins, et 25€ les entretiens de suivi)
- L'incertitude personnelle en tant que médecin sur l'efficacité attendue
- Le manque de motivation du patient
- La méconnaissance de la marche à suivre
- La charge de travail supplémentaire
- Le manque d'accès aux autres intervenants (professionnels paramédicaux, médecins spécialistes d'organes)
- Autre : ...

**Q19** : Quelles améliorations identifiez-vous pour favoriser votre participation à l'élaboration du plan de soins personnalisé et à son suivi dans le cadre du programme ICOPE ? (Questions à Choix Multiples)

- Le moyen de communication utilisé
- Une formation spécifique
- Des documents guidant l'élaboration d'un plan de soins personnalisé
- Une information plus large sur ce programme auprès des professionnels de santé
- Une information plus large sur ce programme auprès des patients
- Un accès facilité à certains professionnels de santé
- Un référent ICOPE local
- Autre : ...

Si les résultats de cette étude vous intéressent, vous pouvez communiquer **vos coordonnées mail** pour recevoir la synthèse de ce travail de recherche.  
(Réponse libre) (Question facultative)

**Annexe 3** : inscription dans le Tableau d'enregistrement Recherche et thèses pour conformité CNIL



**Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III**  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**Mme SALESSES Daphnée**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 29/09/2023

sous le numéro : **2023SD115**

Fait à Toulouse, le 01/10/2023

  
Pr P. BOYER

---

**TITRE : IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION TOULOUSAINNE DANS LES ÉTAPES 3 ET 4 DU PROGRAMME ICOPE**

Introduction : Le programme ICOPE de l'OMS vise à prévenir la fragilité et la perte d'autonomie. Il s'adresse aux personnes de plus de 60 ans autonomes. L'Occitanie fait partie des régions pilotes pour expérimenter le programme en France, notamment par le Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Objectifs : Déterminer l'implication des médecins généralistes de la région toulousaine dans l'élaboration du plan de soins personnalisé (étape 3) et le suivi du plan de soins (étape 4) du programme ICOPE, leurs freins et les pistes d'amélioration.

Méthode : L'étude est quantitative descriptive et transversale, par questionnaire aux médecins généralistes suivant les seniors inclus les étapes 3 et 4 du programme ICOPE d'une cohorte toulousaine.

Résultats : Le taux de participation est de 43%. L'implication des médecins généralistes dans le programme ICOPE est faible : 10% à l'étape 3, et 21% à l'étape 4. La communication autour du programme est bonne : 92% des médecins connaissent ICOPE. Ils sont une majorité à estimer avoir leur place dans le programme, mais seuls 38% sont convaincus de l'efficacité du programme. Les principaux freins à leur participation sont : le manque de temps (87%), et la méconnaissance de la démarche (38%). Les principales pistes d'amélioration soulevées sont : un référent ICOPE local (44%), de la documentation sur la démarche à suivre (41%), et plus d'information auprès des professionnels de santé (41%).

Conclusion : L'implication des médecins généralistes reste trop faible dans les étapes 3 et 4 du programme ICOPE. Afin d'étendre leur participation, il serait intéressant d'améliorer la communication autour de l'efficacité du programme, et de limiter le temps administratif grâce à un coordinateur de proximité.

**Mots-Clés** : programme ICOPE, prévention, personne âgée, médecine générale, coordination

---

**TITLE: THE INVOLVMENT OF GENERAL PRACTITIONERS FROM THE TOULOUSE REGION IN STAGES 3 AND 4 OF THE ICOPE PROGRAM**

Introduction: The WHO's ICOPE program aims to prevent frailty and loss of autonomy. It targets autonomous individuals over 60 years old. Occitanie is one of the pilot regions in France to experiment with the program, notably through the Gerontopole of the University Hospital of Toulouse.

Objectives: To determine the involvement of general practitioners in the Toulouse region in the development of the personalized care plan (step 3) and the follow-up of the care plan (step 4) of the ICOPE program, their barriers, and areas for improvement.

Method: The study is a descriptive, cross-sectional quantitative analysis conducted through a questionnaire administered to general practitioners following seniors included in steps 3 and 4 of the ICOPE program from a cohort in Toulouse.

Results: The participation rate is 43%. The involvement of general practitioners in the ICOPE program is low: 10% at step 3 and 21% at step 4. Communication about the program is good: 92% of doctors are aware of ICOPE. A majority of them believe they have a role in the program, but only 38% are convinced of its effectiveness. The main barriers to their participation are: lack of time (87%) and unfamiliarity with the process (38%). The main areas for improvement identified are: a local ICOPE contact person (44%), documentation on the process to follow (41%), and more information for healthcare professionals (41%).

Conclusion: The involvement of general practitioners remains too low in steps 3 and 4 of the ICOPE program. To increase their participation, it would be beneficial to improve communication about the program's effectiveness and to reduce administrative time through a local coordinator.

**Keywords**: ICOPE program, prevention, older people, general practice, coordination.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE