



HAL
open science

Évaluation de la satisfaction des médecins généralistes lozériens concernant l'accessibilité et les apports de l'hôpital de jour gériatrique diagnostique de l'hôpital Lozère dans leur pratique quotidienne (1er bilan après 2 ans de fonctionnement)

Agnès Peltier

► To cite this version:

Agnès Peltier. Évaluation de la satisfaction des médecins généralistes lozériens concernant l'accessibilité et les apports de l'hôpital de jour gériatrique diagnostique de l'hôpital Lozère dans leur pratique quotidienne (1er bilan après 2 ans de fonctionnement). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03121535

HAL Id: dumas-03121535

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03121535>

Submitted on 26 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Agnès PELTIER

Le 17 novembre 2020

**EVALUATION DE LA SATISFACTION DES MEDECINS
GENERALISTES LOZERIENS CONCERNANT L'ACCESSIBILITE
ET LES APPORTS DE L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE
DIAGNOSTIQUE DE L'HOPITAL LOZERE DANS LEUR
PRATIQUE QUOTIDIENNE
(1^{er} BILAN APRES 2 ANS DE FONCTIONNEMENT).**

Directrice de thèse : Dr Bernadette NOUVEL-CHARMASSON

Co-directrice de thèse : Dr Pascale JAMET

JURY

Président :

Professeur Philippe LAMBERT : Professeur des Universités - Médecine générale

Assesseurs :

Professeur Claude JEANDEL : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Gériatrie

Docteur Marc GARCIA : Professeur associé - Médecine Générale

Docteure Bernadette NOUVEL-CHARMASSON, gériatre

Membre invité : Docteure Pascale JAMET, médecin généraliste

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Agnès PELTIER

Le 17 novembre 2020

**EVALUATION DE LA SATISFACTION DES MEDECINS
GENERALISTES LOZERIENS CONCERNANT L'ACCESSIBILITE
ET LES APPORTS DE L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE
DIAGNOSTIQUE DE L'HOPITAL LOZERE DANS LEUR
PRATIQUE QUOTIDIENNE
(1^{er} BILAN APRES 2 ANS DE FONCTIONNEMENT).**

Directrice de thèse : Dr Bernadette NOUVEL-CHARMASSON

Co-directrice de thèse : Dr Pascale JAMET

JURY

Président :

Professeur Philippe LAMBERT : Professeur des Universités - Médecine générale

Assesseurs :

Professeur Claude JEANDEL : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Gériatrie

Docteur Marc GARCIA : Professeur associé - Médecine Générale

Docteure Bernadette NOUVEL-CHARMASSON, gériatre

Membre invité : Docteure Pascale JAMET, médecin généraliste

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury

Monsieur le Professeur LAMBERT

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir accepté de juger ce travail qui clôture une première décennie d'apprentissage. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité bienveillante.

Monsieur le Professeur JEANDEL

Merci d'avoir accepté de juger ce travail pour lequel vos travaux ont grandement participé à l'engouement que j'ai eu à le réaliser. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur GARCIA

Je vous remercie de vous intéresser à mon travail et d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude la plus sincère.

Madame la Docteure NOUVEL-CHARMASSON

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, permettant ainsi qu'il démarre enfin. Mon admiration pour ton savoir et pour ta personne est immense. Toujours disponible et attentive aux autres, remplie d'abnégation et ne comptant pas tes heures : tu mérites la reconnaissance et le respect et je souhaite de tout cœur qu'on te les accorde pleinement, actant ainsi que, sans toi, la gériatrie en Lozère ne serait qu'une vague rumeur. Je n'ose imaginer le courage nécessaire pour continuer et j'espère que tu trouveras du sens et de l'énergie, encore. Mais avant tout je te souhaite de prendre soin de toi aussi bien que tu prends soins des autres.

Madame la Docteure JAMET

Telle la grande sœur que je n'ai jamais eue, modèle, tu m'as guidée ces 6 dernières années. Le compagnonnage avec toi a pris tout son sens. Marcher dans tes pas serait un honneur et pas uniquement comme médecin, comme être humain. Tes valeurs et tes expériences m'éclairent au quotidien, ta patience et ton dévouement me sauvent si souvent. Tu attends avec bienveillance et douceur que je grandisse, me laissant mes illusions tant que je peux les savourer. Merci d'avoir accepté de co-encadrer ce travail : tu m'as ouvert la porte sur ce monde étranger. Merci pour tout le temps que tu m'as consacré. Nous ne serons plus voisines mais je tiens tant à te garder dans ma vie. J'espère que ta nouvelle vie sera en accord avec tes valeurs, qu'elle te rendra heureuse et

que tes priorités seront comblées. Et je te souhaite d'être ta priorité (avec Crevette et papa panda que je remercie de t'avoir « prêtée » pour ce travail). Спасибо большое, старшая сестра.

Remerciements à mes professeurs, pairs, collègues et amis

J'ai eu la chance de croiser des enseignants d'une immense qualité, trois d'entre eux m'auront marquée pour toujours. **Mr Rimasson**, mon professeur de Russe, qui a illuminé les périodes les plus tristes. **Mme Cousot**, ma professeur de Français et **Mr Languille**, mon professeur d'Anglais, votre pédagogie était époustouflante, tout ce que je sais de vos disciplines je vous le dois, et plus encore.

De mon externat, je garde un souvenir particulier de certains professeurs. **Pr Rigoard**, atypique, empreint de génie et pourtant si abordable. **Pr Meurice**, merci pour vos enseignements structurés. **Pr Oriot** et notre regretté **Pr Scepi**, votre sens de la pédagogie et votre soutien m'ont particulièrement marqués. **Pr Paccalin**, pour mon appétence pour la gériatrie. **Dr Scepi**, votre manière d'exercer la médecine générale est particulièrement pourvoyeuse de vocations.

Mon internat a été l'occasion de si belles rencontres et le compagnonnage a alors pris tout son sens. **Michel**, ta gentillesse et tes connaissances m'abasourdissent, tu m'as montré que l'on peut toujours garder « le feu sacré », avec **Laurence** et **Guillaume**, vous m'avez accueillie dans vos vies avec bienveillance, vous voir est ressourçant, vous êtes des phares dans la nuit, des piliers et votre vision de la vie, de la politique, de la médecine me réconfortent toujours. Merci. **Dr Soulié** qui m'a ouvert aux soins palliatifs. **Les médecins des urgences de Mende**, travailler avec vous a été si enrichissant. **Dr Van Ooertegem** et **Dr Prunel** pour vos avis et votre gentillesse. **Dr Duvnjak** qui m'a appris la prise en charge en long séjour, et la gestion de la souffrance des équipes para-médicales. **Dr Pinel**, tu m'as appris le goût du dépassement. **Dr Granel**, votre gestion des relations en cabinet était très instructive. **Dr Douksi**, ta résilience et ta gentillesse sont des modèles. Une pensée affectueuse pour **Marie-Caroline et Vincent**, ce fut très agréable de travailler avec vous, cet hôpital a beaucoup de chance de vous avoir. Merci aussi aux médecins qui m'ont accordé leur confiance pour les remplacer.

Merci également à **Isabelle** et **Sylvie**, le métier de secrétaire en médecine générale n'est pas une sinécure et pourtant vous gardez une bienveillance à toute épreuve. Merci aux équipes paramédicales de l'UCC de Nîmes, des urgences, de médecine A, de pédiatrie et du SSR de Mende. J'ai tant appris auprès de vous, nuit et jour. Vous êtes les piliers de ce navire qui prend l'eau de toute part. Un merci particulier à **l'équipe de médecine gériatrique et de l'hôpital de jour gériatrique de Mende**, vous m'avez accompagnée de mon premier jour d'internat jusqu'à

la fin de la rédaction de cette thèse. Vous y êtes pour beaucoup dans ce que je suis devenue. Cette année 2020 a été particulière, je n'y serais pas parvenue sans vous. Merci pour votre soutien infaillible et votre confiance à toute épreuve (et il y en a eu !). Merci à **Vanessa**, notre chère secrétaire, ton aide pour réaliser les documents qui ont précédé ce travail a été précieuse. Ton amour pour ton métier, tes patients et ton équipe est époustouflant. Merci à **Audrey**, le travail que tu as fait pour créer l'HDJG était impressionnant et m'a beaucoup servi. Tu es une cadre excellente, pouponne bien et reviens vite. Merci à **Muriel**, l'infirmière d'HDJG, ton travail nous aide tant, ta douceur et ta gentillesse sont un réconfort. Merci à **Florence**, notre ergothérapeute : tes conseils professionnels et humains sont toujours riches. Merci à **Marion**, notre neuropsychologue, c'est toujours un plaisir de s'entretenir avec toi. Merci aussi à **Yohan, Coralie, Amandine** (et tes p'tits bouts), **Fanny, Clémence, Laurent, Sophie, Céline, Mario, Manu, Sylvia, Fabienne, Anaïs, Laurence, Marie-Pierre et Hélène**. Vous faites un travail épatant pour les patients âgés lozériens. Vos compétences sont si précieuses pour ce département, je pense que personne ne réalise à quel point votre travail est de qualité. J'espère que cette thèse vous apportera des éléments utiles pour poursuivre et faire valoir votre légitimité. Parmi vous tous, des amitiés sont nées et j'espère les garder bien longtemps. D'ailleurs, je dis encore « nous » ... car ce n'est peut-être qu'un au-revoir.

A **Bastien**, co-interne et collègue. Assez incroyable que nos parcours se soient tant croisés. Travailler avec toi était une aubaine, je n'aurais jamais pu faire tout ça sans toi. Merci et, à mon avis, à bientôt en Lozère. A **Souheyla**, je t'ai vu devenir une (presque) gériatre épatante. Ta combativité, ta résilience sont surhumaines. Je suis contente que tu restes dans ce service qui, au fil des mois, est devenu le tien. Telle une maman lionne, je sais que tu te battras pour tes équipes et tes patients... ne t'y perds pas trop. Je te souhaite d'être très heureuse dans la vie qui se profile pour toi.

A mes amis de Tahiti,

Charlotte, mon acolyte. Je suis tellement ravie pour toi que tu sois heureuse avec Pol et Enola. Je t'aime et je souhaite te garder pour toujours dans ma vie. **Alexandre**, mon si cher ami, je te souhaite tant de bonheur, tu es exceptionnel. **Maimiti**, ce road-trip à travers les Etats-Unis était incroyable. Merci pour tous ces moments de vie extraordinaires. **Florian**, malgré le temps et la distance c'est toujours aussi agréable d'échanger avec toi. **Marania**, depuis le brevet des collègues jusqu'aux ECN nous avons toujours affronté ces moments côte à côte. Se suivre toutes ces années était si agréable. Tu me manques et je te souhaite d'être heureuse entourée de ta famille sur ton île.

A mes amis d'externat,

Camille, tu as illuminé deux années si sombres. **Aurélie**, depuis la P1 et jusqu'à l'internat de médecine générale à Montpellier je t'ai vu devenir une femme épanouie, un très bon médecin et une maman heureuse, cela me ravit. **Carine**, ta façon de prendre la vie m'a toujours épatée, tu es rayonnante, je te souhaite de poursuivre un chemin parsemé de joies.

Les « princesses » : **Laura, Morgane, Nelly, Aurore** et **Anne-Laure**. Depuis ce stage au Burkina vous tenez une place à part dans ma vie, vous êtes des femmes exceptionnelles, fortes, brillantes et atypiques, c'est toujours un ravissement de passer du temps avec vous. Une pensée, également, pour nos amis et collègues burkinabés.

A la « team Marennnes », vous connaître a été la plus grande joie de mon externat, grandir avec vous dans la vie de « village » que l'on s'était inventée était incroyable. Des années riches qui me laissent un souvenir doux. Cet automne 2020 aura été le défilé des Thèses, j'espère que nous pourrons les fêter tous ensemble. J'espère surtout vous garder pour toujours dans ma vie. Je vous aime. **Alan**, mon Poulet, toujours prête pour un rock avec toi, tu me manques et j'espère te voir souvent à nos Noëls. **Amaury**, homme du WEI et de MedGame, homme de la fête et du savoir, je te souhaite une très belle vie de famille avec **Eline** et **Lou** qui viennent si agréablement compléter notre « groupe ». **Clément**, aussi génial en médecine qu'en musique, ta culture est époustouflante, tu es une si belle personne, je suis ravie que tu aies trouvé ton bonheur avec **Salomé**, un rayon de soleil pour nous tous, mes chaleureuses amitiés à tes parents. **Elsa**, et dire que nous passions le bac ensemble sans le savoir, depuis le tutorat de biochimie tu as toujours été une amie précieuse, tu es une femme épatante et brillante, je te souhaite d'accéder à tous les bonheurs que tu souhaites. **François**, j'admire ta capacité à si bien exprimer tes idées, nous révélant à nous-mêmes nos propres révoltes encore à l'état de brouillon dans nos esprits, tes capacités d'adaptation de chaque instant sont impressionnantes, ta culture également, je te souhaite de savourer la vie que tu as construite avec **Laetitia** que c'est toujours un plaisir de voir. **Laura**, tu as mis du liant dans nos vies toutes ces années, avec douceur et amour, toujours capable de percevoir ce qui ferait plaisir à l'autre, tu es brillante et pleine d'humanité, je te souhaite d'être très heureuse et de garder ta passion. **Léa**, ton honnêteté et ta clairvoyance sont rares et précieuses, te voir est toujours ressourçant et tu illumines partout où tu passes. **Pierre-Marie**, je te revois en P1 et je prends la mesure du chemin parcouru, ton caractère est si apaisant, à chaque fois que je découvre une parcelle de toi j'entrevois la richesse de ta personne. Je vous souhaite à tous les deux une vie pétillante et heureuse. **Olivier**, ton âme d'artiste et ton imagination débordante quand il s'agit de répandre le bonheur et la joie autour de toi font que tu

nous réserves toujours des moments de vie extraordinaires et hors du temps. **Théophile**, tes quêtes, tes projets et tes réflexions sur la vie m'enchangent. J'ai toujours pu trouver en toi un soutien infaillible. Je te souhaite une vie riche et inattendue et surtout un grand bonheur.

A mes amis d'internat,

Ma **Pauline**, « mamounette », depuis 6 ans tu es là pour moi, tu es une amie extraordinaire, une infirmière hors pair, tu as fait plus pour le recrutement dans cet hôpital et pour le bien-être des internes que n'importe qui (tu es la vraie DRH). Merci de m'avoir fait découvrir cette si belle région, merci pour tous ces repos de garde incroyables, merci pour ces vacances dépaysantes, merci pour ton soutien. Je te vois, enfin, tellement heureuse, si tu savais comme ça me ravit. Je te souhaite que cela dure toujours et je garderai en tête notre devise (ou je compte sur toi pour me la rappeler le cas échéant). **Fredo**, ta capacité à mener à bien tes projets de vie m'épate, ta manière de cerner les autres également, tel un grand frère ces années furent bien agréables en ta compagnie, je te souhaite une très belle nouvelle vie (jusqu'à la prochaine). **Cécile A.** c'est toujours une joie de partager des moments avec toi, je crois que la valeur de ta personne est encore bien sous-estimée. **Jaja**, ta philosophie de vie, ta bonne humeur et ta maturité sont toujours un enrichissement. **Nazih, Mous et Dorothée**, nos soirées me manqueront, vous avez bien souvent été mes rayons de soleil.

Marion B., toi avec qui j'ai fait la moitié de mon internat (et ce fameux concert d'ACDC au Stade de France), je t'ai vu trouver le bonheur et ce fut une grande joie, tu es une si belle personne, j'espère te garder dans ma vie (P.S. : merci pour l'inspiration de la citation). **Mailys**, ton parcours m'épate, tu es si forte, j'espère (notamment via la gériatrie) que nous nous reverrons souvent. **Anne-Charlotte**, tu as été la meilleure chef interne qu'il soit, tu es belle, pétillante et intelligente, sois en convaincue. **Elise**, « notre maman », c'est toujours un bonheur de te voir (et merci pour ton soutien particulier ces dernières semaines), ainsi que **Quentin**, dont j'admire l'enthousiasme. **Redha**, ton rire hante toujours mes oreilles, tu sais toujours amener la joie avec toi, je te souhaite d'être très heureux avec **Sabrina**. **Sophie**, douce et si agréable, je te souhaite plein de bonheur. **Marion**, c'est amusant comme nos vies croisent les mêmes lieux (Haute-Loire, Guyane, Lozère...), je te souhaite d'être heureuse. **Alban**, j'aime beaucoup ta manière de voir les choses, tu sais les ramener à l'essentiel, belle suite à toi. **Lucile**, tu es une si agréable personne et pleine d'altruisme, une médecin rare. J'espère que tu trouves l'épanouissement professionnel mais surtout personnel avec ta jolie famille. **Sophie F.**, te voir est toujours un enrichissement incroyable, tu es épatante et si peu ordinaire. **Hugo**, ton caractère et ta manière d'aborder la vie sont si agréables, je te souhaite une belle installation dans ta Lozère natale et une

belle vie, j'espère vous revoir souvent. **Pierre-Edouard**, ton flegme et ta motivation à toute épreuve sont de belles leçons, à bientôt. **Chene**, ton énergie est rayonnante, ne change pas. A mes co-internes de Guyane, surtout toi **Guillemette**, cette parenthèse de vie fut incroyable et cela surtout grâce à vous, j'en garde un souvenir à part et précieux.

Remerciements à ma famille,

A mes parents, vous êtes si peu ordinaires, vous m'avez appris que tout était possible, même ce qui paraît incongru aux yeux du monde. Vous nous avez permis de nous exprimer librement et avec tolérance. Avec vos valeurs et votre culture impressionnante vous nous avez donné toutes les armes pour une vie épanouie, libre et riche. Nous laissant prendre notre envol tout en étant toujours présents. Vous vous complétez si bien dans vos rôles de parents. **Maman**, tu as une force incroyable, une capacité à tout mener de front « sans filet », tu m'as donné les clés pour marcher dans tes pas et tous les codes pour m'adapter en toutes circonstances. Tu sais toujours comment nous apaiser. J'espère que ta nouvelle vie t'apportera un bel équilibre et que tu pourras la savourer. **Papa**, tu es un père si moderne dans ta façon de t'occuper de nous. Ton humour et ton rire sont des rayons de soleil. Je te souhaite de trouver ton équilibre de vie entre tes racines et tes ailes... au bon gré des mutations. Merci pour tout le temps que tu m'as consacré (en particulier pour ce travail). Je vous aime.

Mes frères et sœur, je vous aime tant. **François**, mon frère adoré, notre chanson ne pouvait pas dire plus vrai "Oceans apart... Wherever you go, whatever you do, I will be right here waiting for you"... Chicago est bien loin, surtout en 2020, tu me manques. Je suis tellement heureuse pour toi de la vie que tu mènes avec la meilleure des belles-sœurs, **Amanda**. Et merci pour ton aide de traducteur pour ce travail. **Sophie**, ma sœur chérie, quelle merveilleuse jeune femme tu deviens, tu as toute mon admiration. Je te félicite pour ton diplôme et ton embauche, j'espère qu'un jour nous travaillerons ensemble sur des projets. Un merci particulier pour ton aide précieuse pour les stat'. **Alban**, mon petit frère chéri, nous aurons réussi l'exploit d'être étudiants en même temps malgré nos 13 ans d'écart. Tu es devenu un jeune homme mature et déjà si conscient du monde, je suis fière de toi.

Papy Emile (mimi), tu es la bonté incarnée, je ressens tant ton amour et ta fierté inconditionnelle. Ta culture, discrète, m'impressionne toujours. **Mamie Marcelle**, je ne peux énumérer tous nos bons souvenirs tant ils sont nombreux, mais que de mercredis, que de vacances passés avec toi, c'est un tel privilège de t'avoir comme grand-mère. Derrière des apparences sages, tu es une rebelle, forte et aimante. Prenez soin de vous. Je vous aime.

Oncle René, tu as presque un siècle, tu incarnes le vieillissement réussi et je me suis permise de l'illustrer dans ce travail avec ta lettre en annexe. J'espère tant que ce COVID ne nous empêchera pas de te voir souffler ton 100^{ème} printemps. En attendant, te lire est si enrichissant, à travers ton histoire nous y lisons celle du monde. C'est un honneur de te connaître.

Florence, tante et marraine, tu es un modèle (génétiquement aussi à priori). Tu gardes une foi en tes valeurs qui m'impressionne, tu sais manier avec équilibre le sérieux et l'amusement, l'important et la légèreté. Merci pour tout et surtout pour tes plus belles réussites. **Melen** et **Titouan**, vous êtes des (jeunes) hommes d'une rare qualité : intelligents, cultivés, impliqués, drôles, gentils... des perles rares.

Clémentine, on peut dire que tu es de la famille. Tu es tellement forte, tellement compréhensive, toujours dans la démarche de progresser et d'apprendre. Tu es un soutien exceptionnel et nos esprits se coordonnent si bien. Tu es une maman hors pair, n'en doute jamais. Après toutes ces épreuves tu mérites tant une belle vie, avec tes hommes.

Mamie Jackye, ta résilience, ta liberté et ta joie de vivre sont si impressionnantes, en ce sens tu es un modèle. Des épreuves t'attendent encore mais déjà tu les traverses brillamment, je tenterai de t'apporter autant d'apaisement que je le peux, alors que je suis sûre que c'est toi qui m'épateras. A travers toi, c'est tout l'héritage de ta famille que tu nous as transmis et, loin d'être ordinaire, il est d'une rare richesse.

Mes « Chasteliens », mes amours. A mes oncles et tantes **Thierry**, un immense merci pour tes relectures, **Chantal**, **Christian** et **Philippe**. A mes cousins, **Clotilde** tu auras 30 ans la veille de ma soutenance et j'ai tellement hâte de rencontrer ta petite **Jadzia**. **Raoul**, **Corentin**, **Clément**, **Gabriel**, **Mirandoline**, **Anaïs**, **Colombe**, **Anaël**, **Batistoun** et **Verlaine**. Je vous aime et j'espère que l'avenir nous réserve encore de belles cousinades. Et à **Manu**, mon plus vieil ami.

Les cousins (et « presque » cousins) de Cajarc, à votre contact la vie a toujours un goût particulier, remettant tout en perspective, hors du temps. Vous voir c'est se ressourcer mais c'est surtout se rappeler qu'il faut regarder chaque chose sous un angle différent et que si peu sont réellement graves.

A tous ceux qui ne sont plus là et qui ont certainement fait naître en moi cet affect si particulier pour les anciens. **Papy Jacques**, tu m'as appris à réfléchir et à être subversive. Ta considération et ton affection pour moi m'ont toujours émue. Je me souviens de ton appel la veille de mon concours de P1 et aujourd'hui, tu es sûrement celui qui aurait le plus éprouvé ce que représente ce travail. **Papy Emile**, patriarche atypique, toi aussi subversif à ta manière, tu

aurais été tellement fier aujourd'hui du premier Docteur portant ton nom. **Mamie Simone**, si douce et altruiste, tu nous as tant donné, merci. **Mamie Paulette**, que tu étais belle, que la vie de femme était compliquée de ton temps, que tu as dû être forte pour vivre cette vie. Le jour de te dire au-revoir je passais mon concours de P1, mais je garde le regret de ne pas avoir été là. **Mémé**, quel privilège incroyable d'avoir connu mon arrière-arrière-grand-mère, tu étais née il y a 2 siècles et je t'ai connue vivante chez toi, si j'ai une si belle relation avec ma grand-mère (ta petite fille) je sais que c'est, en partie, grâce à toi. **Monique**, tu étais comme une grand-mère pour moi, tu me manques encore tant. **Oncle Hervé**, nous avons eu tellement de chance de te connaître et, à travers toi, toute cette lignée qui nous était inconnue, merci pour le temps rattrapé.

Et, parce que tu es à part, à toi **Dorian**, depuis que je te connais, tu rends ma vie plus belle. Je te vois progresser de jour en jour dans notre art. J'admire ta passion pour la médecine. J'admire également ta vision de la vie, ta foi en l'avenir et ton optimisme, même si nous partageons tout de même quelques révoltes. Merci de m'avoir tant soutenue pendant cette période de rédaction... à charge de revanche. Je t'aime.

A vous tous, je vous dois tout, vous avez éclairé mon chemin et avez fait qui je suis aujourd'hui.

*« Entre la maladie et l'homme...
entre l'art et la technique...
entre l'hôpital et la cité...*

...il y a le médecin de "ville", de "quartier", de "famille" [...] il préfigure ce que pourrait devenir une médecine qui placerait l'individu avant les moyens. Car la spécialité du "généraliste" c'est précisément le "particulier". [...] Confronté au corps désirable et périssable, à la souffrance et à la mort, le généraliste est aussi celui qui doit se salir les mains et l'âme. Il soigne, il écoute, il accompagne.

En ce sens il est vraiment médecin... infiniment médecin »

Pr Éric Galam

TABLE DES MATIERES

<u>LISTE DU CORPS ENSEIGNANT.....</u>	<u>5</u>
<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>19</u>
<u>LISTE DES ABREVIATIONS.....</u>	<u>31</u>
<u>TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</u>	<u>34</u>
TABLE DES FIGURES	34
TABLE DES TABLEAUX.....	37
<u>I. INTRODUCTION</u>	<u>40</u>
I.1 DEFINITIONS ET CONCEPTS.....	40
I.1.1 DIVERS VIEILLISSEMENTS	40
I.1.2 LA GERIATRIE ET LE PATIENT GERIATRIQUE	41
I.1.3 LA FRAGILITE.....	42
I.1.4 MEDECINS GENERALISTES, GERIATRIE ET FRAGILITE	46
I.2 DEMOGRAPHIE.....	47
I.2.1 DEMOGRAPHIE DES PERSONNES AGEES	47
I.2.2 DEMOGRAPHIES MEDICALES	51
I.3 LES ENJEUX ET LES MOYENS DE L'ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	52
I.3.1 UN CHANGEMENT DE REGARD INDISPENSABLE : INFORMATION ET FORMATION	53
I.3.2 DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE ET DES BASES DE DONNEES	54
I.3.3 NECESSITE DE SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIQUE : REPENSER NOTRE SYSTEME DE SOINS	54
I.3.4 L'IMPLICATION DES POUVOIRS PUBLICS : LE PROJET DE LOI	55
I.4 LES HOPITAUX DE JOUR GERIATRIQUES	55
I.4.1 LE NATIONAL	55
I.4.2 L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE DIAGNOSTIQUE DE LOZERE (HDJGD DE LOZERE).....	60
I.5 PROBLEMATISATION	65
I.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE	66
<u>II. MATERIEL ET METHODE</u>	<u>67</u>

II.1 RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	67
II.2 L'ETUDE.....	67
II.2.1 TYPE D'ETUDE	67
II.2.2 CRITERES DE JUGEMENT	68
II.3 POPULATION ETUDIEE	68
II.3.1 CRITERES D'INCLUSION.....	68
II.3.2 CRITERES D'EXCLUSION	69
II.4 LE QUESTIONNAIRE.....	69
II.4.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	69
II.4.2 DIFFUSION ET MODE DE RECRUTEMENT	71
II.5 RECUEIL DES DONNEES	72
II.6 ANALYSE DES RESULTATS.....	73
II.6.1 TYPE D'ANALYSE	73
II.6.2 CODE COULEUR	73
II.6.3 DEFINITION DE SOUS-POPULATIONS	73
II.6.4 LOGICIELS UTILISES	74
II.6.5 ANALYSE DES REPONSES OUVERTES	74
III. RESULTATS	75
III.1.1 DIAGRAMME DE FLUX	75
III.1.2 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REPONDEURS.....	77
III.1.3 LEUR DESCRIPTION DE LEUR PATIENTELE	83
III.2 RELATIONS DES MEDECINS GENERALISTES AVEC L'HDJGD	84
III.2.1 UTILISATION DU SERVICE	84
III.2.2 TAUX DE SATISFACTION DES GENERALISTES	85
III.2.3 ACCES A L'INFORMATION CONCERNANT L'HDGJD.....	88
III.2.4 ACCESSIBILITE DU SERVICE	93
III.2.5 RENDU DES RESULTATS	98
III.2.6 TAUX DE SATISFACTION ESTIME DE LEUR PATIENTELE.....	99
III.2.7 AVANTAGES PERÇUS ENTRE UNE CONSULTATION GERIATRIQUE ET L'HDJGD	100
III.3 SOUHAITS DES GENERALISTES QUANT A L'AVENIR DE L'HDJGD ET DE LA FILIERE GERIATRIQUE DU DEPARTEMENT	
101	
III.4 ANALYSE DES REPONSES DU CHAMP D'EXPRESSION LIBRE	102
III.4.1 ANALYSE GLOBALE	102
III.4.2 ANALYSE THEMATIQUE.....	103

III.5	ETUDES DE SOUS-POPULATIONS MEDICALES.....	105
III.5.1	MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX INSTALLES AYANT EU AU MOINS UN PATIENT PRIS EN CHARGE PAR L'HDJGD (N=25).	105
III.5.2	MEDECINS FORMES A LA GERIATRIE (N=9)	108
III.5.3	LES MEDECINS SOUHAITANT LE DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE GERIATRIQUE VILLE/HOPITAL (N=10).....	110
III.1	AUTRES ELEMENTS POUVANT INFLUER SUR LE TAUX DE SATISFACTION	112
III.1.1	TERRITOIRE D'EXERCICE.....	112
III.1.2	MODALITES D'INSCRIPTION.....	112
III.1.3	CONTACTS AVEC LE SERVICE	113
III.1.4	ACCESSIBILITE DE L'INFORMATION ACTUELLE	113
III.1.5	DELAIS D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS	114
III.1.6	TAUX DE SATISFACTION DE LEURS PATIENTS	114
IV.	<u>DISCUSSION</u>	<u>115</u>
IV.1	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	115
IV.1.1	FORCES ET ATOUTS DE L'ETUDE	115
IV.1.2	LES LIMITES.....	116
IV.2	CONFRONTATION DES RESULTATS A LA LITTERATURE	120
IV.2.1	LE RESULTAT PRINCIPAL.....	120
IV.2.2	LA POPULATION.....	121
IV.2.3	RELATIONS DES MEDECINS GENERALISTES AVEC LE SERVICE D'HDJGD	124
IV.2.4	VERS UNE EXPANSION DE LA FILIERE GERIATRIQUE VILLE/HOPITAL ?.....	133
IV.3	SYNTHESES DES OBSERVATIONS ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION	134
IV.3.1	ELEMENTS IMPLIQUES DANS LE TAUX DE SATISFACTION	134
IV.3.2	CHANGEMENTS DEJA OBSERVES DEPUIS L'ETUDE	136
IV.3.3	PISTES D'AMELIORATION	136
V.	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>142</u>
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>144</u>
	<u>ANNEXES</u>	<u>155</u>
	ANNEXE 1 : EXEMPLE D'UN VIEILLISSEMENT REUSSI	155
	ANNEXE 2 : GÉRONTOPOLE FRAILTY SCREENING TOOL (GFST)	156

ANNEXE 3 : HAS JUIN 2013 : COMMENT REPERER LA FRAGILITE EN SOINS AMBULATOIRES ?.....	157
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE POUR IDENTIFIER LES PATIENTS A RISQUE DE PERTE D’AUTONOMIE DE 65 ANS ET PLUS DU CHU DE MONTPELLIER	163
ANNEXE 5 : AUTO-QUESTIONNAIRE MAINTIEN DE L’AUTONOMIE DE MIDI-PYRENEES	164
ANNEXE 6 : ILLUSTRATION DE L’ANALYSE TERRITORIALE DES FRAGILITES REALISEE PAR LES CAISSES DE RETRAITE A TRAVERS LEURS OBSERVATOIRES DES RISQUES DE FRAGILITE (LE CAS DU LANGUEDOC ROUSSILLON).....	165
ANNEXE 7 : PLAQUETTE D’INFORMATION INTITULEE « ÉVALUATION DES FRAGILITES ET PREVENTION DE LA DEPENDANCE » (MUTUALITE FRANÇAISE, EQUIPE TERRITORIALE VIEILLISSEMENT ET PREVENTION DE LA DEPENDANCE DE HAUTE-GARONNE, ARS MIDI-PYRENEES ET GERONTOPOLE DE TOULOUSE).....	166
ANNEXE 8 : COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES LOZERIENS APRES L’OUVERTURE D’UN HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE AU SEIN DU CH LOZERE DE MENDE (PAR COURRIER ET PAR MAIL).....	168
ANNEXE 9 : PLAQUETTE D’INFORMATION RELATIVE A L’HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE LOZERE (PAR COURRIER ET PAR MAIL)	169
ANNEXE 10 : FICHE DE DEMANDE D’HDJ ADRESSEE AUX MEDECINS GENERALISTES LOZERIENS PAR COURRIER ET PAR MAILS.	170
ANNEXE 11 : « QUAND FAIRE APPEL A LA NEUROPSYCHOLOGUE ? » FICHE EXPLICATIVE DU ROLE DE LA NEUROPSYCHOLOGUE ADRESSEE PAR COURRIER ET MAIL LORS DE L’INFORMATION FAITE AUX MEDECINS GENERALISTES	171
ANNEXE 12 : « QUAND FAIRE APPEL A L’ERGOTHERAPEUTE ? » FICHE EXPLICATIVE DU ROLE DE L’ERGOTHERAPEUTE ADRESSEE PAR COURRIER ET MAIL LORS DE L’INFORMATION FAITE AUX MEDECINS GENERALISTES	172
ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOPITAL DE JOUR DE L’HOPITAL LOZERE DESTINE AUX PATIENTS ..	173
ANNEXE 14 : QUESTIONNAIRE DE LA THESE ET SES ANNEXES (VERSION PAPIER)	175
<u>RESUME ET MOTS CLES.....</u>	186

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living ou activités de la vie courante

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ALUMPS : Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins

APA : Allocation de Perte d'Autonomie

APHJPA : Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIU : Diplôme Inter Universitaire

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

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ECNi : Epreuves Classantes Nationales informatisées

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HDJ : Hôpital de jour / Hôpitaux de jour

HDJG : Hôpital de jour gériatrique / Hôpitaux de jour gériatriques (également HJG)

HDJGD : Hôpital de jour gériatrique diagnostic

ICOPE : Integrated Care for Older People

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRMN : Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire

ISAR : Identification of Senior At Risk

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Md / Mds : milliard / milliards

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PDF : Portable Document Format

PMI : Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : [parcours de santé] des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Table des figures

Figure 1: nombre de patients suivis en HDJGD de Mende depuis son ouverture.....	64
Figure 2: diagramme de flux	75
Figure 3: répartition du nombre d'hommes et de femmes chez les médecins réponders, n=53	77
Figure 4: répartition des médecins selon leur année de naissance, n=52	78
Figure 5: répartition des médecins selon leur date de début d'exercice en Lozère, n=52	78
Figure 6 : répartition des types d'exercices des médecins étudiés, n=54.....	79
Figure 7: déduction des types d'exercice non explicitement demandés dans le questionnaire	79
Figure 8: répartition des territoires d'exercice des médecins étudiés, n=54	80
Figure 9: proportion de médecins étudiés ayant une ou plusieurs formations complémentaires en gériatrie, n=54.....	82
Figure 10: répartition des types de formations complémentaires en gériatrie pour les médecins ayant répondu "Oui" à la question, n=9	82
Figure 11: répartition des médecins étudiés se déclarant à l'aise ou non avec le concept de fragilité en gériatrie, n=54.....	83
Figure 12: proportion de patients gériatriques estimée par les médecins dans leur patientèle, n=54.....	83
Figure 13: Proportion de patients fragiles estimée par les médecins dans leur patientèle, n=54	83
Figure 14: proportion de médecins ayant déjà eu au moins 1 patient pris en charge à l'HDJGD, n=54.....	84
Figure 15: proportion de médecins ayant déjà eu au moins une demande d'HDJGD annulée, n=53.....	84
Figure 16: répartition des motifs d'annulation de la demande d'HDJGD le cas échéant.....	85
Figure 17: répartition des médecins selon si, pour eux, les troubles cognitifs sont une condition sine qua non de demande d'HDJGD ou non, n=52	85
Figure 18: taux de satisfaction des médecins étudiés quant au service d'HDJGD, n=53	85
Figure 19: proportion de médecins considérant ou non que le rôle du médecin traitant, au centre de la prise en charge du patient, est respecté dans la prise en charge proposée par l'HDJGD, n=50	86

Figure 20: proportion de médecins estimant que l'HDJGD est, ou non, une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés, n=50	86
Figure 21: proportion de médecins estimant que ce service est adapté, ou non, à leurs pratiques, n=50.....	86
Figure 22: proportion de médecins estimant que l'HDJGD est adapté à leur territoire d'exercice, ou non, n=51	87
Figure 23: proportion des médecins qui estiment que la synthèse de l'HDJGD apporte, ou non, des réponses à leurs questionnements initiaux, n=51.....	87
Figure 24: proportion de médecins estimant ou non que les propositions faites dans la synthèse d'HDJGD sont globalement possibles à mettre en place, n=51.....	87
Figure 25: Niveau de satisfaction des médecins quant à l'information dispensée lors de l'ouverture du service, n=52.....	88
Figure 26: Niveau de satisfaction quant à l'accessibilité actuelle à l'information sur le service, n=53.....	88
Figure 27: répartition des médecins souhaitant ou non des supports d'information quant au service d'HDJGD pour eux-mêmes et/ ou pour les paramédicaux de leur secteur, n=53	89
Figure 28: types de supports souhaités par les généralistes pour eux-mêmes et les paramédicaux exerçant avec eux (choix multiples), 44 réponses analysées	89
Figure 29: répartition des médecins souhaitant ou non des supports d'information concernant l'HDJGD pour leurs patients et/ou les familles de patients, n=53	89
Figure 30: types de supports d'information relatifs à l'HDJGD souhaités par les généralistes pour les patients et/ou familles (réponses multiples possibles), 42 réponses analysées	90
Figure 31: l'information expliquant quels patients étaient concernés était-elle claire ? n=49..	90
Figure 32: l'information donnée permettait-elle de faire la différence entre une consultation gériatrique et une prise en charge en HDJGD ? n=48.....	90
Figure 33: l'information stipulant que l'HDJGD concerne des patients sans caractère urgent de prise en charge / hors pathologie aiguë était-elle claire ? n=48	91
Figure 34: l'information donnée sur l'HDJGD était-elle claire quant aux différents intervenants du service ? n=49.....	91
Figure 35: l'information donnée sur l'organisation et le déroulement d'une HDJGD était-elle claire ? n=49.....	91
Figure 36: niveau de satisfaction quant aux modalités d'inscription en HDJGD, n=49.....	93
Figure 37: proportion de médecins estimant ou non que l'absence de fiches d'inscription sur internet est un frein à la programmation d'une HDJGD, n=51	94

Figure 38: proportion de médecins souhaitant une consultation gériatrique ou non préalablement à la programmation d'une HDJGD, n=50	95
Figure 39: niveau de satisfaction des médecins vis-à-vis des contacts avec le service et ses intervenants, n=51	96
Figure 40: niveau de satisfaction des médecins quant au délai d'obtention d'une prise en charge en HDJGD, n=50	97
Figure 41: proportion de médecins satisfaits ou non du fait que les résultats de l'HDJGD sont systématiquement rendus par les gériatres au cours d'une consultation dédiée, n=51	98
Figure 42: niveau de satisfaction des médecins quant au délai de réception de la synthèse à l'issue de l'HDJGD, n=51	99
Figure 43: taux de satisfaction des patients et/ou de leurs familles quant à l'HDJGD estimé par leurs médecins, n=52	99
Figure 44: fréquence d'utilisation par les médecins des éléments d'ordre organisationnel utilisés pour une meilleure acceptabilité de l'HDJGD par les patients et/ou leurs proches, n=53	100
Figure 45: proportion des médecins ayant observé que des arguments d'ordre organisationnel font accepter par les patients et/ou leurs proches l'HDJGD alors qu'ils refusent d'autres types de prise en charge, n=52	100
Figure 46: proportion de médecins souhaitant, ou non, l'organisation d'une soirée d'information quant à l'HDJGD et plus globalement sur le fonctionnement de la gériatrie ambulatoire en Lozère, n=53	101
Figure 47: proportion de médecins souhaitant, ou non, pouvoir remplir la demande d'HDJGD directement sur internet, n=53	101
Figure 48: proportion de médecins pensant qu'il est nécessaire, ou non, de créer d'autres services dans la filière gériatrique ville/hôpital, n=48	102
Figure 49: synthèse de l'analyse thématique : nombres d'occurrences par thèmes et sous-thèmes, 7 réponses analysées	105
Figure 50: taux de satisfaction global vis à vis du service d'HDJGD des médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins 1 patient pris en charge, 25 réponses analysées	106
Figure 51: parmi les médecins généralistes formés à la gériatrie : taux de satisfaction global quant à l'HDJGD, 9 réponses analysées	109
Figure 52: parmi les médecins souhaitant la création d'autres services gériatriques : motifs d'annulation des HDJGD	110
Figure 53: taux de satisfaction des médecins généralistes souhaitant que d'autres services soient développés dans la filière gériatrique ville/hôpital, 10 réponses analysées	111

Table des tableaux

Tableau 1: comparaison de la démographie des personnes âgées de plus de 65 et 75 ans en France entre 2010, les prévisions théoriques de 2016 et les chiffres de 2019 (73,74).....	47
Tableau 2: comparatifs des proportions de personnes âgées en Lozère entre 2007 et 2020. (28,29)	47
Tableau 3: prévision de l'évolution des proportions des plus de 75 ans, des plus de 65 ans, des 20-64 ans et des moins de 20 ans, en France en 2040 et 2070 selon l'INSEE (2016)	48
Tableau 4: comparatif des bénéficiaires de l'APA en France et en Lozère en 2017	49
Tableau 5: prévisions de l'augmentation de la part des personnes âgées dépendantes dans la population dans les décennies à venir selon les différents scénarii.....	50
Tableau 6: comparatif entre les médecins généralistes français et lozériens au 1er janvier 2018	51
Tableau 7: code couleur des résultats	73
Tableau 8 : détails des critères d'exclusion usités	76
Tableau 9 : détails des médecins inclus dans l'étude	76
Tableau 10 : information lors de l'ouverture, accès actuel à l'information et adéquation du service d'HDJGD et de l'activité : satisfaction par type d'activité (3 principales activités). (N.B. : 2 médecins sont urgentistes ET remplaçants)	80
Tableau 11: utilisation, satisfaction globale, accès à l'information initiale et actuelle, contacts avec le service, service adapté au territoire, synthèse applicable : différences selon le type de territoire d'exercice, chiffres en pourcentage	82
Tableau 12: répartition du pourcentage de médecins selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques dans leur patientèle.....	83
Tableau 13 : comparatif des répartitions des médecins « à l'aise » et « non à l'aise » avec le concept de fragilité selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques.....	84
Tableau 14: proportion de médecins ayant déjà eu au moins 1 patient pris en charge en HDJGD selon leur niveau de satisfaction quant à l'information initiale, en pourcentage.....	88
Tableau 15: Comparaison de la clarté de l'information donnée pour les médecins « satisfaits » et « très satisfaits » de l'information initialement reçue avec celle des autres médecins	92
Tableau 16: comparatif des caractéristiques des médecins « non », « peu » et « moyennement » satisfaits par les modalités d'inscription en HDJGD avec celles des médecins « satisfaits » et « très satisfaits »	94

Tableau 17: comparatif des caractéristiques des médecins qui considèrent l'absence de fiche d'inscription sur internet comme un frein d'accès au service celles des médecins ne considérant pas cette absence comme un frein	95
Tableau 18: comparatif des caractéristiques des médecins « pas du tout », « peu » et « moyennement » satisfaits par les délais de prise en charge en HDJGD avec celles des médecins « satisfaits » par ces délais	98
Tableau 19: propositions d'offres de soins faites par les médecins interrogés	102
Tableau 20: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins 1 patient pris en charge et des autres médecins ayant répondu au questionnaire.....	106
Tableau 21: répartition des médecins de la sous-population des médecins généralistes installés en libéral ayant au moins 1 patient pris en charge, selon leur taux de satisfaction quant à l'information initiale	107
Tableau 22 : pour cette sous-population : corrélation entre le taux de satisfaction et les réponses apportées aux médecins par l'HDJGD, n (%).....	107
Tableau 23 : pour cette sous-population : corrélation entre le taux de satisfaction vis à vis du service et l'impression que les propositions faites sont applicables ou non, n (%)	107
Tableau 24 : pour cette sous-population : corrélation entre le territoire d'exercice et l'applicabilité des propositions faites par le service, n (%)	108
Tableau 25: répartition du pourcentage de médecins formés à la gériatrie selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques dans leur patientèle	108
Tableau 26: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins formés à la gériatrie et des médecins non formés à la gériatrie	109
Tableau 27: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins souhaitant la création d'autres services dans la filière et des autres médecins	111
Tableau 28 : comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leurs territoires d'exercice, n(%).....	112
Tableau 29: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers les modalités d'inscription, n(%) ..	112
Tableau 30: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers leurs contacts avec le service, n(%)	113

Tableau 31: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers l'accessibilité actuelle de l'information, n(%)..... 113

Tableau 32: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers les délais d'obtention d'un rendez-vous, n(%) 114

Tableau 33: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction du niveau de satisfaction estimé de leurs patients (ou des familles), n(%) 114

I. INTRODUCTION

Les données démographiques augurent d'un vieillissement majeur de la population dans les années à venir (1–5). Ce tournant démographique implique de revoir notre vision des personnes âgées et de la gériatrie (6–8) afin d'amorcer ce défi sociétal et de santé publique (2,9,10). En ce sens, le dépistage des fragilités (11,12) pour élaborer des stratégies de prévention des dépendances constitue une voie primordiale (8,13–15). Il convient donc de repenser notre système de soins (14,16). Pour parvenir à une majorité de vieillissements « réussis » (17), le médecin traitant aura le rôle de « chef d'orchestre » (18–22) et devra pouvoir s'appuyer sur des structures solides et homogènes (23). Les hôpitaux de jour gériatriques s'intègrent parfaitement dans ce mouvement (24,25). La Lozère est un département particulier : isolé, avec une démographie médicale faible (26,27) et une proportion de personnes âgées importante (28,29). Cette étude a donc pour objet d'étudier les relations entre les médecins généralistes et l'hôpital de jour gériatrique diagnostique du Centre Hospitalier Lozère.

I.1 Définitions et concepts

I.1.1 Divers vieillissements

La population âgée est hétérogène et tout sujet âgé n'est pas gériatrique. Il n'existe pas de définition précise de « la personne âgée » ni du moment où on le devient. Mais il existe des étapes de vie (30) :

- L'âge auquel on peut anticiper sa future vieillesse. Cet âge pourrait se situer autour de la cessation d'activité. (30)
- « L'âge « officiel » au-delà duquel on est classé dans la catégorie « personnes âgées » par les instituts statistiques nationaux et internationaux: cet âge, longtemps fixé à 65 ans, tend à évoluer vers 75 ans. » (30)
- L'âge, plus intime, à partir duquel on consulte un gériatre, où on se catégorise soi-même comme senior : en général, cela se situe vers 75-80 ans. (30)
- « L'âge moyen des patients dans les services hospitaliers de gériatrie, les institutions gériatriques, qui est habituellement au-delà de 85 ans. »(30)

Nous ne sommes pas égaux face au vieillissement. Médicalement, nous pouvons distinguer 3 catégories de personnes âgées dont l'approche clinique sera différente (14) :

- Les personnes âgées en bonne santé dites « robustes » : leurs pathologies chroniques ou leurs antécédents n'affectent pas leur fonction physique et leur qualité de vie (31).
- Les personnes âgées dépendantes qui présentent l'incapacité de réaliser des actes de la vie quotidienne.
- Les personnes âgées fragiles.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), vieillir en bonne santé ne se limite pas à l'absence de maladie mais implique aussi le « développement et le maintien des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être » (17). Le vieillissement réussi l'est dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales. Il implique que le patient soit acteur de sa santé dès le stade de la prévention. La résilience et les capacités d'adaptation sont des facteurs d'une qualité de vie conservée (30,32). Le vieillissement réussi, c'est de « continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous le plus longtemps possible ». (17) (cf. Annexe 1)

I.1.2 La gériatrie et le patient gériatrique

La gériatrie s'est développée au cours de la seconde moitié du XXème siècle. En 1995, l'Europe officialise la nécessité d'une formation de tous les médecins à la Gériatrie et de la création d'une spécialité de Gériatrie (33,34). La création de la spécialité médicale en France date de 2004.

La médecine gériatrique est une spécialité médicale qui se charge des affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. « La médecine gériatrique dépasse ainsi la médecine d'organes et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie. La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans » (35).

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé. En effet, « les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques.» (36)

I.1.3 La Fragilité

Ce concept a été créé pour dépister, avec des critères objectifs, les patients avant qu'ils n'atteignent l'état de dépendance. (14)

« L'Académie Nationale de Médecine souhaite que soit pris en compte le « concept de fragilité » comme une donnée fondamentale de santé publique et d'éducation sanitaire qui concerne toute la population et pas seulement les personnes âgées, tous les médecins et pas seulement les gériatres » (11). L'Europe (avec l'étude SHARE ou le programme de l'Union Européenne «European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing» (37)) et l'OMS (11) y portent également une attention particulière.

1.1.3.1 Définition et propriétés de la fragilité

Il n'existe pas de consensus sur une définition clinique (22) mais nous pouvons dire qu'il s'agit d'un marqueur de risque de mortalité, d'incapacités et d'évènements péjoratifs. La fragilité est une cause de décès majeure chez les personnes âgées vivant à domicile (devant les pathologies d'organes, les cancers et les démences) (38). Bien que l'âge en soit un déterminant, il est loin d'expliquer à lui seul ce syndrome qui s'inscrit dans le champ de la prévention. (39)

En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a adopté la définition suivante de la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.» (6,40) Cette définition est notamment reprise par la Haute Autorité de la Santé (HAS) dans sa recommandation de 2013 (20,21). Les personnes âgées fragiles mais non dépendantes y sont définies par « classées GIR 5 ou 6 par la grille AG-GIR. » (21)

Le concept de fragilité permet la prévention de la dépendance mais également d'orienter la prise en charge des patients âgés dans des soins à risque (chirurgie, traitement de cancer...). Cela permet de hiérarchiser les priorités en cas de polypathologie. En effet, la fragilité est à différencier de la polypathologie. (18)

1.1.3.1.1 Différents modèles de fragilité

Deux modèles cherchant à décrire le syndrome de fragilité sont actuellement validés, ce qui participe à une certaine ambiguïté de définition clinique.

Le Modèle « phénotypique » décrit par Linda Fried en 2001 est fondé sur un phénotype « physique ». La fragilité ne serait ainsi pas seulement la conséquence de maladies ou accidents mais également un processus biologique propre menant à la diminution des réserves physiologiques. (41,42)

Le Modèle dit « fragilité multi-domaine » décrit par Kenneth Rockwood en 2005 (43) repose sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacité pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, conditions sociales et comorbidités. (20)

1.1.3.1.2 Etapes du syndrome de fragilité et conséquences

Le processus de « fragilisation » s'étend sur plusieurs décennies de vie. Sans intervention extérieure, l'évolution se fait inéluctablement de l'état pré-fragile à fragile puis vers la dépendance et la mort de l'individu, en passant par des troubles de la mobilité, des chutes, la iatrogénie, les recours aux soins itératifs, la dépendance progressive pour les actes essentiels de la vie quotidienne et l'institutionnalisation. (11,12) La fragilité est un facteur prédictif indépendant de cette évolution (38). Les patients dits « gériatriques » sont donc des patients fragiles par essence. (11)

1.1.3.1.3 Aspect réversible

Les patients souffrant du « syndrome de fragilité », peuvent encore bénéficier d'une prévention notamment secondaire, voire tertiaire, afin d'éviter d'être précipités dans la cascade de la dépendance. A ce stade, le patient est encore indépendant dans ses activités quotidiennes malgré quelques difficultés annonciatrices. Surtout, ses fragilités sont encore réversibles, comme le montrent de nombreuses études (10,11,44-47), grâce à la mise en place d'interventions ciblées permettant de regagner tout ou partie de son autonomie. (14,15,48)

1.1.3.2 Critères diagnostics et outils de repérage

Le caractère réversible de la fragilité et sa probable sous-estimation doivent rendre son repérage simple et précoce. Pour cela, la formation des professionnels (médecins traitants, infirmiers, aides-soignants...) à la démarche de repérage est essentielle. (22)

En 2015, il existait plus de 27 outils différents pour mesurer la fragilité (49). Leur valeur prédictive négative est bonne, contrairement à leur valeur prédictive positive. (18,50,51)

Le niveau de validation des outils de repérage disponibles actuellement ne permet pas d'établir un diagnostic de fragilité, il s'agit bien là d'un dépistage. En effet, la HAS précise que la référence en termes de diagnostic et d'évaluation de la fragilité est l'évaluation gériatrique globale multidimensionnelle de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cependant, cette évaluation est chronophage et requiert des compétences en gériatrie. En ambulatoire, l'EGS n'est pas envisageable en dépistage systématique. Il convient donc de trouver un outil de repérage simple, utilisable en soins primaires et qui permet de détecter les patients nécessitant une EGS. La recommandation de 2013 de la HAS stipule que « faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale » sans dépasser 10 items (20).

Le GFST (Gérontopôle Frailty Screening Tool) (cf. Annexe 2) est un outil de repérage spécifiquement conçu pour les médecins généralistes (52). Après avoir identifié des critères phénotypiques, le médecin est invité à exprimer son jugement clinique quant à la fragilité potentielle de son patient : c'est uniquement si le généraliste estime que son patient est fragile qu'il peut l'adresser pour une évaluation. Bien que cela puisse comporter une part de subjectivité, près de 95% des patients référés à l'hôpital de jour de fragilités du Gérontopôle de Toulouse à l'aide du GFST étaient en effet fragiles ou pré-fragiles. (14,53)

Le GFST correspond aux critères cités précédemment et a donc été retenu par la SFGG et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires. La HAS s'aligne sur ces 2 sociétés de gériatrie et recommande cette grille (cf. Annexes 2 et 3) comme outil national pour le repérage de la fragilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus (20,49). Bien sûr, chaque équipe peut choisir l'outil le plus adapté à sa pratique (22,54,55) (cf. Annexe 4) avec notamment des outils d'auto-dépistage (cf. Annexe 5).

Pour le moment, la HAS préconise le « repérage des personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. » (20)

1.1.3.2.1 Particularités des Urgences

Tous les intervenants médico-sociaux autour des personnes âgées sont autant d'acteurs potentiels du dépistage des patients fragiles. Cela concerne donc les aides ménagères, les

intervenants à domicile, l'équipe paramédicale, le médecin traitant... mais également le service des urgences. En effet, les urgences voient passer un grand nombre des patients âgés fragiles. Actuellement, encore une forte proportion de ces patients passe entre les « mailles du filet » sanitaire. Depuis 2003, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) recommande de repérer les patients fragiles aux urgences. (56,57)

1.1.3.2 Stratégie de dépistage

La stratégie du Gérontopôle de Toulouse est intéressante à étudier. L'information sur la fragilité et les dépendances évitables a été diffusée aux médecins généralistes du secteur et aux soignants impliqués dans la prise en charge des patients âgés (par téléphone pour les EHPAD et par une note dispensée avec « les courriers de sortie d'hospitalisations traditionnelles du CHU des résidents d'EHPAD »). De plus, le service a été présenté à divers congrès (58). En seconde étape, il a été diffusé, par la presse, un questionnaire de dépistage des états de fragilité. Les personnes y répondant positivement étaient invitées à voir leur médecin généraliste, qui devait alors estimer leur fragilité. (11,59)

Au niveau national s'est développé le projet PAERPA : le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il vise à optimiser le parcours de soins pour préserver l'autonomie le plus longtemps possible (60). Sur le plan international, l'OMS propose un programme de dépistage des fragilités des personnes âgées : la démarche ICOPE (Integrated Care for Older People). (13)

1.1.3.3 Les limites des stratégies de dépistage

La fragilité n'est pas encore une pathologie spécifique mais un syndrome dont le diagnostic et la prise en charge sont multidisciplinaires. Le manque d'universalité de définition et de cadre conceptuel robuste de la fragilité sont autant de freins à la recherche dans ce domaine (61). L'absence d'homogénéité empêche de valider un dépistage national massif et une campagne de santé publique ciblée. C'est, en partie, cela qui engendre un manque d'information et de formation des médecins et autres professionnels de santé.

De plus, comme chaque dépistage, cela soulève des questionnements éthiques, car les patients n'ont pas de plainte particulière, les dépister n'est pas dénué de contraintes et de risques, notamment dans un contexte d'inhomogénéité des pratiques et des offres de soins selon les territoires. (18,62)

Enfin, un dépistage de grande envergure impliquerait de disposer de structures gériatriques d'aval en quantité et en qualité homogène.

I.1.4 Médecins généralistes, gériatrie et fragilité

I.1.4.1 Formation en gériatrie

L'enseignement de la gériatrie n'est obligatoire dans les études de médecine que depuis 1996. Ainsi, de nombreux médecins en exercice n'ont pas reçu cette formation durant leurs études. Or, une étude belge a montré qu'entre gériatres et généralistes « la collaboration est plus importante avec les jeunes médecins, formés à cette notion » (63,64).

La capacité de gérontologie s'est ensuite développée. Puis, le DESC de gériatrie a été remplacé en 2017 par le DES de gériatrie séparant les deux spécialités plus précocement.

D'après le Conseil National Professionnel de Gériatrie, « Le besoin de formation en gériatrie est croissant du fait du vieillissement de la population [...] il existe une demande accrue de formation à la gériatrie des médecins généralistes et mêmes spécialistes. » (65)

Par ailleurs, il existe un grand nombre de DU, DIU et masters formant à la gériatrie et accessibles aux médecins généralistes. (66,67)

I.1.4.2 Généralistes et fragilité

Les situations de fragilité sont au cœur de la pratique de la médecine générale. (18,68)

Tout d'abord, les sujets fragiles n'ont potentiellement pas de pathologies d'organes spécifiques et sont donc suivis uniquement par leur médecin traitant (69). De plus, c'est fréquemment à domicile que les premiers signaux de fragilité se remarquent : les familles, aidants, intervenants à domicile vont donc s'adresser directement au médecin traitant si ce n'est lui qui en est le premier spectateur. Ensuite, le risque étant de dépister trop tard en confondant les situations de dépendance et de fragilité (70), l'évaluation de la fragilité peut s'intégrer dans un suivi ou un dépistage systématique. Le médecin généraliste est alors un des premiers à pouvoir donner l'alerte (18). Enfin, l'exercice en maisons de santé pluri disciplinaires (MSP) se développe. Ces structures ont la confiance des usagers. Elles fonctionnent en multi-disciplinarité et en réseau médico-social : cela en fait des lieux parfaitement adaptés à la prise en charge des patients fragiles. (69)

I.1.4.3 Place du généraliste dans la filière

Le médecin généraliste est le référent du patient dans son parcours de soins en filière gériatrique. Ainsi, le médecin traitant a un rôle pivot (71), comme le confirme la HAS : « Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres

professionnels de santé primaire et en lien avec une expertise gériatrique ». Cela implique la formation des professionnels à la démarche de repérage et l'accès rapide des médecins généralistes aux avis gériatriques (20,21). Ainsi, les formations sur la fragilité se développent : il existe depuis 2014/2015 deux diplômes à l'Université de Montpellier sur le sujet. (38)

De plus, ils sont ceux qui doivent coordonner les stratégies interventionnelles proposées à l'issue de l'EGS. (19)

Dans cette mouvance, le projet PAERPA propose la réorganisation des soins primaires en s'appuyant sur les médecins généralistes (22). Il sera le « chef d'orchestre » des différents acteurs (2) et des coordinations cliniques de proximité (3).

A l'issue de ces observations, nous pouvons affirmer que la fragilité est un véritable enjeu pour les médecins généralistes. (18,72)

I.2 Démographie

I.2.1 Démographie des personnes âgées

I.2.1.1 En France

	proportion de la population française en 2010	prévisions de 2016 pour l'année 2019	chiffres réels de 2019	proportion de la population française en 2019
habitants de plus de 65 ans	16,70 %	13 millions	14,5 millions	21,60 %
habitants de plus de 75 ans	8,80 %	6 millions	6,9 millions	10,30 %

Tableau 1: comparaison de la démographie des personnes âgées de plus de 65 et 75 ans en France entre 2010, les prévisions théoriques de 2016 et les chiffres de 2019 (73,74)

I.2.1.2 En Lozère

	2007	1er janvier 2020
nombre total d'habitants	76876	76286
proportion des plus de 60 ans	26,80 %	33,50 %
proportion des plus de 75 ans	11,30 %	12,60 %

Tableau 2: comparatifs des proportions de personnes âgées en Lozère entre 2007 et 2020. (28,29)

La Lozère est un territoire où la population est âgée et rurale et où le rapport entre actifs et retraités est inférieur aux moyennes nationales impliquant ainsi une plus faible proportion d'aidants jeunes. (75)

1.2.1.3 Projections démographiques pour l'ensemble des personnes âgées

Selon l'INSEE (1,4,5), si les tendances démographiques se maintiennent, la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement forte pour les personnes de 75 ans ou plus. 2030 représenterait alors un point de bascule démographique où le nombre des plus de 65 ans dépasserait celui des moins de 15 ans. (2,3)

	2020	2040	2070
proportion des plus de 75 ans	10,30%	14,6% (soit 10,6 millions de personnes)	
proportion des plus de 65 ans	21,60%	25%	28,70%
proportion des 20-64ans	55,50%		50%
proportion des moins de 20 ans	24%		21,30%

Tableau 3: prévision de l'évolution des proportions des plus de 75 ans, des plus de 65 ans, des 20-64 ans et des moins de 20 ans, en France en 2040 et 2070 selon l'INSEE (2016)

1.2.1.4 Démographie des personnes âgées fragiles

Quelle que soit la définition retenue du concept de fragilité, il n'existe pas de données françaises permettant de définir le nombre de personnes âgées fragiles et l'estimation de la prévalence de la fragilité dépend ainsi de la définition utilisée (30). Elle est donc estimée entre 10 et 17 % parmi les personnes de plus de 65 ans vivant à domicile (38). Dans cette même population la proportion de sujets pré-fragiles est estimée à environ 30%. (14)

La prévalence de la fragilité augmente avec l'âge (76), est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et diminue quand le niveau d'éducation augmente. (18,77)

Sachant que les consultations des patients de plus de 65 ans représentent 28 % des consultations de médecine générale, les patients fragiles pourraient représenter environ 4 % des consultants. (18,78)

La proportion de 4% de patients âgés fragiles par médecin traitant serait, en théorie, retrouvée en Lozère (cf. Annexe 6). En effet, d'après les chiffres de l'Insee (28,29) et considérant une proportion de 15% de patients fragiles chez les plus de 65 ans, nous pouvons estimer qu'il existe

environ 3000 personnes âgées fragiles en Lozère au 1^{er} janvier 2020. Or, 67 médecins généralistes exercent en libéral le rôle potentiel de médecin traitant sur le département (d'après les informations orales du Conseil de l'Ordre de Lozère). En admettant que chaque lozérien ait un médecin traitant (ce qui n'est, de facto, pas le cas) cela représente en moyenne 45 patients âgés fragiles par médecin traitant (soit environ 4%).

1.2.1.5 Démographie des personnes âgées dépendantes

Complexe à estimer, la perte d'autonomie des personnes âgées (plus de 60 ans) peut être mesurée de différentes façons : soit via l'APA (Allocation de Perte d'Autonomie), soit via des tests (type grill AGGIR : Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), soit en interrogeant les personnes.

Selon la grille AGGIR, en 2015 la DREES (79) estime à 2 millions le nombre de personnes dépendantes en France alors que, la même année, 1.27 millions de personnes étaient bénéficiaires de l'APA (13). L'écart entre les deux mesures peut provenir soit d'un non-recours aux prestations, soit des différences entre les conseils départementaux, soit d'écart de mesures ou d'appréciations (30).

Sans source plus précise, pour comparer les données de la Lozère avec celles de la France, nous utilisons les données de l'APA de 2017 (13) :

	France			Lozère		
	chiffres bruts	proportion de la population	proportion de la population de plus de 75 ans	chiffres bruts	proportion de la population	proportion de la population de plus de 75 ans
nombre de bénéficiaires de l'APA	1,3 millions	1,90 %	20,80 %	1106	1,45 %	28,20 %
bénéficiaires à domicile			12,30 %			12,00 %
bénéficiaires en établissement			8,40 %			16,10 %

Tableau 4: comparatif des bénéficiaires de l'APA en France et en Lozère en 2017

On perçoit ici les limites de cette mesure car comme nous venons de le voir, la proportion de personnes âgées en Lozère est supérieure à la moyenne nationale (13).

Au sein de l'Europe, les français ont une espérance de vie parmi les plus élevées, mais s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé, ce n'est alors plus du tout le cas. En effet, à 65 ans, une femme française peut espérer vivre encore près de 23,7 ans mais 10,6 en bonne santé contre 16,6 en Suède et 12,4 en Allemagne par exemple. (2)

En 2014, l'Académie de médecine soulève ce fait nouveau : « les incapacités fonctionnelles de la vie quotidienne se sont aggravées pour les français des 2 sexes âgés de 50 à 65 ans. Il y a donc pour la première fois en France depuis 4 décennies une expansion des incapacités fonctionnelles dans les 2 sexes, plus importante pour les femmes. » (11,80)

1.2.1.6 Projections démographiques des personnes dépendantes

La DREES distingue trois scénarii (81) :

	scenari bas	scenari intermédiaire	scenari haut
augmentation de la proportion de personnes âgées dépendantes entre 2015 et 2030	15,00 %	25,00 %	33,00 %
augmentation la proportion de personnes âgées dépendantes entre 2015 et 2050	49,00 %		100,00 %

Tableau 5: prévisions de l'augmentation de la part des personnes âgées dépendantes dans la population dans les décennies à venir selon les différents scénarii.

Les progrès de la médecine ou l'efficacité des actions de prévention sont ainsi susceptibles de faire varier très sensiblement le nombre de personnes à accompagner dans la perte d'autonomie dans les années à venir (2). Cependant, ces chiffres ne sont que prévisionnels, ils sont colossaux mais rien n'assure qu'ils soient réalistes. Nous ne savons rien des limites de la longévité humaine ni des événements à venir (82). La crise sanitaire que nous traversons nous donne l'exemple des événements imprévisibles qui pourront venir modifier sensiblement ces chiffres.

1.2.1.7 Démographie des aidants

« Le ratio entre personnes de plus de 85 ans et celles de 50 à 74 ans, soit celles qui sont à même de s'occuper des sujets âgés en perte d'autonomie, devrait s'abaisser autour de 1 sur 4 en 2050 dans l'Hexagone, alors qu'il tourne aujourd'hui autour de 1 pour 15 » (69).

Or l'état de santé des aidants est tout aussi préoccupant (83) : se dissimulent parmi eux une proportion non négligeable de personnes pré-fragiles ou fragiles que l'état de leur proche « aidé » occulte. C'est pourquoi le rapport « Ankri » préconise de « faire participer les médecins

traitants à un recueil d'information sur l'état de santé des aidants de patients souffrant de maladies neurodégénératives. » (84)

I.2.2 Démographies médicales

I.2.2.1 Généralités

Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 226 219 médecins inscrits à l'ordre et 198 081 médecins en activité régulière, dont 180 en Lozère, ce qui représente pour 10 000 habitants (les chiffres sur 100 000 habitants ont été rapportés sur 10 000, plus représentatif pour la population lozérienne, d'où la décimale dans les données suivantes), 23.7 médecins dont 14.1 généralistes (33.8 médecins dont 15.3 généralistes en moyenne en France).(26,27)

Par contre, la Lozère compte moitié moins de médecins des autres spécialités que sur le reste du territoire national avec 9.6 spécialistes non généralistes pour 10 000 habitants, contre 18.5 en France. Parallèlement, la Lozère est bien dotée en infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et en pharmaciens (85).

I.2.2.2 Médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2018, la démographie des généralistes français et lozériens était structurée de la façon suivante (26,86):

	France	Lozère
âge moyen	50,6 ans	55 ans
femmes	48,20%	49,40%
hommes	51,80%	50,60%
exercice libéral	56,10%	47%
exercice salariat	37,30%	37%
exercice mixte	6,60%	16%
retraités actifs	1,30%	2,00%

Tableau 6: comparatif entre les médecins généralistes français et lozériens au 1er janvier 2018

En Lozère, la variation des effectifs de médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018 était de -3.37% pour une population globale et de plus de 75 ans à l'équilibre (26). D'après les informations fournies par le Conseil de l'Ordre des médecins 48, au 1er janvier 2020, 67 médecins généralistes libéraux sont installés en Lozère. A cette décroissance s'ajoute une configuration géographique de la Lozère qui génère des difficultés d'accès aux soins (87).

1.2.2.3 Médecins gériatres

En France, la proportion de gériatres a sensiblement augmenté depuis les années 2000. En 2018, il y avait 1997 gériatres, soit en moyenne 3 gériatres pour 100 000 habitants de plus de 75 ans (86). Cependant, tous les médecins exerçant une activité de gériatre ne sont pas inscrits comme tels au Conseil de l'Ordre, minorant les chiffres officiels.

En Lozère, au 1^{er} janvier 2020, 2 gériatres étaient inscrits à l'ordre (dont 1 est parti à la retraite en avril 2020), 3 médecins généralistes avec la capacité de gériatrie exerçant dans des services hospitaliers de gériatrie (aigüe, SSR et EHPAD), mais 2 quittent leurs fonctions en septembre 2020, un interne avec le DU de gériatrie exerçant jusqu'à novembre 2020 en tant que médecin remplaçant dans l'unique service de gériatrie aiguë du département, accompagné d'un médecin détenteur de la capacité de gériatrie en cours de validation de sa procédure d'autorisation d'exercer.

1.2.2.4 Projections démographiques nationales

Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 avec un taux de décroissance moyen annuel de -0.9% (27). Parallèlement, la DREES prévoit une augmentation de 169% de gériatres sur le territoire national d'ici 2030. En effet, le CNPG propose d'accroître le nombre de gériatres pour « atteindre à l'horizon 2025 le nombre de 300 postes de DES de gériatrie et faire tendre ce nombre à 400 postes à horizon 2030. » (88)

I.3 Les enjeux et les moyens de l'adaptation de la société au vieillissement de la population

Les futures modifications démographiques questionnent quant à la qualité de vie des personnes âgées, à leur autonomie, leur intégration sociale, leur accès aux soins et la participation de la société et de la médecine dans cette évolution. Il s'agit certes d'un progrès mais surtout d'un défi sociétal, médical et scientifique (22). La restructuration de la façon de penser le soin et le vieillissement est indispensable, mais il faut garder comme fil conducteur la dimension éthique (7).

Tout l'enjeu est de faire en sorte que la proportion de personnes âgées dépendantes n'augmente pas, voire même qu'elle diminue (54). Ainsi, l'objectif de l'identification des patients fragiles est le maintien de l'autonomie via la prévention de la dépendance. Il s'agit d'un défi mondial avec un objectif affiché par l'OMS et son programme ICOPE de diminuer de 15

millions le nombre de dépendants d'ici 2025 à l'échelle mondiale, soit environ 150 000 pour la France et 15 000 en Occitanie. (89)

En France, l'enjeu est certes d'augmenter l'espérance de vie, mais également sa qualité (2). La pratique gériatrique et les politiques de santé publique doivent s'orienter vers la prévention secondaire (90) et adopter une approche globale : biologique, clinique, sociale et environnementale (14). De plus, il est important que cette prévention soit généralisée et équitable afin de réduire les inégalités croissantes face aux risques et aux situations de dépendance. Tout cela implique la création de structures adaptées à ce type de prise en charge.

La HAS rappelle que le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, d'hospitalisation et de décès (21). Elle préconise que l'évaluation et le suivi des personnes âgées fragiles soient pluri-professionnels, qu'ils aient pour but de réduire les risques de dépendance, d'hospitalisations et d'admissions en EHPAD et que les fragilités soient dépistées le plus tôt possible. Le déploiement de cette politique de prévention est un des principaux challenges des années à venir et il nous concerne tous (7). Pour la mettre en œuvre, des leviers sont à activer.

I.3.1 Un changement de regard indispensable : information et formation

Pour agir de manière efficiente en faveur du maintien de l'autonomie, la société doit changer le regard qu'elle porte sur ses séniors et le vieillissement. Ce changement de paradigme passe par les politiques publiques, l'information à la population, la formation des médecins et soignants, la transformation et l'uniformisation de l'offre d'accompagnement et de soins. Le concept de fragilité et la culture gériatrique doivent donc être diffusés dans la population générale et chez les soignants de toutes spécialités. La stratégie du Gérontopôle de Toulouse est allée dans ce sens et peut servir de base de réflexion pour une généralisation des actions. (11,59) (cf. Annexe 7)

En 2015, a été rédigé le Livre Blanc de la fragilité « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques ». Il s'est avéré un outil majeur et nécessaire de la diffusion des fondements du concept de fragilité et des modalités de son repérage et de sa prise en charge. (40)

La concertation Grand âge et autonomie, en 2018, constate que l'accès à l'information reste multiforme et chronophage malgré l'existence du portail national d'information pour les personnes âgées. Elle suggère l'uniformisation des services numériques, leur coordination et la convergence des données et des systèmes d'information. (2)

I.3.2 Développement de la recherche et des bases de données

La réversibilité de la fragilité (particulièrement la fragilité cognitive (91)) ouvre des portes à la recherche, notamment thérapeutique. L'heure est donc à l'innovation (48). L'Europe souhaite agir, dans ce domaine, comme leader international (92). Mais, nous manquons d'un système d'unification de remontée des données, commun à l'ensemble des départements. Nous ne pouvons donc développer des modèles de recherche. Les conséquences sont l'absence de consensus décisionnel et le manque d'offres de soins et de prévention adaptées à chaque cas (54).

I.3.3 Nécessité de santé publique et économique : repenser notre système de soins

En 2012, la France a versé 1,4 milliards d'euros de prestations d'aides sociales aux personnes âgées (11). Il est évalué que la perte d'autonomie des personnes âgées coûte 30 milliards d'euros (93). Ce montant ne prend pas en compte la part faite par les aidants qui devra bientôt être prise en charge par la société. La DREES prévoit ainsi que les dépenses liées aux personnes âgées dépendantes « pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. » (93)

La France continue à dépenser plus que les pays du Nord de l'Europe en matière de santé et de retraite mais pas en matière de prévention de perte d'autonomie (2). Sans prise de conscience, nous sommes exposés au « risque d'une explosion prévisible de la dépense publique » (11,40). Il s'agit d'un défi pour le système de protection sociale français d'autant plus que ses fondamentaux philosophiques sont durement éprouvés. Des suggestions économiques existent mais encore faut-il mettre en œuvre un dépistage des patients concernés (2,94). Ainsi, l'action sociale doit s'orienter autour de mesures de détection et de prise en charge de la fragilité efficaces (95). Nous avons dépassé le stade de l'anticipation et sommes bien dans celui d'un devoir d'action. (9)

« Les systèmes actuels de santé sont construits autour du paradigme traditionnel des patients qui ne souffrent que d'une seule maladie aiguë ». La T2A est basée sur ce paradigme. Ils ne sont donc pas préparés à faire face au vieillissement de la population. (31,61) La restructuration de notre système de soins est donc indispensable, que ce soit en terme de places, de moyens, mais également dans l'approche des personnes âgées dans chaque spécialité. (14)

L'ensemble des réflexions convergent vers un modèle de « parcours de santé ». Si l'on veut un moindre recours à l'hospitalisation traditionnelle, les établissements de santé devront adapter leur offre pour que les acteurs de santé de ville bénéficient de leur expertise : consultation,

hospitalisation de jour, plateforme de fragilité, filière gériatrique, expertise géronto-psychiatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile, télémédecine, etc. (3,16)

Le « retour sur investissement » sociétal et financier ne sera peut-être pas immédiat, ce qui va à l'encontre des fonctionnements budgétaires des hôpitaux. Mais « les améliorations relatives au déclin fonctionnel et cognitif des personnes âgées peuvent en définitive générer de gros bénéfices pour les systèmes de santé et de soins. » (92)

Nous pouvons donc en conclure que le syndrome de fragilité, son dépistage, la réorganisation des soins et sa prise en charge notamment via les hôpitaux de jour gériatriques sont indispensables (56). Ils sont une priorité de santé publique (61) et économique. (90)

I.3.4 L'implication des pouvoirs publics : le projet de loi

Tous les changements nécessaires exposés précédemment ne se feront pas sans une implication politique forte. C'est pourquoi, à l'automne 2018, la ministre Madame Agnès Buzyn a lancé une vaste concertation sur le grand âge et l'autonomie dont ont découlé 175 propositions en vue d'une réforme ambitieuse portée par un projet de loi attendu d'ici peu et décrite par le ministre actuel, Monsieur Olivier Véran, comme « la grande réforme sociale du quinquennat » (2). Le Président de la République, dans ses vœux, a signifié que « le grand âge serait une priorité pour 2020 ».

Le changement de paradigme et de regard : c'est en ce sens qu'a été travaillée la future loi sur l'autonomie et le vieillissement (8). Elle prévoit notamment d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles et les plus éloignés du système de santé. (40)

I.4 Les Hôpitaux de jour gériatriques

D'après la HAS, l'évaluation de la fragilité est un processus multidimensionnel et pluri-professionnel et doit être réalisée dans différents secteurs adaptés comme en soins ambulatoires ou en hôpital de jour (HDJ) (21). Il existe actuellement un intérêt particulier à la création des HDJ de repérage de la fragilité et de la prévention de la dépendance. (24)

I.4.1 Le National

I.4.1.1 Historique et objectifs

C'est en 1971 que se créent les centres de gériatrie qui comportent un hôpital de jour (96). En 1987 est créée l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées (APHJPA) qui regroupe depuis la plupart des HDJG (Hôpitaux de jour gériatriques) français

(96). Paradoxalement, alors que les hôpitaux de jour gériatriques occupent une place centrale dans la filière sanitaire destinée aux personnes âgées, il n'existait pas, jusqu'à 2006/2007, de texte réglementaire ou de cahier des charges définissant leur rôle. La circulaire « frontière » (31 août 2006) fait la distinction entre consultation externe et hôpital de jour. Puis la circulaire relative à la filière de soins gériatriques (28 mars 2007) améliore encore la définition des hôpitaux de jour gériatriques, en détaillant les conditions de tarification et en décrivant un cahier des charges permettant à l'hôpital de jour gériatrique de devenir un maillon de la filière gériatrique (97). Les HDJG sont donc clairement identifiés comme structures de soins de court séjour gériatrique, avec comme définition « Centre de prévention, de diagnostic, d'évaluation » (25,98). Depuis 2020, les conditions minimales autorisant la facturation d'une HDJ ont été redéfinies et, bien argumentées, la circulaire « frontière » permet des exceptions.

En 2007, la France comptait 909 lits d'HDJG dans 194 structures (99). L'objectif fixé en 2007 est de 0.5 place pour 1000 habitants de plus de 75 ans d'ici 2012 mais actuellement L'APHJPA recense 200 structures d'HDJG (100).

1.4.1.2 Place des HDJG dans la filière gériatrique : leurs missions.

La filière de soins gériatriques « a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé » (101). La gériatrie ambulatoire, constituant souvent une porte d'entrée dans la filière gériatrique (102), est composée de la consultation gériatrique (et consultation mémoire labellisée le cas échéant), de l'hospitalisation de jour gériatrique et parfois d'une équipe mobile de gériatrie.

L'objectif premier de l'HDJG est de dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande, le plus souvent, du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée. Il propose ainsi de nombreuses interventions qui ne peuvent se faire en totalité lors d'une consultation gériatrique permettant de prendre en charge les situations complexes (90). Les consultations peuvent néanmoins précéder des HDJG pour débrouiller la situation et leur succéder pour faire le point.

L'HDJG est un lieu de prévention, de diagnostic, d'évaluation mais aussi d'interactions et de coordination, permettant l'évaluation du contexte familial et psycho-social, la hiérarchisation des objectifs de la prise en charge, l'élaboration du projet de soins dans le cadre d'une pluri et interdisciplinarité, en collaboration étroite avec le médecin traitant et les soignants libéraux. Cela permet ainsi une meilleure adhésion au projet de soins, et au final, un meilleur soutien du patient et de sa famille. (100,103)

Grâce à leur position dans la filière, les HDJG développent de nouveaux partenariats (en réseau, avec la MAIA etc...) et consolident ainsi leur rôle pivot entre, d'une part, le secteur sanitaire et le secteur médico-social et, d'autre part, entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Ils ont donc, théoriquement, une relation privilégiée, voire de soutien, avec le médecin traitant qui reste l'interlocuteur de référence, parfois très isolé dans la prise en charge des sujets âgés au quotidien (10). Ils permettent ainsi de maintenir le patient à domicile en organisant les aides, en s'assurant de la coordination des soins autour du patient et en étant en contact régulier avec tous les intervenants. Ils ont également un rôle de suivi du patient via des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées. De plus, les HDJG, grâce à leur rôle d'expertise, sont un recours pour les spécialistes d'organes, pour une aide à la décision médicale et à la prise en charge. (100)

Les HDJG jouent également « un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique, des bonnes pratiques et dans la formation des personnels soignants des établissements de santé » et de ville. (101)

Ainsi, leur mission sous-jacente est d'éviter des passages dans les services d'urgences et d'hospitalisation complète.

Par ailleurs, « les hôpitaux de jour ont exprimé leur volonté de participer aux activités de recherche clinique dans le domaine du repérage et le maintien des personnes âgées fragiles et polyopathologiques. » (100)

Ils répondent ainsi à de nombreux leviers, exposés précédemment, utiles pour faire face au vieillissement imminent de la population.

1.4.1.3 Déroulement d'une prise en charge en HDJG

Selon les recommandations de la HAS (21), le déroulement standard d'une prise en charge en HDJG est la suivante :

1. Le patient est repéré comme patient fragile ou pré-fragile par les acteurs de soins de premier recours, en particulier les médecins traitants (mais aussi aux urgences ou par les équipes mobiles de gériatrie), qui doivent alors effectuer un dépistage.
2. Si le dépistage montre un risque de fragilité, le patient est adressé à l'hôpital de jour (ou d'abord en consultation gériatrique) où il convient de réaliser l'évaluation complète : l'EGS. Une évaluation de l'aidant peut également être programmée.

3. Les résultats de l'évaluation sont ensuite partagés entre les professionnels ayant participé à sa réalisation et font l'objet d'une synthèse insérée dans le dossier du patient et transmise au médecin traitant.
4. Les conclusions de cette évaluation permettent de construire, avec l'accord de la personne et en lien avec l'entourage, un plan personnalisé de santé (PPS). (21)
L'intervention proposée doit être pratique et réalisable. (14)

L'hôpital de jour gériatrique a pour avantage de réaliser cette évaluation en une unité de lieu et de temps en réunissant toutes les compétences nécessaires (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, IDE formé à la gériatrie, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, psychologue...), un plateau technique et une approche globale du patient.

Tous ces éléments sont des facteurs déterminants d'accès aux soins pour les personnes âgées (104), l'objectif ultime de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi. (105)

1.4.1.4 Evaluations des HDJG : leur pertinence et leurs limites

Les HDJG ont fait l'objet d'évaluations, soit par des articles scientifiques (comme ceux de Toulouse (10,90), Nice (55), ou bien Montpellier (38)) soit via des thèses (52,63,106). Pour autant, l'absence d'homogénéité de ces structures empêche la réalisation d'évaluation via des critères communs. L'évaluation des patients gériatriques est « difficilement transposable au modèle de raisonnement sur la mono-pathologie » et « actuellement il ne semble pas exister de consensus sur quelles variables mesurer, afin de vérifier l'efficacité d'une intervention chez un patient gériatrique, en HJG ». Nous remarquons que les études internationales, comme en Suède (107) ou à Hong Kong (108), sur les HDJG, rajoutent à leurs critères d'évaluation l'aspect financier. Mais, en France, la rémunération des hôpitaux n'est pas en adéquation avec la manière de fonctionner en gériatrie. En effet, en gériatrie encore plus qu'ailleurs, il faut « considérer le temps de réflexion des soignants et des aidants professionnels, comme du temps de travail, ce temps consacré à la réflexion, permettra d'éviter par ailleurs, des actes de soins inutiles. » (2)

En 2009, l'APHJPA a évalué la pertinence des HDJG. Il faut comprendre par pertinence la notion sous-jacente d'efficience (97,109). Cette évaluation conclut que l'hôpital de jour gériatrique a bien sa place en tant qu'interface entre la ville et l'hôpital, et que ces structures sont des partenaires incontournables de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

En 2013, l'APHJPA a fait un état des lieux des HDJG (110). L'étude rapporte la fréquence d'interventions des praticiens par ordre croissant : psychologue, assistant social, ergothérapeute,

kinésithérapeute, diététicien, psychomotricien, professeur d'activité physique adapté (à noter que l'enquête ne parle pas du temps d'orthophonie). Ensuite l'étude donne par ordre croissant de fréquence les domaines évalués : les troubles cognitifs (systématique), les chutes (systématique), le niveau de dépendance (systématique), le risque de dépression, le contexte social, les troubles de la marche, les troubles du comportement, les déficiences sensorielles, l'état nutritionnel et le risque de dénutrition, la iatrogénie et la poly-médication, les troubles sphinctériens, le risque d'hospitalisations répétées, les troubles de déglutition, les plaies chroniques. Enfin, cette étude évoque les limites observées. En premier lieu, le mode d'admission : seuls 27% des demandes d'HDJG émanent des médecins traitants. Pourtant la patientèle ne manque pas, il convient donc d'améliorer l'information donnée aux médecins généralistes. En second lieu, le manque de temps et de personnels. Enfin, le terme « fragilité » ne ressort que dans 42% des comptes rendus, ce qui interpelle sur le rôle de diffusion d'informations des HDJG.

Dans la littérature sont également relevées des carences telles que le manque d'uniformisation et de centralisation des données (100), le manque de recommandations et le manque d'information et d'accessibilité. En effet, les patients en milieu urbain ont plus vite accès à l'information et aux structures d'évaluation (23). Cette inégalité est aggravée par les difficultés des personnes âgées à se déplacer. De plus, le défaut d'information provoque un refus des personnes âgées d'être prises en charge en hospitalisation de jour. (90)

Par ailleurs, « le degré de satisfaction des utilisateurs (patients et médecins traitants) semble bon [pour évaluer la pertinence des HDJG] même si peu d'études le mentionnent » (111). Les thèses descriptives des HDJG (102,106) suggèrent ainsi de compléter leurs études par « une enquête de satisfaction [qui] apprécierait le service rendu aux médecins généralistes» (102) et aux patients (112). Ainsi, la littérature rapporte déjà des études sur l'avis des médecins généralistes (ou des soignants (113)) quant aux HDJG (114–117) ou l'évaluation gériatrique (118,119). Les études sur la satisfaction des médecins généralistes portent souvent sur la communication avec les gériatres et notamment le compte-rendu d'hospitalisation (120–125), mais, à l'instar des évaluations du « degré de satisfaction du patient », cela reste encore rare (111,126,127).

Enfin, le CCNE explique que la médecine dite moderne a contribué à la genèse de ces situations complexes et singulières en gériatrie et doit maintenant les assumer et refonder le système de soins. Pour cela il suggère (128) :

- d'adopter une approche singulière de chaque situation médicale ;

- de travailler en équipe pour faire face à la complexité et l'incertitude ;

- de « valoriser la délibération et la réflexion éthique, quand bien même nous serions à une époque et dans un contexte où la tendance est à vouloir toujours réduire le temps et valoriser l'action et la performance. On pourrait, dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité, valoriser cet acte réflexif et discursif interdisciplinaire qui aide à prendre des décisions complexes. »

On retrouve dans la pratique des HDJG l'essence de ces suggestions. En ce sens, ces services s'inscrivent dans la modernité et montrent alors leur pertinence.

I.4.2 L'hôpital de jour gériatrique diagnostique de Lozère (HDJGD de Lozère)

I.4.2.1 Le contexte de sa création

« La prise en charge de la fragilité doit être accessible à toute personne âgée fragile quel que soit son lieu de vie » (23). Les HDJG permettent de simplifier l'accès aux soins, en concentrant l'expertise et l'ensemble des bilans en une journée et en offrant une simplification des déplacements. La Lozère est particulièrement concernée par ces problématiques (2,87). De plus, en 2015, il n'y avait pas de Médecins Référents Fragilité et Prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée en Lozère (129). C'est pour pallier ces problématiques et proposer aux personnes âgées lozériennes une offre de soins d'actualité que le projet d'HDJGD a été initié.

I.4.2.2 Du projet initial à la réalisation effective

Interne dans le CH Lozère lors de la création du projet et l'ouverture du service, dans l'objectif de réaliser cette thèse, j'ai pu avoir accès aux éléments du projet initial, assister aux réunions de création du service avec les différents intervenants et la direction de l'hôpital et suivre ainsi de l'intérieur le déroulement des événements.

Toutes les données suivantes proviennent du projet « Gériatrie ambulatoire. Projet d'organisation de la filière gériatrique : unité mobile de gériatrie, consultation gériatrique externe et ouverture d'une unité d'hospitalisation de jour gériatrique » rédigé en 2017 par les gériatres et la cadre.

I.4.2.2.1 Les indications et contre-indications de l'hôpital de jour gériatrique :

Ce service doit réaliser des bilans gérontologiques médico-psycho-sociaux et des bilans thématiques : mémoire, malaise, chute/trouble de la marche, perte d'autonomie, altération de

l'état général, déficit nutritionnel, bilan onco-gériatrique (ont été rajoutés depuis : la iatrogénie et la douleur). L'évaluation de l'aidant était également prévue. Il s'agit donc d'un hôpital de jour gériatrique à visée purement diagnostique.

Sont exclus de ces prises en charge les patients dont les troubles du comportement ne permettent pas la réalisation de l'HDJG et les patients trop dépendants nécessitant la mobilisation de personnel supplémentaire. Enfin, les affections aiguës ou le caractère urgent d'une prise en charge ne relèvent pas de ce service.

1.4.2.2.2 La programmation :

Les patients peuvent être adressés par le médecin traitant, un médecin hospitalier, un médecin coordonnateur d'EHPAD ou un gériatre consultant.

Le projet prévoit initialement 2 options. Soit le médecin traitant adresse le patient en consultation gériatrique : le gériatre programme l'HDJG selon les besoins du patient. Soit le médecin traitant demande, uniquement par téléphone initialement, une HDJG pour son patient. Quelle que soit l'option, l'admission ne se fait qu'après validation du gériatre qui remplit lui-même la fiche de programmation en hôpital de jour gériatrique. Avec cette fiche, l'IDE gériatrique programme la journée d'hospitalisation, en tenant compte des différentes disponibilités. Ensuite, la secrétaire contacte le patient et sa famille pour les informer, et leur envoie un courrier récapitulatif. Un double de ce courrier est envoyé au médecin traitant, ce qui n'était pas réalisé en pratique initialement.

1.4.2.2.3 Rendu des résultats :

Après que le patient a effectué tous les examens programmés, le gériatre prend connaissance des différents résultats disponibles et donne les premières informations au patient et à ses accompagnants.

Une fois par semaine, le gériatre, l'IDE, la neuropsychologue, l'ergothérapeute et la secrétaire font une réunion pluridisciplinaire. Aidés des divers comptes rendus, ils élaborent une synthèse de la journée d'HDJGD et en déduisent un plan de soins personnalisé pour chaque patient. La synthèse et le plan de soins personnalisé sont ensuite adressés au médecin traitant.

Puis, le patient est reçu en consultation gériatrique pour l'annonce de l'ensemble des résultats et du plan de soins personnalisé. Sa synthèse lui est remise (ou à ses aidants) ainsi que toutes les prescriptions nécessaires à la mise en place du PPS complétées de plaquettes informatives sur les partenaires de la filière gériatrique. Initialement, un secteur d'éducation thérapeutique devait être intégré au projet, mais faute de moyens, il ne l'a pas été.

1.4.2.2.4 Les intervenants :

Lors de la création de l'HDJGD ont été recrutées une secrétaire et une IDE mutualisées sur l'HDJGD, l'UMG (unité mobile de gériatrie), la consultation gériatrique et la consultation mémoire (y compris consultations avancées) et, parfois, le SSR.

Les autres intervenants de l'HDJGD étaient déjà en poste dans l'hôpital et ont donc dû rajouter la gériatrie ambulatoire à leur emploi du temps sans renfort. Il s'agit de : 1 neuropsychologue, 1 ergothérapeute, 1 kinésithérapeute, 1 diététicienne et 1 assistante sociale. Les deux gériatres, dont une onco-gériatre, sont mutualisés sur l'hôpital de jour gériatrique, l'UMG, la consultation gériatrique et la consultation mémoire, les consultations avancées sur le département (Hôpitaux locaux et EHPAD), le SSR gériatrique et l'activité de chef de pôle. A noter qu'en France, en moyenne, 1 ETP médical par HDJG était dénombré en 2007 (96). L'embauche d'1 psychologue souhaité dans le projet initial n'a pas été effectuée, ni celle de l'aide-soignante.

Le projet initial stipulait « Ces ressources sont déjà utilisées sur l'ensemble de l'établissement ; cela représente donc un surcroît d'activité pour ce personnel soignant. »

1.4.2.2.5 Les locaux :

2 lits d'HDJGD et 1 salle de consultation au sein du service d'HDJ polyvalent du CH y sont consacrés. Ces locaux ont été mutés en juin 2020 au sein du service de médecine gériatrique aiguë, afin de donner une cohérence et une unité au Pôle gériatrique et mutualiser au maximum les moyens techniques et humains qui n'ont toujours pas été revalorisés depuis le projet initial.

1.4.2.2.6 Indicateurs prévus de suivi qualité et activité :

Il s'agit des files actives des consultations et de l'hôpital de jour, du nombre de nouveaux patients en consultation et en hôpital de jour, du nombre d'évaluations médico-psycho-sociales réalisées et du nombre (et type) de formations du personnel. Il n'était pas prévu initialement d'y inclure le niveau de satisfaction des médecins généralistes.

1.4.2.2.7 Communication initialement prévue :

Des plaquettes explicatives (flyers) retraçant le fonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique, de l'UMG et des consultations gériatriques devaient être créées et transmises aux médecins traitants et aux médecins hospitaliers. Une réunion d'information destinée aux médecins et aux différents intervenants concernés devait être également organisée au mois de décembre 2017. Le site internet de l'hôpital devait être réactualisé. Une note d'information devait être diffusée à l'ensemble du CH. Et, enfin, un article de presse concernant la présentation

du fonctionnement de la gériatrie ambulatoire devait être publié. En pratique, aucun de ces éléments n'a été réalisé lors de l'ouverture.

1.4.2.3 Mode d'information

Lors de l'ouverture du service en février 2018, aucune information n'a été diffusée à ce sujet. L'HDJGD fonctionnait alors par le « bouche à oreille » via des confrères généralistes qui connaissaient les gériatres intervenant dans le service. En mai 2018, j'ai débuté un stage d'internat dans le Pôle gériatrique du CH Lozère, je connaissais le projet d'HDJGD et souhaitais en faire le sujet d'étude de ma thèse. Face à ce constat d'absence d'information, avec ma directrice et ma co-directrice de thèse, médecins de l'HDJGD, et l'aide très précieuse de la secrétaire, nous nous sommes donc lancées dans cette tâche de diffusion d'information.

1.4.2.3.1 Réalisation et diffusion

Nous avons élaboré une plaquette d'information en nous basant sur les recommandations de la HAS, la fiche de demande d'admission en HDJGD à remplir par le médecin adressant le patient (pour rappel le projet ne prévoyait que des demandes d'admission par téléphone), puis nous avons rédigé un courrier type d'information. Après validation de ces documents par les gériatres et par le service qualité de l'hôpital, nous avons débuté la diffusion nous-mêmes.

Nous avons alors tenté de lister tous les médecins susceptibles d'adresser un patient en HDJGD sans base de données officielles, nous avons constitué des enveloppes comprenant : le courrier d'information, la plaquette, les documents expliquant le rôle de l'ergothérapeute et celui de la neuropsychologue et la fiche de demande d'HDJGD. Ces documents sont présentés dans les annexes 8, 9, 10, 11 et 12.

Nous avons également créé une version électronique, avec les mêmes documents, destinée aux médecins dont nous disposons des adresses électroniques. En effet, bien que tous les cabinets de médecins généralistes ne soient pas informatisés (130), cette tendance s'accroît en particulier chez les jeunes médecins qui utilisent les nouvelles technologies comme leur smartphone pour leurs communications interprofessionnelles (131,132).

Pour les médecins du centre hospitalier de Lozère, nous avons utilisé les boîtes mail professionnelles des médecins, chefs de pôle en particulier, et des cadres pour diffuser les mêmes informations.

Pour les patients, aucune information n'a pu être diffusée car l'article de presse prévu dans le projet initial n'a pas été proposé par les responsables de la communication du Centre Hospitalier.

La soirée de présentation du service aux médecins du département n'a jamais eu lieu et il n'y a pas eu d'autres modes d'information officielle de la création de ce service.

1.4.2.3.2 Support d'information actuellement disponible

Au 1^{er} octobre 2020, aucune visibilité n'est donnée à l'HDJGD sur le site internet de l'Hôpital Lozère (133). La fiche de demande d'HDJGD n'est disponible nulle part, il faut que les médecins l'aient conservée depuis l'envoi au printemps 2018 ou qu'ils la demandent aux membres du service. Il en va de même pour la plaquette d'information. D'autre part, l'HDJGD de Lozère n'est toujours pas répertorié dans l'annuaire l'APHJPA. Ainsi, les médecins installés (ou remplaçants) après 2018 n'ont donc accès à aucune information officielle.

1.4.2.4 Bilan de fonctionnement de l'HDJGD

Nous avons vu précédemment que 3000 patients de plus de 75 ans sont potentiellement concernés par une prise en charge en HDJGD en Lozère (58–61). Les projections avant l'ouverture étaient de traiter 250 patients par an en HDJGD. Pourtant, pour le moment, 388 patients ont été reçus à l'HDJGD depuis l'ouverture (30 mois).

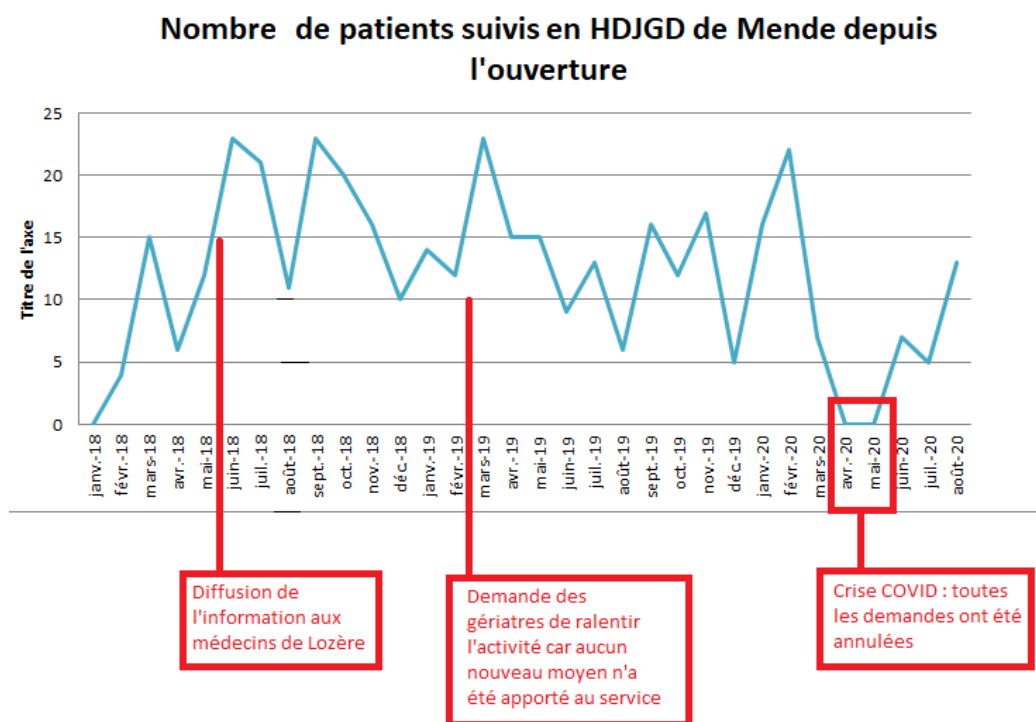


Figure 1: nombre de patients suivis en HDJGD de Mende depuis son ouverture

En 2018, 12 demandes ont été annulées et en 2019 elles étaient 16. L'année 2020 est particulière : la crise sanitaire n'a pas permis d'ouvrir le service entre fin mars et début juin. Les principaux motifs d'annulation des HDJGD sont liés au délai trop long entre la demande et la date prévue de la journée d'hospitalisation.

Actuellement, l'HDJGD n'a pas vu de modification de fonctionnement par rapport à ce qui est décrit ci-dessus. Les locaux ont été déménagés en juin 2020, l'équipe n'a pas été renforcée et depuis le 1^{er} septembre 2020, un seul gériatre assure son fonctionnement. Pendant les périodes de congés ou les arrêts maladie, les intervenants ne sont pas remplacés, ils synchronisent donc leurs absences au maximum pour permettre de fermer le moins possible le service aux patients. Les autres intervenants continuent leurs évaluations en HDJGD en plus de leurs missions initiales, impliquant une surcharge de travail depuis plus de 2 ans.

1.4.2.5 Motivations de l'évaluation

La Concertation Grand âge et Autonomie expose la notion d'évaluation de la qualité des services proposés aux personnes âgées (2) dont les HDJG font partie.

Ainsi, dans la démarche d'évaluation des HDJ vue précédemment, le CH Lozère a élaboré un questionnaire de satisfaction sur le service d'HDJ polyvalent pour les patients mais pas pour les médecins généralistes (cf. Annexe 13). Or, il nous semblait important, à notre échelle, de renouer le dialogue entre les médecins généralistes et l'HDJGD en évaluant le taux de satisfaction de ceux qui sont au centre de la prise en charge des personnes âgées fragiles et de la prévention de la dépendance.

I.5 Problématisation

Ma pratique durant l'internat et les remplacements, à la croisée du libéral et du centre hospitalier en Lozère, m'a permis d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la gériatrie sur le département avec le point de vue d'un généraliste (quel que soit son type d'exercice). En effet, la proximité permise par la configuration du département est une aubaine pour ce type d'observation. J'ai ainsi pu éprouver, moi-même, les carences que subissaient les médecins généralistes dans leur accessibilité à la filière gériatrique et leur isolement dans la prise en charge de leurs patients âgés fragiles, de manière d'autant plus flagrante que j'avais, pour ma part, une connaissance de l'intérieur de cette filière gériatrique.

L'HDJGD est une interface essentielle et pourtant, elle apparaissait comme la plus méconnue des généralistes lozériens, mais aussi la plus récente, c'est pour cela que j'ai voulu étudier le rapport entre les médecins généralistes et ce service en particulier.

De plus, les médecins généralistes sont les premiers concernés, pourtant ils ont été oubliés dans la conception du projet. Leur point de vue me semblait essentiel pour évaluer la qualité du service rendu par l'HDJGD de Lozère et pourtant, à 2 ans de l'ouverture, aucun retour d'expérience n'avait été recherché. J'ai voulu déterminer si l'HDJGD, dans le cadre du développement de la filière gériatrique ville / hôpital, répondait aux attentes des médecins généralistes lozériens dans leur pratique quotidienne.

La question étudiée ici est donc : Les médecins sont-ils satisfaits par les services rendus par l'HDJGD de l'Hôpital Lozère?

Mon hypothèse de départ, d'après mes premières observations auprès de médecins généralistes, était que les médecins généralistes lozériens étaient globalement satisfaits par ce service, mais qu'il existait des carences d'information et des délais d'accès à l'HDJGD.

I.6 Objectifs de l'étude

Pour répondre à ce questionnement, j'ai défini les objectifs suivants :

Objectif principal : Évaluer le taux de satisfaction des médecins généralistes de Lozère vis-à-vis de l'Hôpital de jour gériatrique diagnostique de Mende.

Objectifs secondaires : affiner les éléments qui expliquent ce taux : évaluer, par des critères d'ordre organisationnel et de communication, les services rendus par l'hôpital de jour gériatrique diagnostique ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Lozère, dans leur pratique quotidienne.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1 Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en utilisant des moteurs de recherches, sites et documentation suivants:

- PubMed
- Catalogue Sudoc
- Bibliothèque Inter-Universitaire de la faculté de Montpellier
- Le site : cairn.info
- Le site : ELSEVIER MASSON
- L'INSERM
- L'INSEE
- La DREES
- Le site : Google Scholar
- Le livre blanc de la Gériatrie Française
- Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre Blanc.

Les mots clés principaux rentrés dans ces bases de données étaient :

- Fragilité, frailty, frailty syndrome
- Personne âgée, older adults, elderly people
- Médecine générale, primary care physician
- Primary care
- Gériatrie, geriatrics
- Hôpital de jour, day hospital
- Hôpital de jour gériatrique
- Evaluation de la satisfaction

La bibliographie a été constituée grâce au logiciel Zotero.

II.2 L'étude

II.2.1 Type d'étude

Cette étude a pour objectif de décrire à un instant T le niveau de satisfaction des médecins généralistes lozériens vis-à-vis de l'hôpital de jour gériatrique diagnostique (HDJGD) de l'hôpital Lozère.

Il s'agit d'une enquête descriptive, observationnelle, de type quantitative.

II.2.2 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le degré de satisfaction des médecins généralistes lozériens vis-à-vis de l'HDJGD de Mende.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- la satisfaction des médecins généralistes concernant l'aspect organisationnel du service d'HDJG et son articulation avec leur propre organisation ;
- la satisfaction concernant les différents aspects de la communication et de l'information reçue.

Une dernière partie du questionnaire ouvrait des perspectives sur les éventuelles attentes des médecins généralistes quant à l'évolution de la relation ville/hôpital de la filière gériatrique de Lozère.

II.3 Population étudiée

Il s'agit d'étudier le niveau de satisfaction de tous les médecins généralistes exerçant une activité clinique de médecine générale dans le département de la Lozère, quel que soit leur type d'activité, étant susceptibles d'adresser certains de leurs patients en HDJGD du CH de Mende.

La très faible densité médicale et mon exercice au sein de 5 services du CH de Mende et dans un quart des cabinets de médecine générale du département ces 6 dernières années m'ont permis d'affiner le listing de ces médecins et de définir les critères d'inclusion et d'exclusion les plus appropriés. Au vu de la faible taille de la population cible, il n'a pas été réalisé d'échantillonnage. Tous les médecins recensés ont donc été la cible de l'enquête.

II.3.1 Critères d'inclusion

Il s'agit des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins de Lozère exerçant auprès de patients éligibles à une HDJGD. Les types d'exercices sont donc :

- Libéral
- Mixte
- Coordonnateur d'EHPAD
- Urgences (mais inscrits en tant que généralistes)
- En centre hospitalier (médecine aiguë, SSR, USLD)

- Cure thermale accueillant des patients potentiellement fragiles
- Médecin conseil des assurances car susceptible de repérer des patients fragiles,

qu'ils soient retraités avec maintien d'une activité ou actifs.

De plus, ont également été inclus les médecins généralistes remplaçants fixes du département 48, dont les noms et coordonnées sont connus soit du Conseil de l'Ordre des Médecin du 48, soit de l'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins (ALUMPS), qui génère les offres de remplacement pour le libéral et rédige la plupart des contrats de remplacement. Ces médecins remplaçants sont thésés ou non, inscrits ou non au Conseil de l'Ordre du 48, mais leurs contrats de remplacement sont traités par le Conseil de l'Ordre du 48.

II.3.2 Critères d'exclusion

- Les médecins généralistes retraités sans activité.
- Les médecins n'exerçant plus aucune activité en Lozère au 1^{er} janvier 2020 (car ne peuvent bénéficier de la relance des questionnaires).
- Médecins généralistes n'exerçant plus la médecine générale, car ils n'étaient d'office pas dans les médecins informés de l'ouverture de l'HDJGD.
- Médecins généralistes exerçant uniquement auprès d'une population non concernée par l'HDJGD (type PMI).
- Dr Pascale Jamet ma co-directrice de thèse et médecin de l'HDJGD car non partielle. Ma directrice de thèse étant inscrite à l'ordre en tant que gériatre, elle n'était, de fait, pas dans les critères d'inclusion.
- Moi-même.

II.4 Le questionnaire

II.4.1 Elaboration du questionnaire

II.4.1.1 Types de questions

Le questionnaire était composé d'une page de garde expliquant la démarche de la thèse, de 6 pages de questions et d'une page d'annexes comprenant les définitions choisies de « Gériatrie » et de « Fragilité ».

L'essentiel du questionnaire est composé de questions fermées pour plusieurs raisons :

- les réponses sont moins sujettes à interprétation,

- ce type d'enquête semble plébiscité par les médecins en raison de la rapidité de remplissage. En effet, les médecins généralistes sont très souvent à court de temps dans leur pratique et sollicités fréquemment pour des thèses, il convenait de leur faciliter la tâche.

Pour autant, j'ai laissé quelques questions avec la possibilité d'expression libre pour :

- Ne pas générer un éventuel sentiment de frustration chez les médecins répondants qui montraient leur intérêt sur le sujet en répondant au questionnaire, leur permettant ainsi de donner un avis complet sur le sujet.
- Ne pas passer à côté d'un sujet pertinent qui ne serait pas apparu dans les questions posées.

II.4.1.2 Détails du questionnaire :

Le questionnaire est structuré en 7 parties (cf. Annexe 14)

Les 3 premières concernent la population étudiée:

- La 1^{ère} rapporte les renseignements démographiques de la population étudiée,
- La 2^{ème} concerne leur type de patientèle et leurs proportions, selon eux, de patients gériatriques et de patients fragiles,
- La 3^{ème} les interroge sur leurs éventuels contacts précédents avec l'HDGJD.

La 4^{ème} partie évalue leur niveau de satisfaction permettant ainsi de répondre à l'objectif principal de cette étude.

La 5^{ème} les questionne quant au niveau de satisfaction de leur patientèle ayant été prise en charge par l'HDJGD le cas échéant.

L'avant-dernière partie précise les différents éléments participant à leur niveau de satisfaction, les axes étudiés étant :

- l'information
- l'accessibilité et le relationnel qu'ils entretiennent avec l'HDJGD
- les délais
- les apports de ce service dans leur pratique
- les différents éléments propres aux HDJGD qui leur font préférer ce mode de prise en charge comparativement à une consultation gériatrique, et ceux qu'ils mettent en avant auprès de leurs patients

Enfin, le questionnaire termine sur une partie plus ouverte quant à l'avenir de l'HDJGD et plus globalement sur la relation ville/hôpital de la filière gériatrique.

II.4.1.3 Test de faisabilité et relecture

Après relecture et correction du questionnaire par mes directrice et co-directrice de thèse, j'ai procédé, le 5 novembre 2019, à l'envoi des questionnaires tests à 6 médecins généralistes qui présentaient 1 critère d'exclusion : le lieu d'exercice actuel (dont 4 avaient déjà eu recours à ce service l'année précédente). Ce test a permis de déterminer la durée nécessaire pour y répondre, permettant ainsi d'indiquer à la population cible que la réponse à ce questionnaire leur prendrait 10 à 15 minutes de leur temps. De plus, il a permis de valider les 2 formats (en ligne et papier) ainsi que la clarté des questions. Une attention particulière a été portée sur la forme et l'efficacité des réponses, optimisant ainsi les chances d'un meilleur taux de réponses.

II.4.2 Diffusion et mode de recrutement

Questionnaire anonyme et non rémunéré.

II.4.2.1 1^{ère} diffusion

Le 30 novembre 2019 le questionnaire a été envoyé sous forme de mail qui donnait le lien du questionnaire sur Google Forms® (<https://docs.google.com/forms/d/11Z2rChhxCnrPY-Lda6DOam4E5HWIRBNeoWz3cIDcb0M/edit>) ainsi qu'un document PDF correspondant à l'annexe du questionnaire. Ce mail a été diffusé via l'ALUMPS, le Conseil de l'Ordre et les adresses électroniques professionnelles des médecins du CH de Mende.

Le préambule du questionnaire comportait l'explication suivante :

« Chères futures consœurs, chers futurs confrères,

Dans le cadre de la réalisation de mon projet de thèse d'exercice afin de devenir médecin généraliste, j'étudie votre niveau de satisfaction quant au service d'Hôpital de Jour Gériatrique Diagnostique (HDJGD) qui a ouvert le 08/02/2018 au sein du Centre Hospitalier Lozère à Mende.

Ce questionnaire, totalement anonyme, s'adresse aux médecins généralistes (thésés ou remplaçants non thésés « réguliers ») exerçant en Lozère, quel que soit leur type d'exercice. Même si vous recevez plusieurs sollicitations, merci de n'y répondre qu'une fois.

Ce questionnaire vous demandera entre 10 et 15 minutes. Si vous le souhaitez, une annexe comprenant les définitions de "gériatrie" et "fragilité" est disponible en pièce jointe de ce mail.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à cette étude.

Agnès PELTIER

Remarque préalable : si vous souhaitez apporter des précisions dans vos réponses au questionnaire ci-dessous, vous pouvez les fournir à la fin du présent questionnaire, dans la partie d'expression libre. »

II.4.2.2 Relance

Fin février 2020 une relance papier établie sur WORD de Microsoft® a été faite grâce :

- à l'annuaire du Conseil de l'Ordre des Médecins avec comme critères : médecins généralistes de Lozère, sexe indifférencié, type d'activité indifférenciée ;
- à l'annuaire du dossier patient informatisé de l'Hôpital Lozère.

La relance papier comprenait le questionnaire (cf. Annexe 14) et une enveloppe de retour préaffranchie avec mon adresse pré-remplie pour que les médecins n'aient d'autres démarches à faire que de répondre au questionnaire. Des questionnaires papiers ont été déposés dans les casiers personnels des médecins généralistes des urgences du CH de Mende et aux secrétariats des médecins généralistes exerçant dans les autres services du CH.

Une dernière relance devait avoir lieu mi-mars via les URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) d'Occitanie mais ils n'ont pas été disponibles pendant la crise COVID (la proposition de diffusion via leur réseau m'a été faite le 25 août 2020 mais les résultats étaient clôturés).

II.5 Recueil des données

La clôture du recueil des données s'est effectuée le 1^{er} mai 2020, soit un total de 5 mois entre la 1^{ère} diffusion et la clôture.

Pour les questionnaires remplis en ligne, les données étaient directement intégrées dans la base de données de Google Forms®. Les réponses « papiers » ont toutes été rentrées dans Google Forms® pour n'avoir qu'une base de données. Toutes ces données ont secondairement été exportées vers le logiciel EXCEL de Microsoft®.

J'ai ainsi obtenu 27 réponses papiers et 28 réponses directement sur le lien Google®.

II.6 Analyse des résultats

II.6.1 Type d'analyse

S'agissant d'une étude descriptive sur des variables individuelles, une analyse descriptive a été réalisée pour chaque question.

II.6.2 Code couleur

Un code couleur pour la présentation des résultats a été utilisé pour plus de lisibilité :















Taux de satisfaction	
	très satisfait
	satisfait
	moyennement satisfait
	peu satisfait
	non satisfait
	je n'ai pas eu recours
Choix multiples autres	
	Oui
	En partie
	Non
	Je n'ai pas eu recours
proportion de patientèle	
	0-25%
	25-50%
	50-75%
	75-100%

Tableau 7: code couleur des résultats

II.6.3 Définition de sous-populations

Pour définir les sous-populations la méthode a été la suivante :

- Pour sélectionner la sous-population « médecins libéraux installés en Lozère » nous avons pris ceux ayant choisis la mention « libéral » ET éliminé les médecins ayant coché « remplaçant », ceux ayant coché uniquement « médecine d'urgence », « salariat » ou les deux. Il s'agit d'une population fréquemment étudiée dans les résultats, parfois aussi sous la mention « généralistes installés libéraux ».
- Pour sélectionner la sous-population des urgentistes, nous avons éliminé ceux ayant coché « libéral », ceux ayant coché uniquement « remplaçant » et uniquement « salariat ». Nous avons gardé ceux ayant stipulé uniquement une activité d'urgence ainsi que ceux ayant coché « salariat » ET « médecine d'urgence ».

- La sous-population des médecins remplaçants est, quant à elle, directement représentée par les médecins ayant coché « remplaçants ».

II.6.4 Logiciels utilisés

L'analyse a été réalisée dans un 1^{er} temps à partir du logiciel Microsoft© EXCEL après extraction des données statistiques du questionnaire Google Forms® pour permettre la création de tableaux et graphiques.

Pour les analyses statistiques nous avons utilisé deux logiciels de statistiques :

- BIOSTATGV® pour celles comportant moins de données
- ExcelStat ® pour celles ayant plus de données.

Pour ExcelStat® il a fallu exclure des calculs les données nulles si toute une colonne ou toute une ligne ne comportait que des données nulles (en grisées dans les tableaux).

Nous avons comparé des variables qualitatives nominales en fonction de facteurs qualitatifs indépendants, nous avons donc réalisé des tests du Chi 2 ou des tests de Fisher quand au moins une variable était inférieure à 5 (soit la plupart du temps).

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$ pour tous les tests réalisés.

II.6.5 Analyse des réponses ouvertes

Pour les réponses en texte libre, nous avons débuté par une analyse globale afin d'extraire les réponses non concordantes avec le sujet puis celles non pertinentes à analyser mais utiles à la discussion.

Pour les réponses restantes nous avons ensuite réalisé une analyse thématique.

Pour réaliser l'analyse thématique : une analyse des champs lexicaux a été effectuée en premier lieu afin de dégager des thèmes et sous-thèmes et d'ainsi faire ressortir leur fréquence d'apparition dans les réponses. Seulement 7 réponses ont été analysées engendrant peu de sens statistiques, cette analyse thématique était donc purement descriptive.

III. RESULTATS

III.1.1 Diagramme de flux

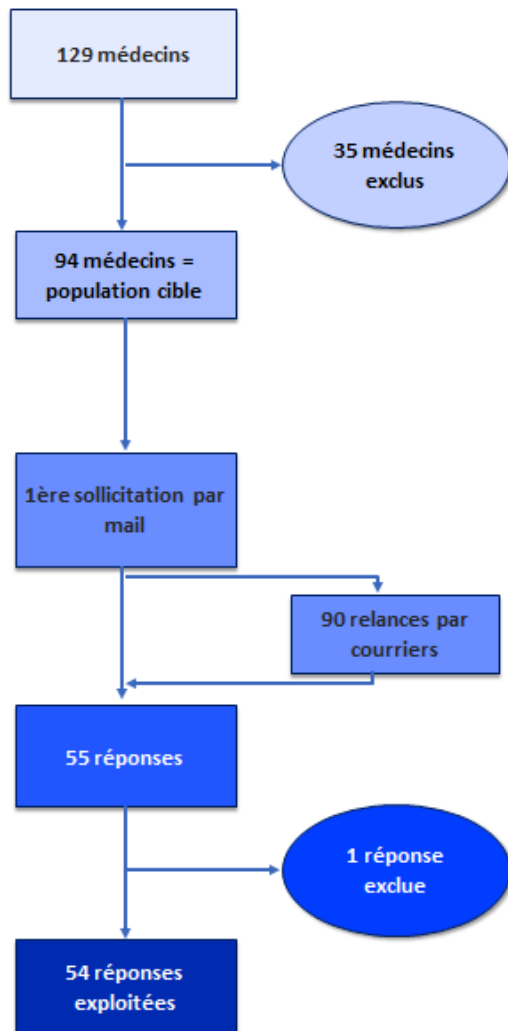


Figure 2: diagramme de flux

Outils de pré-sélection :

1. Données de l'ALUMPS (Association lozérienne des urgences médicales et de la permanence de soins)
2. Données de l'annuaire du Conseil de l'Ordre National
3. Données du logiciel Hôpital Manager proposant des listings de médecins par lieux d'exercice et par spécialités

A partir des outils de pré-sélection 129 médecins ont été inclus initialement. Sur ces 129 médecins, 11 n'exerçaient plus en Lozère et 9 étaient retraités sans activité au 1^{er} janvier 2020. Ils n'ont donc pu bénéficier de la relance du questionnaire. Par ailleurs, 15 présentaient au moins un des critères d'exclusions exposés dans le tableau 8.

III.1.1.1 Descriptif des populations incluses et exclues

Autres motifs d'exclusion	nombre
exercice exclusif :	
en centre de désintoxication	1
en PMI	1
comme médecin du travail	2
à l'EFS	1
comme médecin conseil	1
à l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	1
à la direction de la solidarité	1
ostéopathe, déconventionné, n'est médecin traitant d'aucun patient	1
acupuncteur, déconventionné, n'est médecin traitant d'aucun patient	1
comme gynécologue obstétricien	1
au SDIS (service départemental d'incendie et de secours)	1
en médecine préventive auprès de jeunes patients	1
Autres :	
ma co-directrice de thèse (cf. <i>Matériel et Méthode : critères d'exclusion</i>)	1
moi-même	1
TOTAL	15

Tableau 8 : détails des critères d'exclusion utilisés

médecins inclus	
Inscrits au Conseil de l'Ordre de Lozère*	82
Remplaçants réguliers non-inscrits	12
TOTAL	94
Salariat uniquement	
	26
Urgentistes	18
Dont urgentistes inscrits à l'Ordre 48*	12
Non urgentistes	8
médecins MSA (mutualité sociale agricole)	2
médecin de SSR pneumologique	1
médecin de cure thermale	1
médecins au CH de Mende	3
somaticien en géronto-psychiatrie	1
salariat uniquement non urgentiste inscrits à l'Ordre 48*	6
activité mixte	
	2
médecin de l'HAD (+libéral)	1
médecin de centre pénitentiaire (+urgence)	1
Libéraux installés non remplaçants inclus	
	64

Tableau 9 : détails des médecins inclus dans l'étude

III.1.1.2 Taux de participation

La première sollicitation des 94 médecins a été faite par mail via les listes d'adresses électroniques de l'ALUMPS, du Conseil de l'Ordre 48 et du centre hospitalier de Mende. La seconde sollicitation auprès de 90 médecins sur les 94 a été faite par courrier postal (à noter que 4 adresses n'étaient pas disponibles).

III.1.1.2.1 Taux de renvoi

27 retours sur les questionnaires en papier, 28 réponses en ligne.

1 réponse renvoyée par voie postale a été exclue car elle était signée et ne respectait donc pas l'anonymat requis et, de plus, le médecin ne répondait pas au questionnaire mais stipulait juste qu'il n'avait pas le temps d'y répondre. Au total le taux de réponse est de 57.4% (soit 54 répondants retenus sur 94 médecins inclus).

III.1.1.2.2 Taux de remplissage

48 questionnaires étaient totalement renseignés (hors des champs d'expression libre non obligatoires pour le traitement des réponses).

III.1.1.2.3 Remarques

41% des médecins n'avaient pas eu de patients pris en charge par l'HDJGD. 31% des médecins n'avaient eu aucune information lors de l'ouverture du service.

III.1.2 Caractéristiques des médecins répondants

III.1.2.1 Sexe



Figure 3: répartition du nombre d'hommes et de femmes chez les médecins répondants, n=53

III.1.2.2 Année de naissance

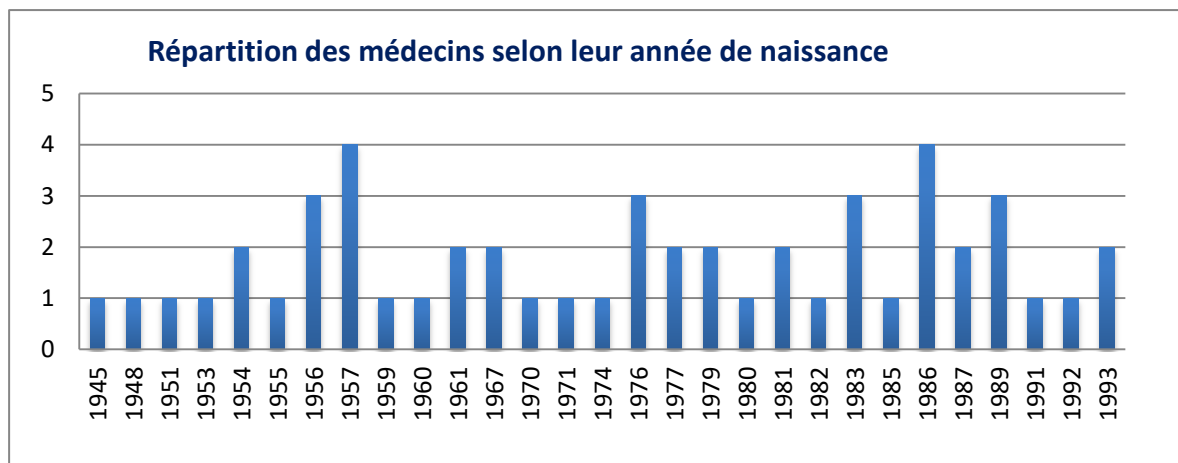


Figure 4: répartition des médecins selon leur année de naissance, n=52

Moyenne : 1972.5 soit 47.5 ans en moyenne. Médiane : 1976 soit une médiane d'âge à 44 ans.
Ecart type : 14,22.

Une réponse stipulait « entre 1980 et 1990 » et n'a donc pas été prise en compte.

III.1.2.3 Date de début d'exercice en Lozère (installation ou début des remplacements)

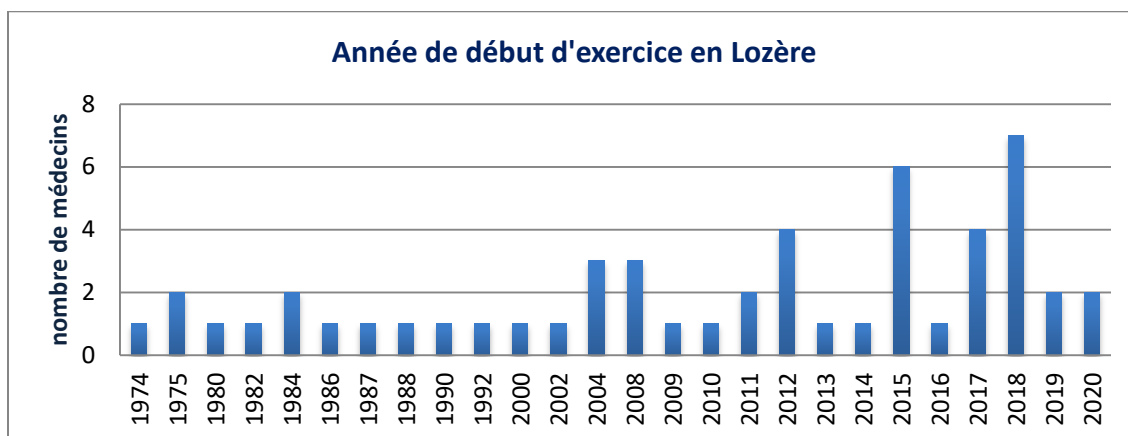


Figure 5: répartition des médecins selon leur date de début d'exercice en Lozère, n=52

Moyenne : 2006. Médiane : 2012. Ecart-type : 13,94.

Une réponse stipulait « entre 2010 et 2015 » et n'a donc pas été prise en compte. Les réponses détaillant le jour et/ou le mois ont été simplifiées à l'année.

III.1.2.4 Types d'exercice

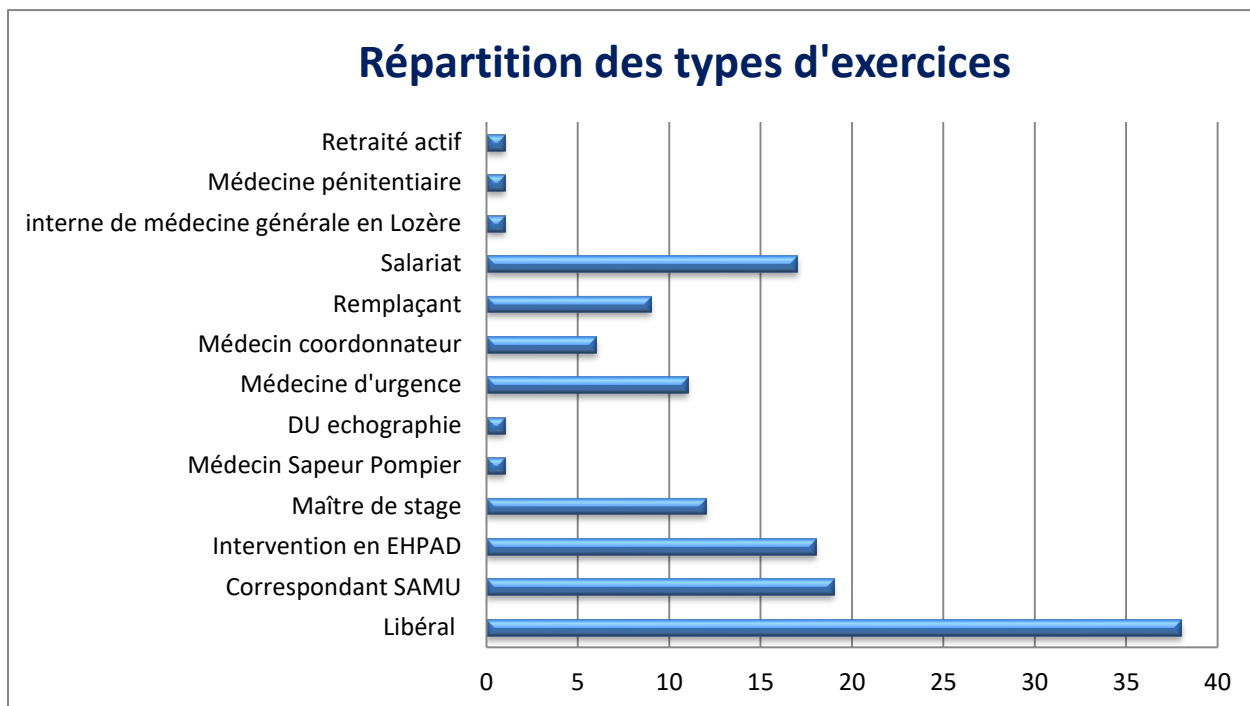


Figure 6 : répartition des types d'exercices des médecins étudiés, n=54

NB : il s'agissait d'une question à choix multiples.

Sous-populations étudiées :

Les « médecins libéraux installés en Lozère » représentent 35 médecins répondants (65%). D'après le Conseil de l'Ordre 48, ils sont 67 au total (dont 3 n'exercent pas l'activité de médecins traitants, cf. Tableau 2). Les urgentistes représentent 9 médecins soit 17% des médecins ayant répondu. Les médecins remplaçants sont également 9 (17%) à avoir répondu. A noter que 2 médecins sont urgentistes remplaçants et entre donc dans les 2 catégories.

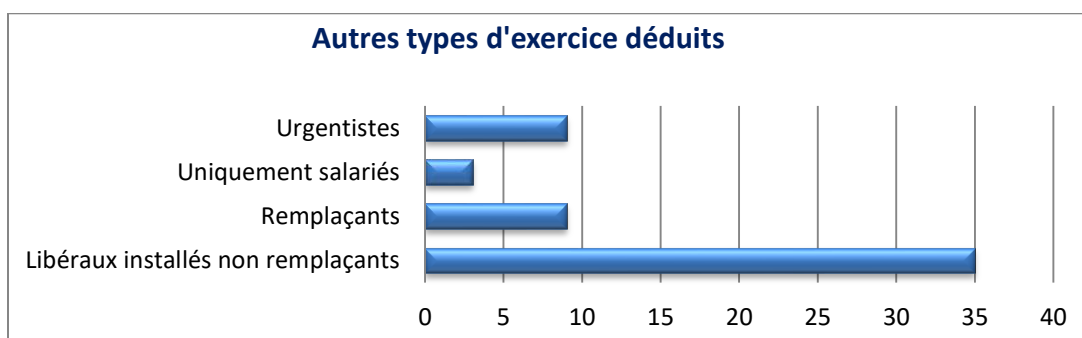


Figure 7: déduction des types d'exercice non explicitement demandés dans le questionnaire

III.1.2.4.1 *Rapports des médecins avec le service d'HDJGD en fonction de leur type d'activité (comparatif des 3 principales sous-populations étudiées)*

	Types d'activité			Total des répondants, n (%)	p-value
	libéraux installés, n (%)	remplaçants, n (%)	urgentistes, n (%)		
information à l'ouverture					0,048
aucune information	8 (23)	4 (44)	6 (67)	16 (30)	
peu satisfait	2 (6)	0 (0)	1 (11)	5 (10)	
moyennement satisfait	5 (14)	0 (0)	2 (22)	9 (17)	
satisfait	17 (49)	4 (44)	0 (0)	20 (37)	
très satisfait	2 (6)	1 (11)	0 (0)	2 (4)	
information actuelle					0,13
aucune information	7 (20)	3 (33)	6 (67)	17 (32)	
peu satisfait	1 (3)	1 (11)	1 (11)	4 (7)	
moyennement satisfait	9 (26)	2 (22)	1 (11)	14 (26)	
satisfait	16 (46)	2 (22)	1 (11)	16 (30)	
Très satisfait	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
service adapté à la pratique					0,075
Ne se prononce pas	1 (3)	0 (0)	3 (33)	4 (7)	
Non	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
En partie	9 (26)	1 (11)	2 (22)	12 (22)	
Oui	21 (60)	8 (89)	3 (33)	33 (61)	

Tableau 10 : information lors de l'ouverture, accès actuel à l'information et adéquation du service d'HDJGD et de l'activité : satisfaction par type d'activité (3 principales activités). (N.B. : 2 médecins sont urgentistes ET remplaçants)

III.1.2.5 *Territoire d'exercice*

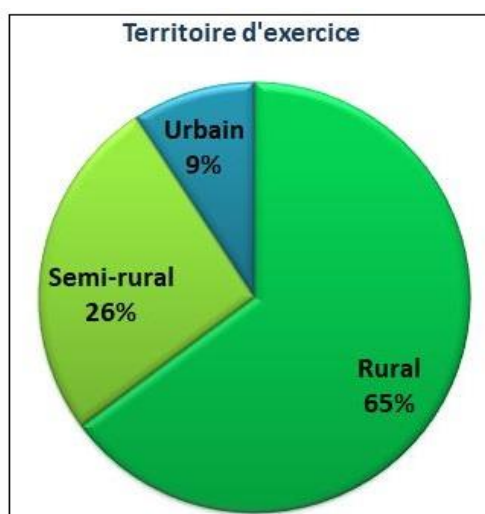


Figure 8: répartition des territoires d'exercice des médecins étudiés, n=54

III.1.2.5.1 Rapports des médecins avec le service d'HDJGD en fonction du territoire d'exercice

	Type de territoire			Tous, n (%)	p-value
	Rural, n (%)	Semi-rural, n (%)	Urbain, n (%)		
Ont-ils déjà eu un patient pris en charge ?					0,91
Oui	20 (57)	9 (64)	3 (60)	32 (59)	
Non	15 (43)	5 (36)	2 (40)	22 (41)	
Taux de satisfaction global					0,33
Je n'y ai pas eu recours	11 (31)	4 (29)	2 (40)	17 (32)	
Peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Moyennement satisfait	0 (0)	1 (7)	0 (0)	1 (2)	
Satisfait	18 (51)	4 (29)	2 (40)	24 (45)	
Très satisfait	5 (14)	5 (36)	1 (20)	11 (21)	
Satisfaction quant à l'information à l'ouverture					0,19
Je n'ai eu aucune information	13 (37)	1 (7)	2 (40)	16 (30)	
Peu satisfait	3 (9)	2 (14)	0 (0)	5 (10)	
Moyennement satisfait	3 (9)	5 (36)	1 (20)	9 (17)	
Satisfait	13 (37)	5 (36)	2 (40)	20 (37)	
Très satisfait	1 (3)	1 (7)	0 (0)	2 (4)	
Satisfaction quant à l'information actuelle					0,35
Je n'ai accès à aucune information	13 (37)	2 (14)	2 (40)	17 (31)	
Peu satisfait	3 (9)	1 (7)	0 (0)	4 (7)	
Moyennement satisfait	6 (17)	6 (43)	2 (40)	14 (26)	
Satisfait	12 (34)	4 (29)	1 (20)	17 (31)	
Très satisfait	0 (0)	1 (7)	0 (0)	1 (2)	
Satisfaction quant aux contacts avec le service					0,11
Je ne les ai jamais contactés	14 (40)	4 (29)	2 (40)	20 (37)	
Peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Moyennement satisfait	2 (6)	3 (21)	0 (0)	5 (9)	
Satisfait	15 (43)	5 (36)	1 (20)	21 (39)	
Très satisfait	1 (3)	2 (14)	2 (40)	5 (10)	

	Type de territoire			Tous, n (%)	p-value
	Rural, n (%)	Semi-rural, n (%)	Urbain, n (%)		
Estimez-vous que ce service soit adapté au territoire ?					0,63
Ne se prononce pas	2 (6)	1 (7)	1 (20)	4 (7)	
Non	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
En partie	7 (20)	2 (14)	0 (0)	9 (17)	
Oui	23 (66)	11 (79)	4 (80)	38 (70)	
les propositions faites dans la synthèse sont-elles possibles à mettre en place?					0,39
Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD	12 (34)	2 (14)	2 (40)	16 (30)	
Non	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
En partie	10 (29)	4 (29)	2 (40)	16 (30)	
Oui	10 (29)	8 (57)	1 (20)	19 (35)	

Tableau 11: utilisation, satisfaction globale, accès à l'information initiale et actuelle, contacts avec le service, service adapté au territoire, synthèse applicable : différences selon le type de territoire d'exercice, chiffres en pourcentage

III.1.2.6 Prérequis gériatriques



Figure 9: proportion de médecins étudiés ayant une ou plusieurs formations complémentaires en gériatrie, n=54

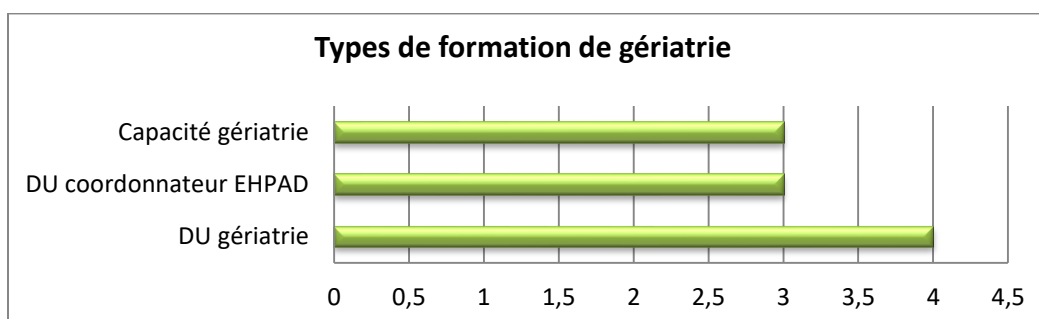


Figure 10: répartition des types de formations complémentaires en gériatrie pour les médecins ayant répondu "Oui" à la question, n=9

Sur les 9 réponses analysées, 1 médecin avait 2 formations différentes.

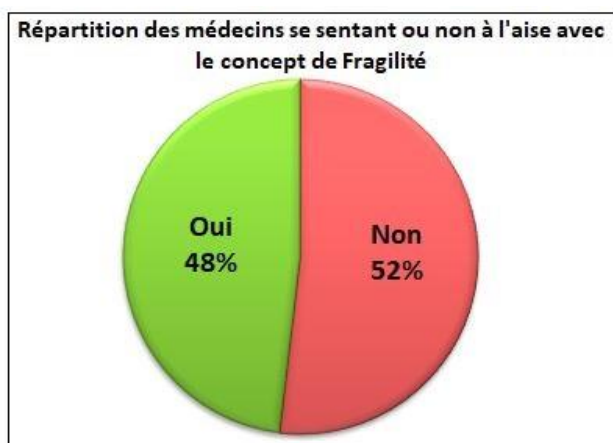


Figure 11: répartition des médecins étudiés se déclarant à l'aise ou non avec le concept de fragilité en gériatrie, n=54

III.1.3 Leur description de leur patientèle

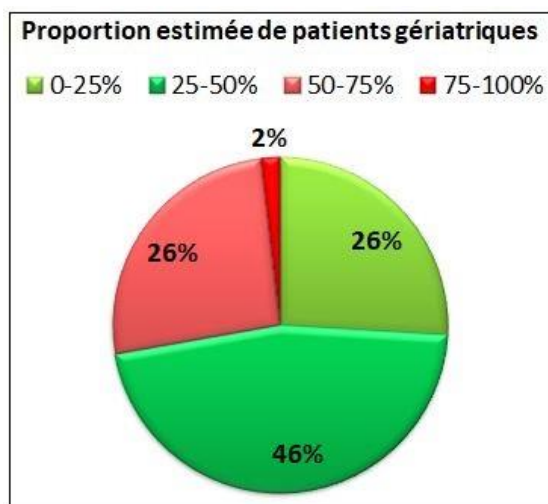


Figure 12: proportion de patients gériatriques estimée par les médecins dans leur patientèle, n=54

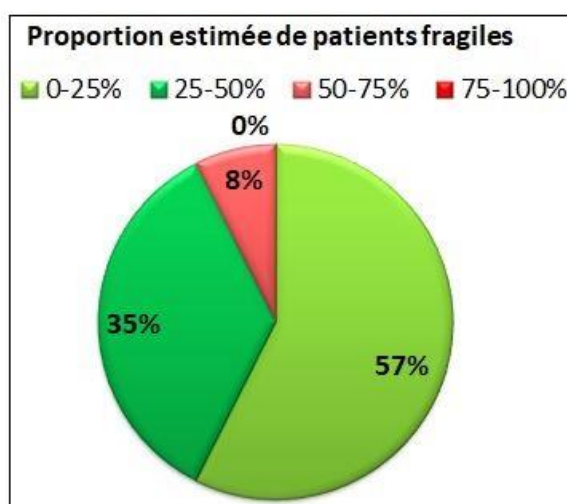


Figure 13: Proportion de patients fragiles estimée par les médecins dans leur patientèle, n=54

III.1.3.1 Répartition des médecins selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques dans leur patientèle

proportions	fragiles	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
gériatriques					
0-25%		92,86	7,14	-	-
25-50%		72,00	24,00	4,00	-
50-75%		-	78,57	21,43	-
75-100%		-	100,00	-	-

Tableau 12: répartition du pourcentage de médecins selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques dans leur patientèle

III.1.3.2 Corrélation entre les 2 populations selon si le médecin se déclare « à l'aise » avec le concept de fragilité en gériatrie ou non

Gériatriques \ Fragiles	0-25% (p-value = 0,29)		25-50% (p-value = 0,27)		50-75% (p-value = 1)		75-100%	
0-25%	6	7	1	0	0	0	0	0
25-50%	12	6	3	3	0	1	0	0
50-75%	0	0	2	9	2	1	0	0
75-100%	0	0	0	1	0	0	0	0

Tableau 13 : comparatif des répartitions des médecins « à l'aise » et « non à l'aise » avec le concept de fragilité selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques

III.2 Relations des médecins généralistes avec l'HDJGD

III.2.1 Utilisation du service

Les sous-populations :

2 urgentistes sur 9 ont déjà eu au moins 1 patient pris en charge par l'HDJGD. 3 remplaçants sur 9 ont également eu au moins 1 patient pris en charge. 25 généralistes en exercice libéral installés en Lozère sur 35 avaient déjà eu au moins 1 patient pris en charge par l'HDJGD lorsqu'ils ont répondu.

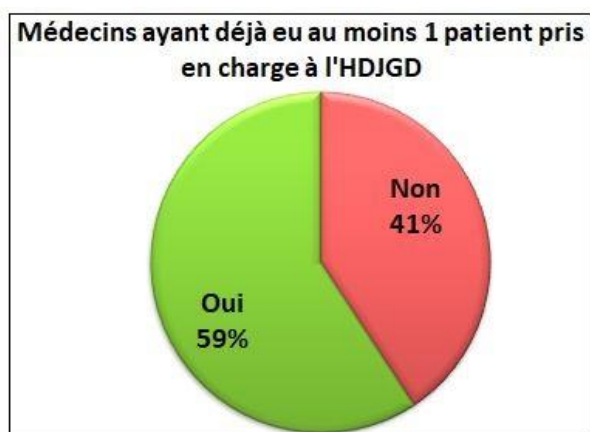


Figure 14: proportion de médecins ayant déjà eu au moins 1 patient pris en charge à l'HDJGD, n=54

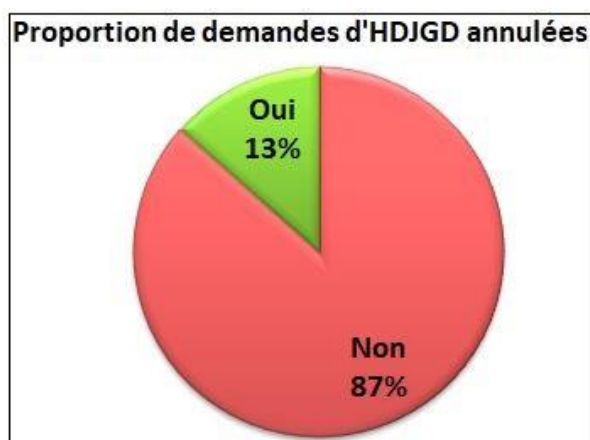


Figure 15: proportion de médecins ayant déjà eu au moins une demande d'HDJGD annulée, n=53

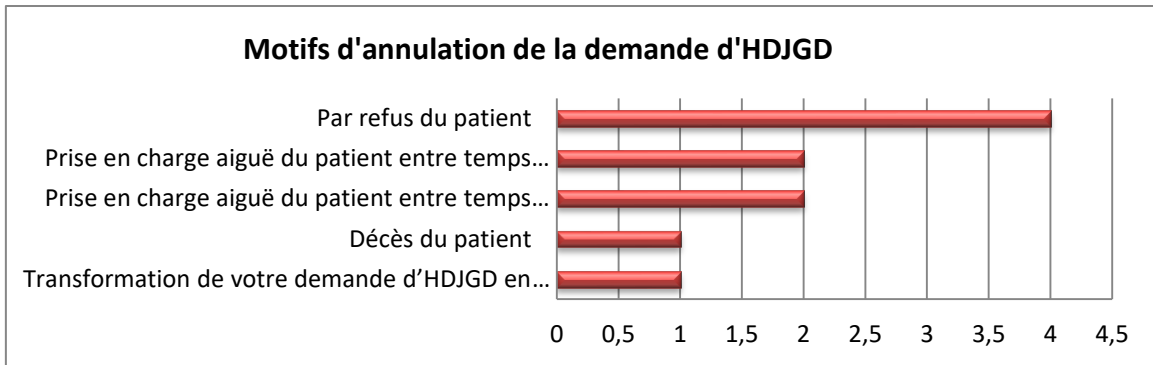


Figure 16: répartition des motifs d'annulation de la demande d'HDJGD le cas échéant

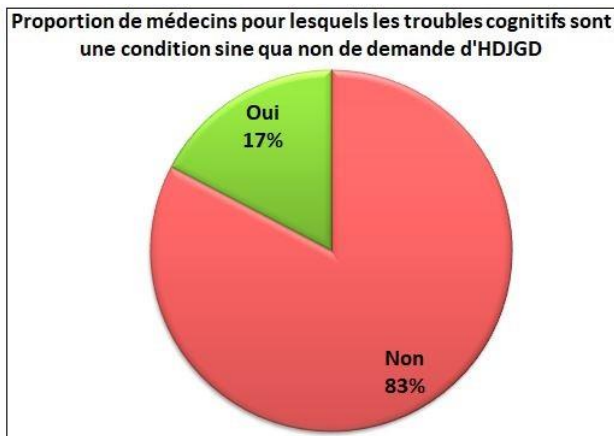


Figure 17: répartition des médecins selon si, pour eux, les troubles cognitifs sont une condition sine qua non de demande d'HDJGD ou non, n=52

III.2.2 Taux de satisfaction des généralistes

III.2.2.1 Global : critère de jugement principal

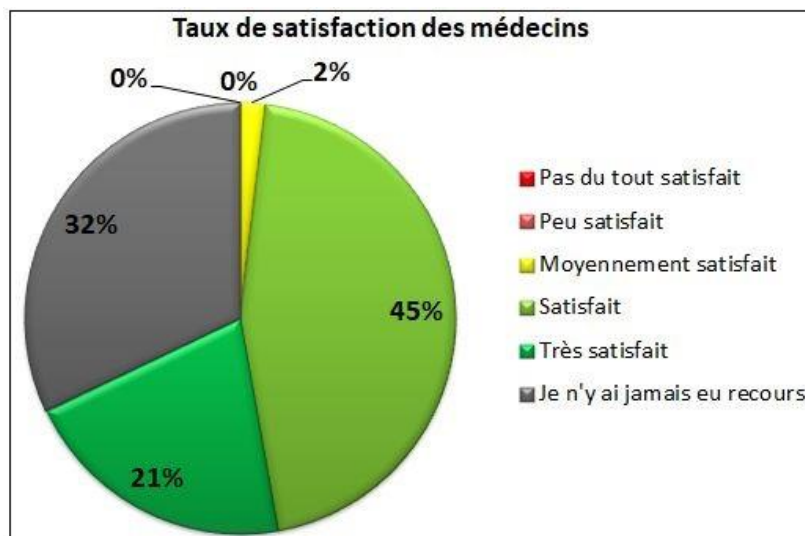


Figure 18: taux de satisfaction des médecins étudiés quant au service d'HDJGD, n=53

III.2.2.2 Place du médecin traitant



Figure 19: proportion de médecins considérant ou non que le rôle du médecin traitant, au centre de la prise en charge du patient, est respecté dans la prise en charge proposée par l'HDJGD, n=50

III.2.2.3 Apport dans la pratique du médecin généraliste

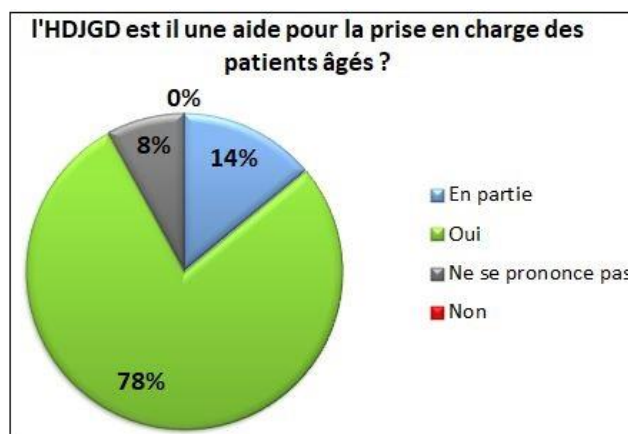


Figure 20: proportion de médecins estimant que l'HDJGD est, ou non, une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés, n=50

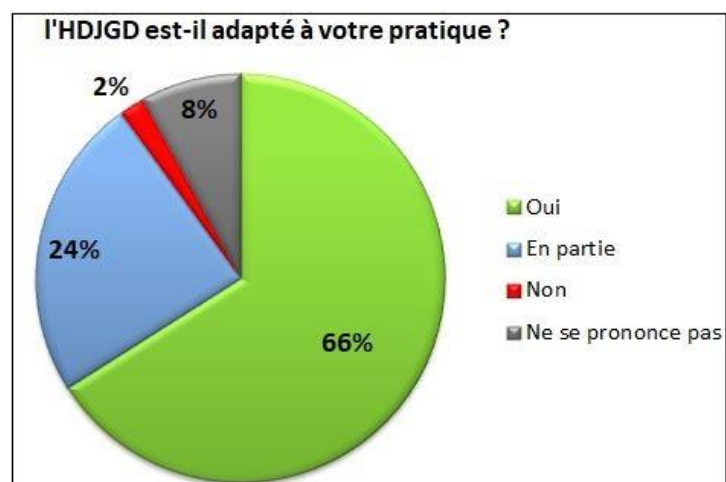


Figure 21: proportion de médecins estimant que ce service est adapté, ou non, à leurs pratiques, n=50

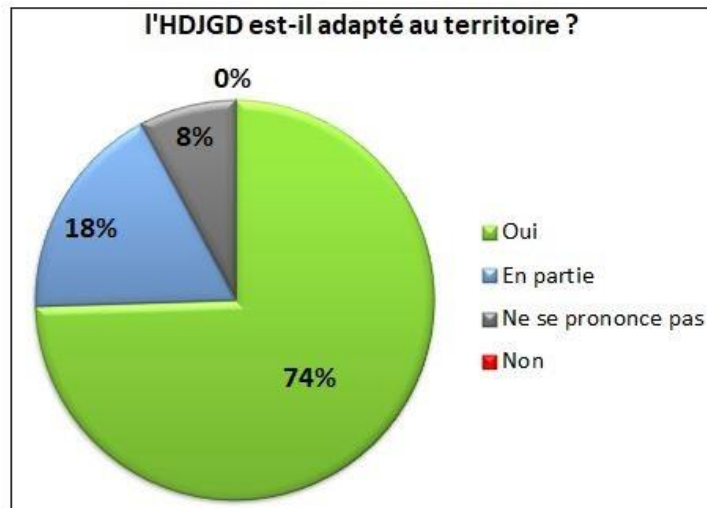


Figure 22: proportion de médecins estimant que l'HDJGD est adapté à leur territoire d'exercice, ou non, n=51

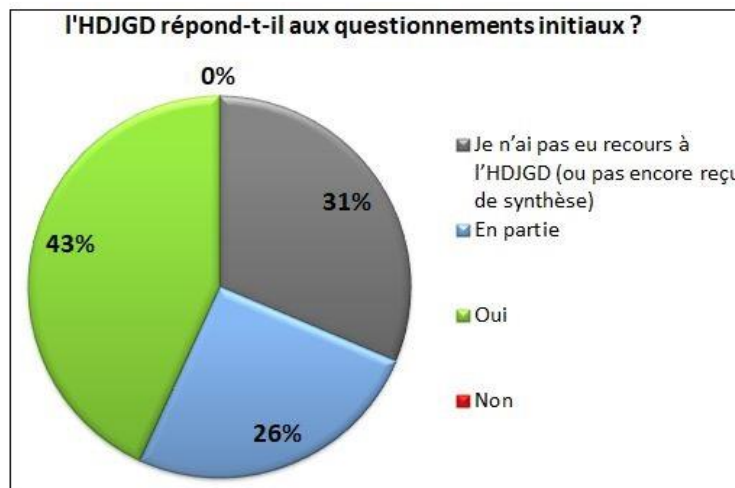


Figure 23: proportion des médecins qui estiment que la synthèse de l'HDJGD apporte, ou non, des réponses à leurs questionnements initiaux, n=51

Un champ d'expression libre était alors disponible pour des remarques éventuelles mais aucune remarque n'a été rapportée

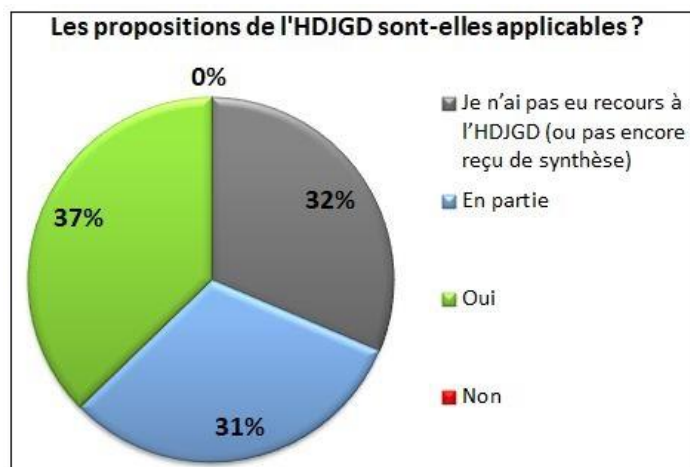


Figure 24: proportion de médecins estimant ou non que les propositions faites dans la synthèse d'HDJGD sont globalement possibles à mettre en place, n=51

III.2.3 Accès à l'information concernant l'HDGJD

III.2.3.1 L'information à l'ouverture du service

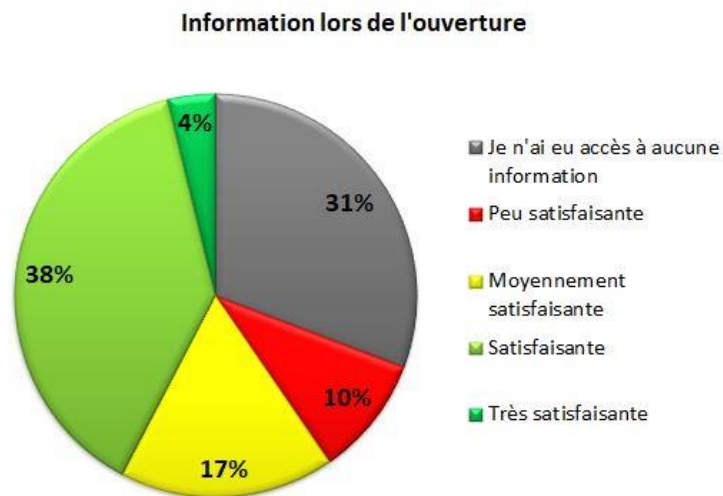
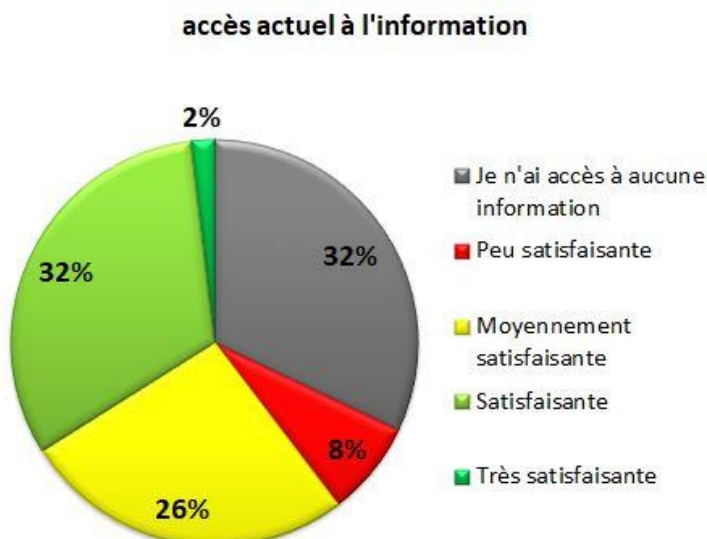


Figure 25: Niveau de satisfaction des médecins quant à l'information dispensée lors de l'ouverture du service, n=52

	Ont déjà eu au moins un patient pris en charge par l'HDJGD		p=3.9
	Oui, n (%)	Non, n (%)	
Médecins n'ayant eu aucune information	2 (13)	14 (88)	
Médecins peu satisfaits	4 (80)	1 (20)	
Médecins moyennement satisfaits	6 (67)	3 (33)	
Médecins satisfaits	17 (85)	3 (15)	
Médecins très satisfaits	2 (100)	0 (0)	

Tableau 14: proportion de médecins ayant déjà eu au moins 1 patient pris en charge en HDJGD selon leur niveau de satisfaction quant à l'information initiale, en pourcentage

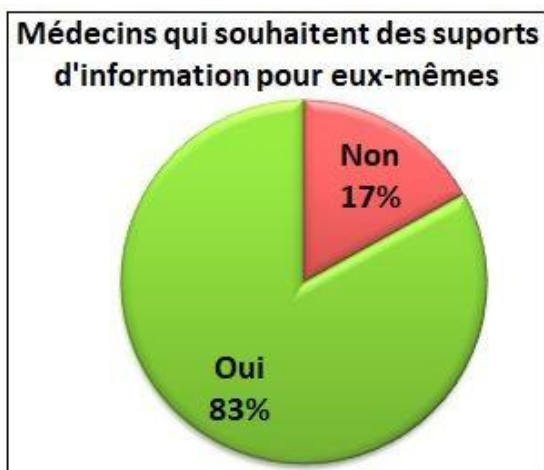
III.2.3.1 Accessibilité actuelle de l'information



Pour les médecins ayant débuté leur exercice à partir de 2018 (n=11), ils sont 3 à trouver l'accès à l'information actuelle satisfaisant, 4 à en être peu ou moyennement satisfaits et 4 à n'avoir accès à aucune information.

Figure 26: Niveau de satisfaction quant à l'accessibilité actuelle à l'information sur le service, n=53

III.2.3.2 Supports d'information



Tous les médecins ayant répondu « oui » ont coché au moins 1 type de support.

La proposition d'autres supports était possible mais aucun ne s'est exprimé dans la rubrique « autre(s) ».

Figure 27: répartition des médecins souhaitant ou non des supports d'information quant au service d'HDJGD pour eux-mêmes et/ ou pour les paramédicaux de leur secteur, n=53

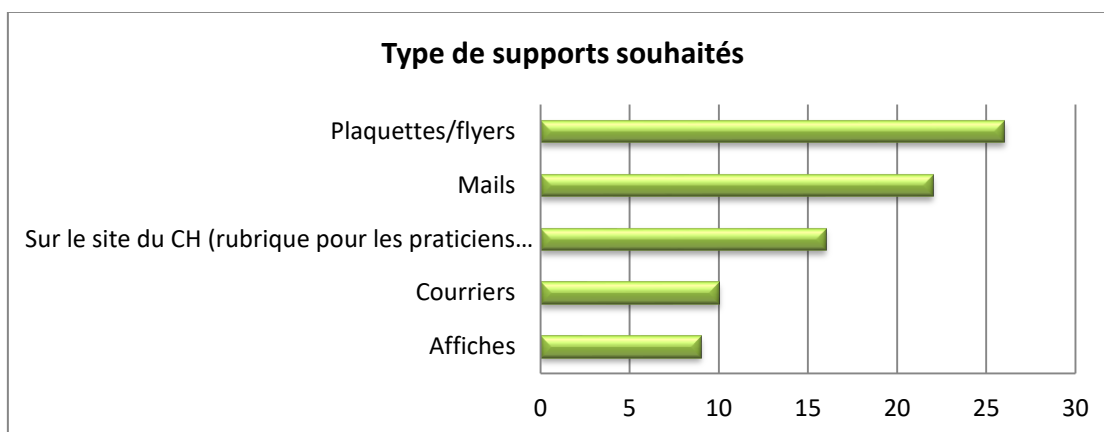


Figure 28: types de supports souhaités par les généralistes pour eux-mêmes et les paramédicaux exerçant avec eux (choix multiples), 44 réponses analysées

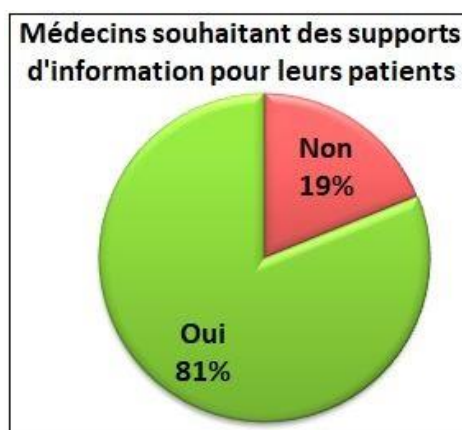


Figure 29: répartition des médecins souhaitant ou non des supports d'information concernant l'HDJGD pour leurs patients et/ou les familles de patients, n=53

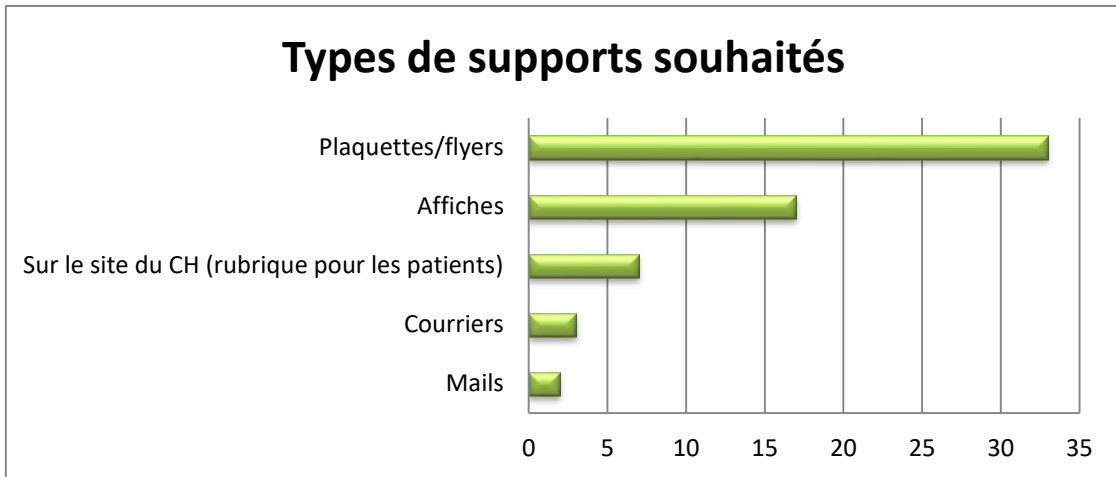


Figure 30: types de supports d'information relatifs à l'HDJGD souhaités par les généralistes pour les patients et/ou familles (réponses multiples possibles), 42 réponses analysées

La proposition d'autres supports était possible mais aucun ne s'est exprimé dans la rubrique « autre(s) ».

1 seul médecin ayant répondu « oui » n'a coché aucun type de support proposé.

III.2.3.3 Clarté de l'information fournie quant aux éléments suivants :

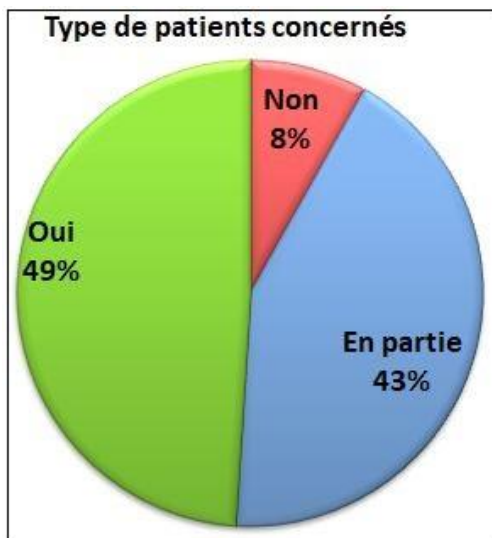


Figure 31: l'information expliquant quels patients étaient concernés était-elle claire ? n=49

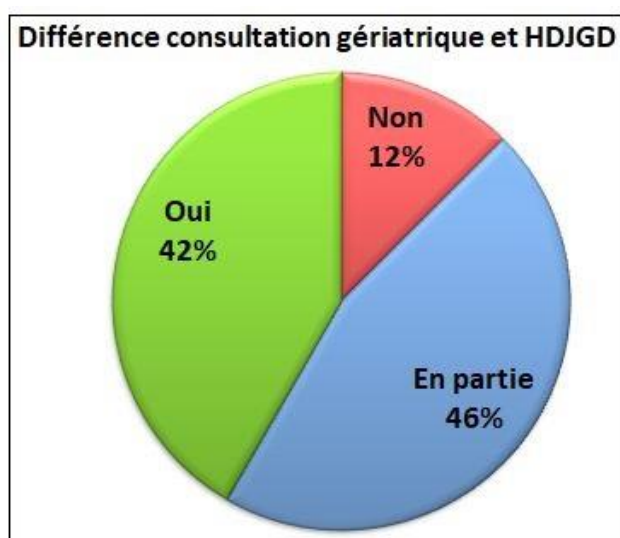


Figure 32: l'information donnée permettait-elle de faire la différence entre une consultation gériatrique et une prise en charge en HDJGD ? n=48

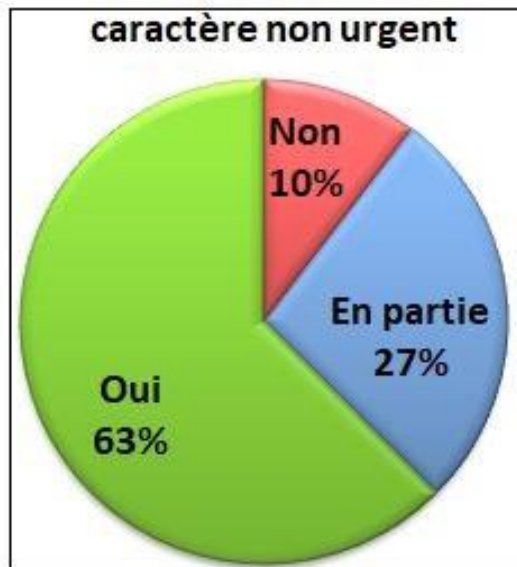


Figure 33: l'information stipulant que l'HDJGD concerne des patients sans caractère urgent de prise en charge / hors pathologie aiguë était-elle claire ? n=48

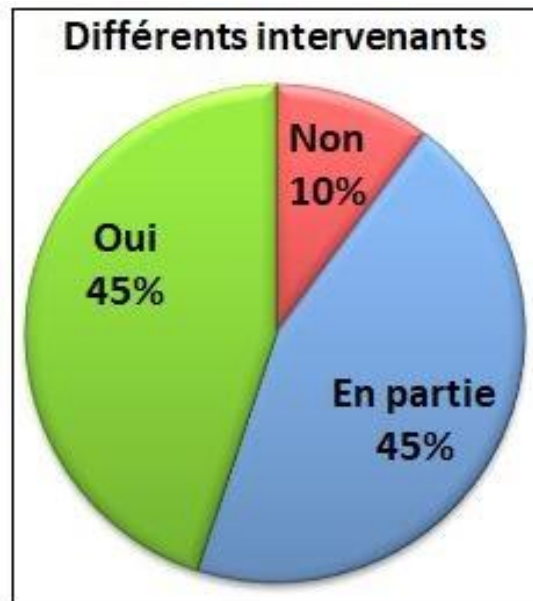


Figure 34: l'information donnée sur l'HDJGD était-elle claire quant aux différents intervenants du service ? n=49

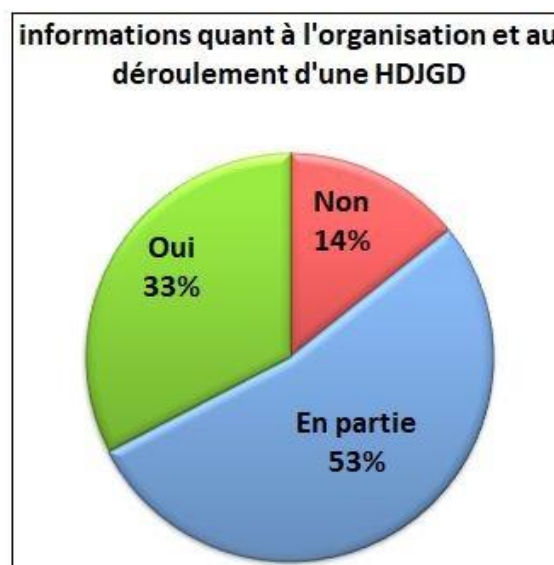


Figure 35: l'information donnée sur l'organisation et le déroulement d'une HDJGD était-elle claire ? n=49

Nous avons comparé les médecins satisfaits et insatisfaits de l'information initiale pour chaque item. Sont considérés comme satisfaits les médecins ayant répondu « satisfaite » et « très satisfaisante ». Sont considérés comme non satisfaits les autres médecins (ayant donc répondu « je n'ai eu aucune information » « peu satisfaisante » et « moyennement satisfaisante »).

	type de patients p= 0,036		Tous, n (%)
	Satisfaits, n (%)	Non satisfaits, n (%)	
Oui	15 (68)	9 (35)	24 (49)
Non	0 (0)	3 (12)	4 (8)
En partie	7 (32)	14 (54)	21 (43)
	consultation vs HDJGD p= 0,0023		Tous, n (%)
	Satisfaits, n (%)	Non satisfaits, n (%)	
Oui	15 (68)	5 (19)	20 (42)
Non	1 (5)	5 (19)	6 (12)
En partie	6 (27)	16 (62)	22 (46)
	non urgent p=0,0055		Tous, n (%)
	Satisfaits, n (%)	Non satisfaits, n (%)	
Oui	19 (86)	11 (42)	30 (63)
Non	1 (5)	4 (15)	5 (10)
En partie	2 (9)	11 (42)	13 (27)
	intervenants p=0,00048		Tous, n (%)
	Satisfaits, n (%)	Non satisfaits, n (%)	
Oui	16 (73)	5 (19)	22 (45)
Non	1 (4)	4 (15)	5 (10)
En partie	5 (23)	17 (65)	22 (45)
	déroulement p=0,00045		Tous, n (%)
	Satisfaits, n (%)	Non satisfaits, n (%)	
Oui	13 (59)	2 (8)	16 (33)
Non	1 (5)	6 (23)	7 (14)
En partie	8 (36)	18 (69)	26 (53)

Tableau 15: Comparaison de la clarté de l'information donnée pour les médecins « satisfaits » et « très satisfaits » de l'information initialement reçue avec celle des autres médecins

III.2.4 Accessibilité du service

III.2.4.1 Mode de programmation

niveau de satisfaction quant aux modalités d'inscription

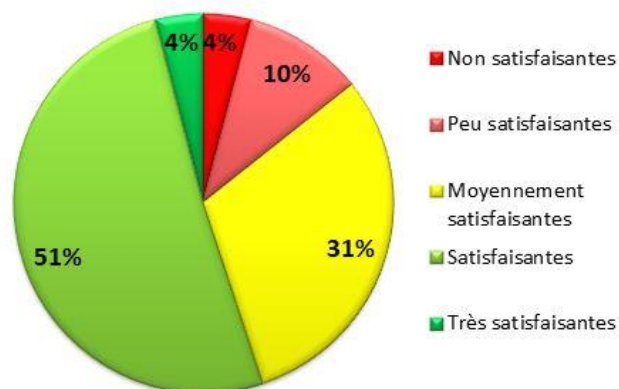


Figure 36: niveau de satisfaction quant aux modalités d'inscription en HDJGD, n=49

	Des modalités d'inscriptions		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
	non satisfaits, n (%)	satisfaits, n (%)		
Age (moyenne)	46	47	47	
exercice				
libéral	12 (55)	20 (74)	32 (65)	0.42
remplaçants	3 (14)	4 (15)	9 (17)	
urgentiste	5 (23)	2 (7)	9 (17)	
salariat	2 (9)	1 (4)	3 (6)	
patient pris en charge				
non	11 (50)	6 (22)	17 (35)	0.07
oui	11 (50)	21 (78)	32 (65)	
information à l'ouverture				
je n'ai eu aucune information	10 (45)	2 (7)	12 (25)	0.00028
peu satisfait	4 (18)	1 (4)	5 (10)	
moyennement satisfait	4 (18)	5 (19)	9 (19)	
satisfait	3 (14)	17 (63)	20 (42)	
très satisfait	0 (0)	2 (7)	2 (4)	

	Des modalités d'inscriptions		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
	non satisfaits, n (%)	satisfaits, n (%)		
information actuelle				3.40
je n'ai accès à aucune information	11 (50)	2 (7)	13 (27)	
peu satisfait	3 (14)	1 (4)	4 (8)	
moyennement satisfait	7 (32)	7 (26)	14 (29)	
satisfait	1 (5)	16 (59)	17 (35)	
Très satisfait	0 (0)	1 (4)	1 (2)	

Tableau 16: comparatif des caractéristiques des médecins « non », « peu » et « moyennement » satisfaits par les modalités d'inscription en HDJGD avec celles des médecins « satisfaits » et « très satisfaits »



Figure 37: proportion de médecins estimant ou non que l'absence de fiches d'inscription sur internet est un frein à la programmation d'une HDJGD, n=51

	feuille d'inscription sur internet		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
	absence = frein, n (%)	absence ≠ frein, n (%)		
Age (moyenne)	44	50	47	
Type d'exercice				0,31
libéral	15 (58)	18 (72)	33 (65)	
remplaçants	6 (23)	3 (12)	9 (17)	
urgentiste	4 (15)	4 (16)	8 (17)	
salariat	3 (16)	0 (0)	3 (6)	
patient pris en charge				0,78
non	9 (35)	10 (40)	19 (37)	
oui	17 (65)	15 (60)	32 (63)	

	feuille d'inscription sur internet		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
	absence = frein, n (%)	absence ≠ frein, n (%)		
information à l'ouverture				0,39
je n'ai eu aucune information	9 (35)	5 (20)	14 (28)	
peu satisfait	2 (8)	3 (12)	5 (10)	
moyennement satisfait	3 (12)	6 (24)	9 (18)	
satisfait	9 (35)	11 (44)	20 (40)	
très satisfait	2 (8)	0 (0)	2 (4)	
information actuelle				0,17
je n'ai accès à aucune information	11 (42)	4 (16)	15 (29)	
peu satisfait	2 (8)	2 (8)	4 (8)	
moyennement satisfait	6 (23)	8 (32)	14 (27)	
satisfait	6 (23)	11 (44)	17 (33)	
Très satisfait	1 (4)	0 (0)	1 (2)	

Tableau 17: comparatif des caractéristiques des médecins qui considèrent l'absence de fiche d'inscription sur internet comme un frein d'accès au service celles des médecins ne considérant pas cette absence comme un frein

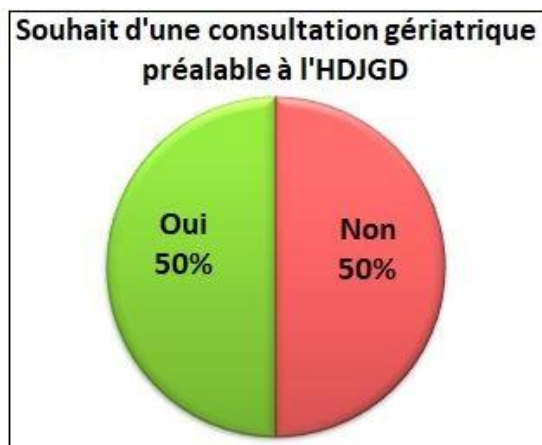


Figure 38: proportion de médecins souhaitant une consultation gériatrique ou non préalablement à la programmation d'une HDJGD, n=50

Nous notons que pour les médecins dont un patient a refusé l'HDJGD il existe une proportion de 50% souhaitant une consultation gériatrique préalable et 50% n'en souhaitant pas.

III.2.4.2 Contacts

Niveau de satisfaction quant aux contacts avec le service

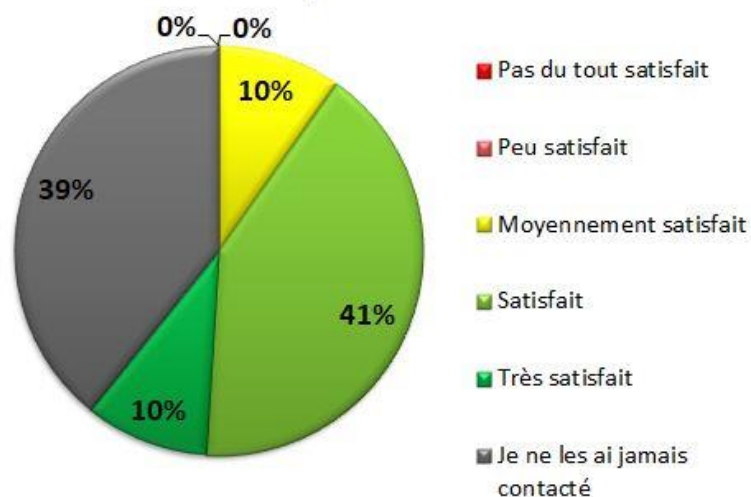


Figure 39: niveau de satisfaction des médecins vis-à-vis des contacts avec le service et ses intervenants, n=51

Pour les médecins n'étant pas satisfaits des contacts avec l'HDJGD (soit n=5) nous notons :

- qu'ils sont majoritairement (n=4) des médecins libéraux installés,
- que 2 n'ont pas eu de patients pris en charge par le service,
- qu'ils sont satisfaits (n=3) voire très satisfaits (n=1) de ce service (1 ne se prononce pas)
- qu'ils sont moyennement (n=4) voire peu (n=1) satisfaits de l'information actuellement disponible.

III.2.4.3 Délais d'obtention d'une prise en charge en HDJGD

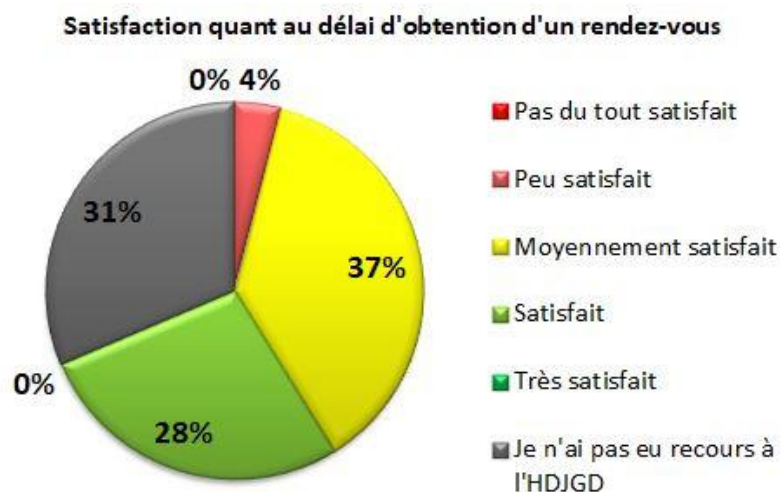


Figure 40: niveau de satisfaction des médecins quant au délai d'obtention d'une prise en charge en HDJGD, n=50

	les délais de rendez-vous		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
	Non satisfaits, n (%)	satisfaits, n (%)		
Age (moyenne)	52	40	47	
Type d'exercice				0,0089
libéraux	19 (90)	8 (62)	27 (79)	
remplaçants	0 (0)	3 (23)	3 (9)	
urgentistes	0 (0)	2 (15)	2 (6)	
salariat	2 (10)	0 (0)	2 (6)	
patients pris en charge				1
oui	19 (90)	12 (93)	31 (91)	
non	2 (10)	1 (8)	3 (9)	
demandes annulées				0,25
oui	7 (33)	0 (0)	7 (21)	
non	14 (67)	13 (100)	27 (79)	

		les délais de rendez-vous		Tous, n (%) (sauf âge : n)	p-value
		Non satisfaits, n (%)	satisfaits, n (%)		
information à l'ouverture					
0,79					
je n'ai eu aucune information	2 (10)	0 (0)	2 (6)		
peu satisfait	3 (14)	2 (15)	5 (15)		
moyennement satisfait	4 (19)	3 (23)	7 (21)		
satisfait	10 (48)	8 (62)	18 (53)		
très satisfait	2 (10)	0 (0)	2 (6)		
Clarté de l'information quant au type de patients					
0,48					
oui	13 (62)	6 (46)	19 (56)		
en partie	8 (38)	7 (54)	15 (44)		
non	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Clarté de l'information quant au caractère non aigu					
0,73					
oui	15 (71)	10 (77)	25 (74)		
en partie	4 (19)	1 (8)	5 (15)		
non	2 (10)	2 (15)	4 (12)		

Tableau 18: comparatif des caractéristiques des médecins « pas du tout », « peu » et « moyennement » satisfaits par les délais de prise en charge en HDJGD avec celles des médecins « satisfaits » par ces délais

III.2.5 Rendu des résultats

III.2.5.1 Consultation de rendu des résultats au patient

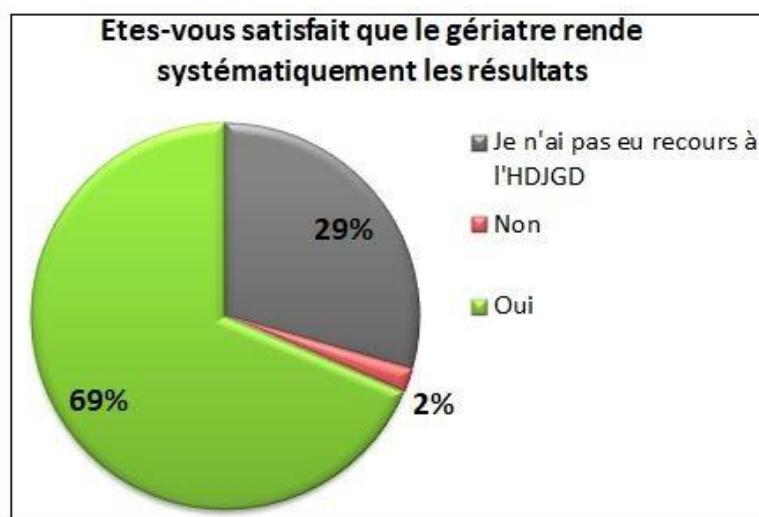


Figure 41: proportion de médecins satisfaits ou non du fait que les résultats de l'HDJGD sont systématiquement rendus par les gériatres au cours d'une consultation dédiée, n=51

Le médecin ayant répondu « non » préfère le faire pour chaque patient

- 1 médecin préfère le faire dans certains cas mais a répondu qu'il n'avait jamais eu recours à l'HDJGD
- 1 médecin a répondu oui puis signifie vouloir faire l'annonce pour chaque patient : réponse considérée comme inappropriée

III.2.5.2 Délais de réception de la synthèse

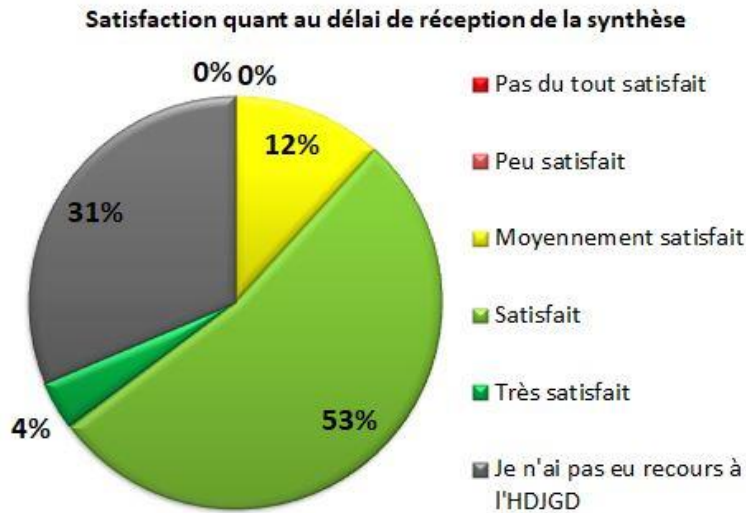


Figure 42: niveau de satisfaction des médecins quant au délai de réception de la synthèse à l'issue de l'HDJGD, n=51

III.2.6 Taux de satisfaction estimé de leur patientèle

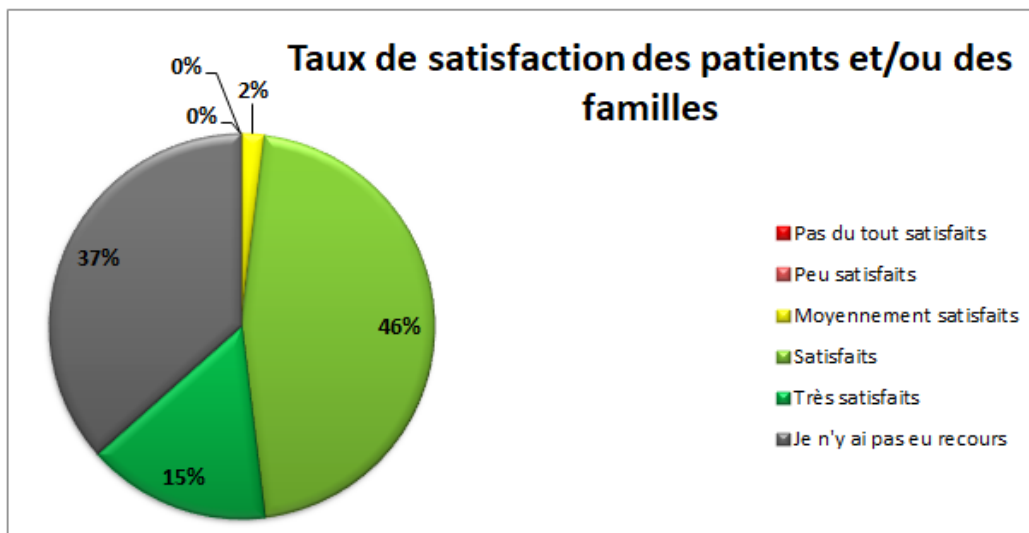


Figure 43: taux de satisfaction des patients et/ou de leurs familles quant à l'HDJGD estimé par leurs médecins, n=52

III.2.7 Avantages perçus entre une consultation gériatrique et l'HDJGD

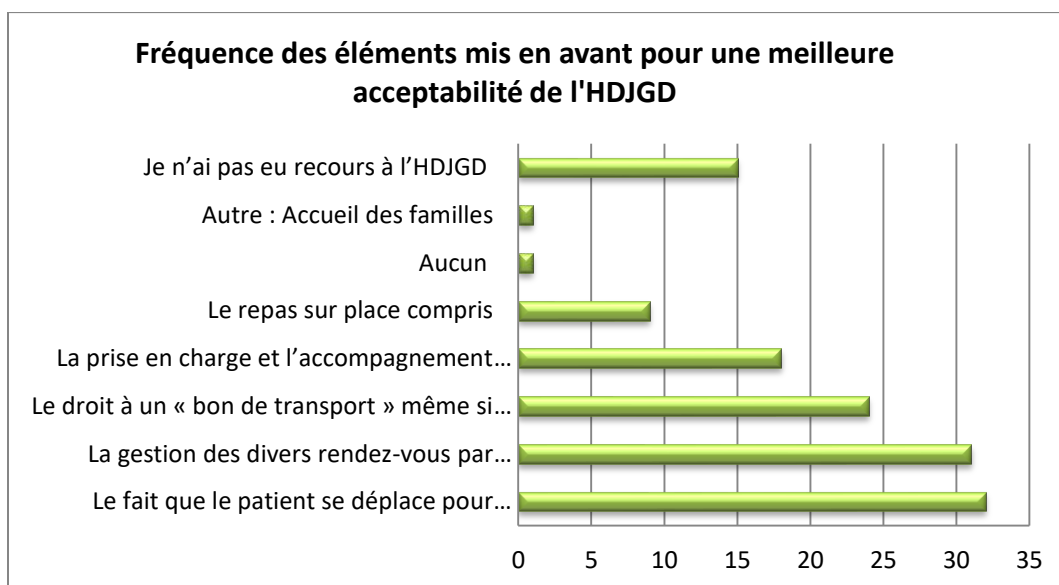


Figure 44: fréquence d'utilisation par les médecins des éléments d'ordre organisationnel utilisés pour une meilleure acceptabilité de l'HDJGD par les patients et/ou leurs proches, n=53

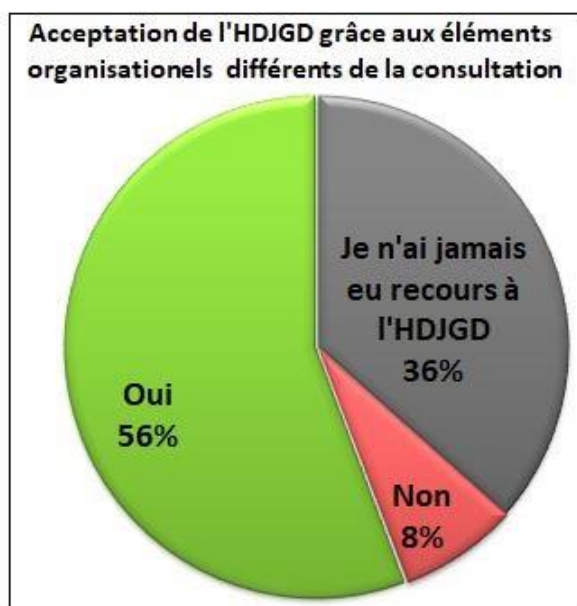


Figure 45: proportion des médecins ayant observé que des arguments d'ordre organisationnel font accepter par les patients et/ou leurs proches l'HDJGD alors qu'ils refusent d'autres types de prise en charge, n=52

Les 4 médecins qui n'ont utilisé aucun argument ont tous eu au moins 1 patient pris en charge par le service. Tous se déclarent « satisfaits » ou « très satisfait » par cette offre de soins. Il en est de même pour leurs patients.

La moitié d'entre eux différencie mal les consultations gériatriques de l'HDJGD et ne connaissent pas le déroulement d'une journée d'HDJGD. Les mêmes se sont estimés non informés ou peu informés lors de l'ouverture du service.

III.3 Souhaits des généralistes quant à l'avenir de l'HDJGD et de la filière gériatrique du département



Figure 46: proportion de médecins souhaitant, ou non, l'organisation d'une soirée d'information quant à l'HDJGD et plus globalement sur le fonctionnement de la gériatrie ambulatoire en Lozère, n=53

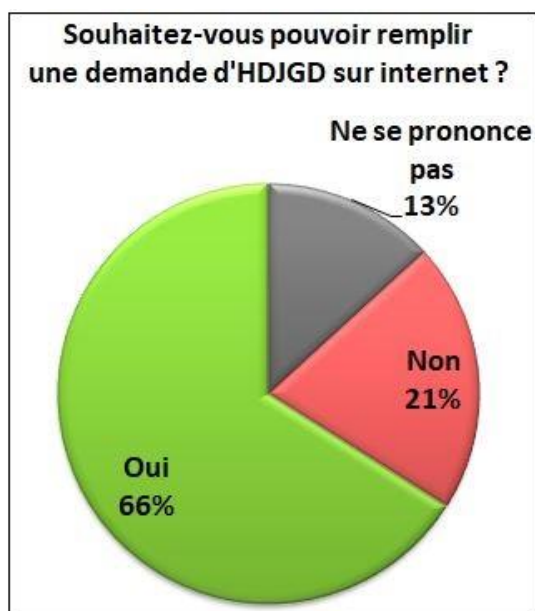


Figure 47: proportion de médecins souhaitant, ou non, pouvoir remplir la demande d'HDJGD directement sur internet, n=53



Figure 48: proportion de médecins pensant qu'il est nécessaire, ou non, de créer d'autres services dans la filière gériatrique ville/hôpital, n=48

6 réponses exploitables : 1 a répondu « je ne sais pas » mais avait répondu « non » à la question sur la nécessité de création d'autres services.

Propositions d'offres de soins faites par les médecins interrogés
Activités de jour, activités aux aidants
Conseil téléphonique ponctuel
Télé expertise, RCP avec généralistes, communication par boîte mail sécurisée (demande HDJ, courrier bilan HDJ)
Service de prise en charge des troubles du comportement chroniques et aigus
Création d'un véhicule avec équipement dentaire ou autre pour faire les bilans en EHPAD
Unité de gériatrie aiguë, équipe mobile, ou d'urgence gériatrique

Tableau 19: propositions d'offres de soins faites par les médecins interrogés

III.4 Analyse des réponses du champ d'expression libre

III.4.1 Analyse globale

La rubrique comporte 12 réponses en tout.

III.4.1.1 Exclusion des réponses non concordantes

Ont été extraites en 1^{er} lieu les 2 réponses qui n'avaient pas de rapport avec le service d'HDJGD :

- « Dans le domaine de la santé (comme dans d'autres domaines) le réchauffement climatique me tараude quant à ses conséquences dans les années qui viennent. Quel que soit le domaine abordé, la réflexion n'associe pas le réchauffement climatique. Par exemple, le mnésique qui est très chronophage n'est pas associé dans la réflexion au

réchauffement climatique. L'avenir n'est pas le mnésique. L'avenir est le réchauffement climatique. »

- *« La coordination avec le médecin traitant doit être ETROITE. Il doit être au courant qu'il y a un changement de situation, traitement, etc... La famille se sent envahie et quelque fois délaissée quand arrive l'infirmière, etc... Beaucoup, beaucoup trop de matériel apporté : la famille est envahie... »*

III.4.1.2 Réponses hors sujet mais utiles à la compréhension globale

3 réponses ont été traitées à part (chacune pour une raison différente) :

- *« les informations d'identification du médecin pourraient en Lozère permettre de deviner son nom, étant donné le peu de praticiens en exercice, je les ai donc remplies approximativement seulement ».* Cette réponse soulève un biais potentiel qui sera repris dans la discussion
- *« Patients en médecine pénitentiaire: circuit d'hospit différent ».* Cette réponse concerne un type de patientèle particulier, ne correspondant pas aux patientèles des médecins généralistes habituelles, néanmoins elle sera traitée à part dans la discussion.
- *« On a l'impression que le fonctionnement est mendo-mendois. A Langogne nous avons un hôpital et un service de consultation gériatrique, du coup on ne semble pas concerné par ce service même si cela paraît utile pour certains patients. ».* Il s'avère qu'à Langogne, les consultations gériatriques sont assurées par les mêmes médecins que les médecins de l'HDJGD, cette remarque sera analysée ensuite dans la discussion.

III.4.2 Analyse thématique

7 réponses ont donc fait l'objet d'une analyse thématique.

« J'ai essayé de répondre au plus proche de ce que j'imaginai être l'HDJGD. Je pense que c'est une nécessité de nos jours d'avoir ce genre de filière, malheureusement ne remplaçant que rarement je n'ai pas eu l'information sur sa mise en place. Donc jamais eu à rédiger de demande... mais je suis très favorable à ces filières sur le principe. »

« J'étais IMG en Lozère pour le stage aux urgences et chez le prat, je pense que si le service d'hdj est bien développé, cela peut être une aide importante pour les médecins et pour les familles ! »

« Je viens de m'installer au Collet de Dèze (plus proche d'Alès). Mais je serais heureux de pouvoir envoyer des patients dans votre service et faire connaissance de propositions de l'HDJGD. »

« l'HDJGD pourrait et sera très utile dans ma pratique quotidienne. Manque à mon sens un peu d'information autant pour nous médecins que pour les patients et les délais sont trop long. Une soirée informative et interactive serait intéressante. »

« Manque de communication avec le service et ses intervenants, difficulté d'inscription »

« quand je fais une demande, le retour est adressé au patient directement et je ne suis pas informé de la date et des examens prévus: à améliorer »

« Très belles prises en charges. Il manquerait peut être juste une validation par mail de la réception du mail et un mail donnant au MG la date de l'HDJ ou de la consultation programmée. Histoire d'éviter aussi les patients qui ne se présentent pas au rdv. Merci »

L'analyse des champs lexicaux met en exergue plusieurs thématiques :

Thème 1 : satisfaction quant au service d'HDJGD :

- « nécessité »
- « très favorable »
- « aide importante »
- « je serais heureux de pouvoir envoyer mes patients »
- « très utile dans ma pratique quotidienne »
- « Très belles prises en charges »

Thème 2 : information et accessibilité

Ce 2^{ème} thème a été scindé en sous-thèmes :

- Le manque d'information :
 - « je n'ai pas eu l'information »
 - « faire connaissance » (cas d'un nouveau médecin)
 - « manque à mon sens un peu d'information »
 - « soirée informative et interactive »
 - « je ne suis pas informé »
- Le manque de communication :
 - « manque de communication »
 - « soirée informative et interactive »
 - « validation par mail de la réception du mail et un mail donnant au MG la date de l'HDJ ou de la consultation programmée »
 - « difficulté d'inscription »
- Le manque de retour de validation de l'inscription à l'HDJGD aux médecins traitants :
 - « validation par mail de la réception du mail et un mail donnant au MG la date de l'HDJ ou de la consultation programmée »
 - « je ne suis pas informé »
- Les délais de rendez-vous trop long :
 - « délais sont trop longs »
 - « difficulté d'inscription »

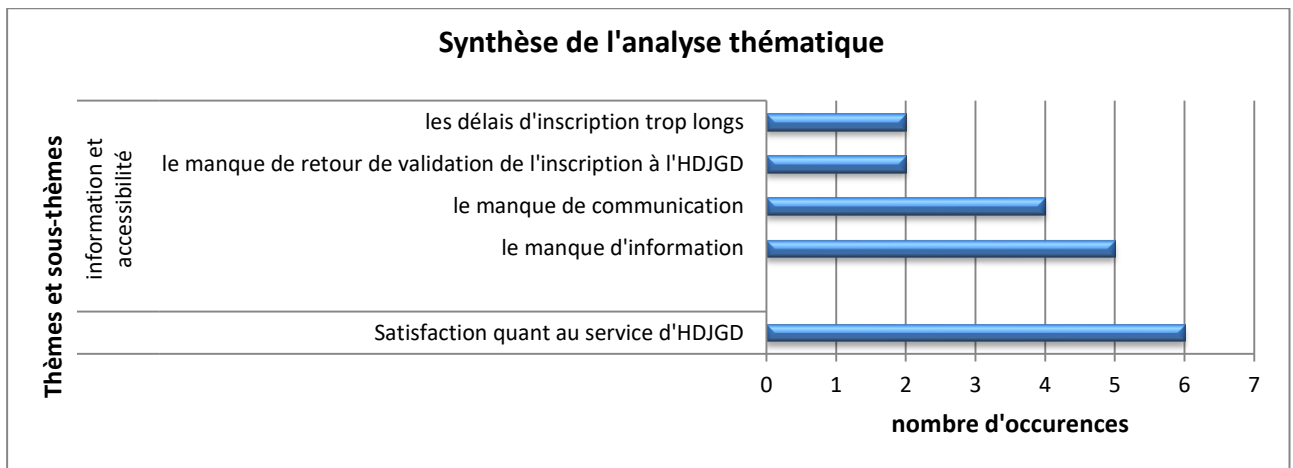


Figure 49: synthèse de l'analyse thématique : nombres d'occurrences par thèmes et sous-thèmes, 7 réponses analysées

III.5 Etudes de sous-populations médicales

III.5.1 Médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins un patient pris en charge par l'HDJGD (n=25).

III.5.1.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Ils représentent 71% des médecins généralistes installés en libéral. Il s'agit de médecins de 49.6 ans en moyenne, composés de manière égale d'hommes et de femmes (1 n'a pas répondu), exerçant pour 60% en territoire rural, 36% en semi-rural et 4% en zone urbaine.

Ils sont 16% à être formés à la gériatrie et se déclarent à l'aise avec le concept de fragilité en gériatrie pour 52% d'entre eux.

III.5.1.1.2 Utilisation du service

Parmi eux, 24% ont déjà eu au moins une demande d'HDJGD annulée.

III.5.1.1.3 Taux de satisfaction global de cette sous-population

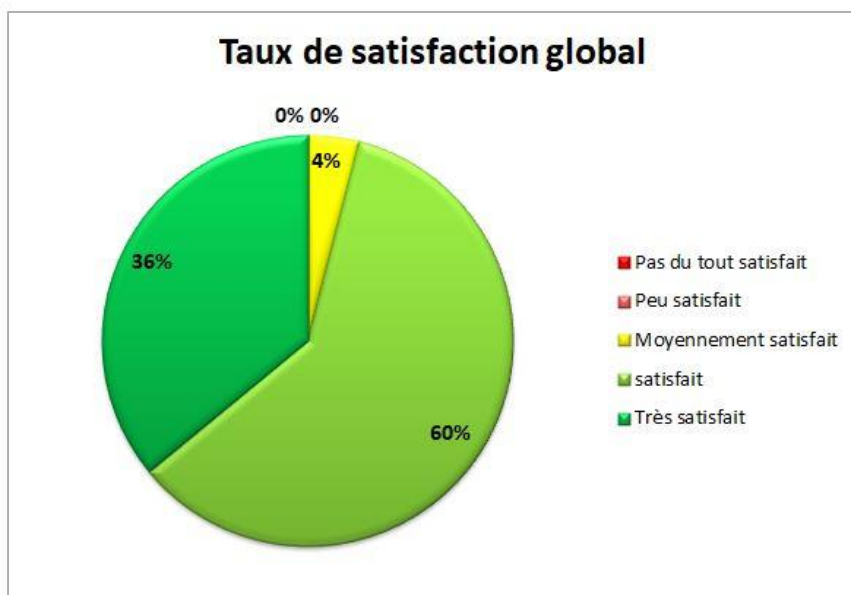


Figure 50: taux de satisfaction global vis à vis du service d'HDJGD des médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins 1 patient pris en charge, 25 réponses analysées

	médecins installés en libéral ayant au moins 1 patient pris en charge par le service, n (%)	les autres médecins, n (%)	Tous, n (%)	p-value = 1.22
Pas du tout satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Moyennement satisfait	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	15 (60)	9 (32)	24 (45)	
Très satisfait	9 (36)	2 (7)	11 (21)	
je n'y ai pas eu recours	0 (0)	17 (61)	17 (32)	

Tableau 20: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins 1 patient pris en charge et des autres médecins ayant répondu au questionnaire

Ils estiment que 76% (n=19) de leurs patients sont satisfaits et 24% (n=6) très satisfaits par le service.

III.5.1.1.4 Relations avec le service

Pour 71% d'entre eux le rôle du médecin traitant est respecté et pour 29% il est respecté en partie. 88% d'entre eux considèrent que ce service est une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés. Pour les 12% restant, cela ne les aide qu'en partie.

III.5.1.1.5 Satisfaction quant à l'information initiale

satisfaction quant à l'information initiale	proportion des médecins, n(%)
je n'ai eu aucune information	2 (8%)
peu satisfaisante	2 (8%)
moyennement satisfaisante	4 (16%)
satisfaisante	15 (60%)
très satisfaisante	2 (8%)

Tableau 21: répartition des médecins de la sous-population des médecins généralistes installés en libéral ayant au moins 1 patient pris en charge, selon leur taux de satisfaction quant à l'information initiale

III.5.1.1.6 Réponses aux questionnements initiaux

64% estiment que la synthèse de l'HDJGD apporte des réponses à leurs questionnements initiaux, 32% en partie seulement et 4% n'ont pas reçu la synthèse.

	Taux de satisfaction					p-value =0,61
	très satisfait	satisfait	moyennement satisfait	peu satisfait	pas satisfait	
réponses aux questionnements initiaux						
Oui	6 (38)	10 (63)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
En partie	3 (33)	5 (56)	1 (11)	0 (0)	0 (0)	
Non	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Tableau 22 : pour cette sous-population : corrélation entre le taux de satisfaction et les réponses apportées aux médecins par l'HDJGD, n (%)

III.5.1.1.7 Propositions applicables

Pour 64 % (n= 16) les propositions faites dans la synthèse de l'HDJGD sont applicables et 36% (n=9) estiment qu'elles sont en parties applicables (aucun n'a répondu « non »).

	Taux de satisfaction					p-value =0,12
	Très satisfait	satisfait	moyennement satisfait	peu satisfait	pas satisfait	
globalement possibles à mettre en place						
Oui	8 (50)	8 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
En partie	1 (11)	7 (78)	1 (11)	0 (0)	0 (0)	
Non	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Tableau 23 : pour cette sous-population : corrélation entre le taux de satisfaction vis à vis du service et l'impression que les propositions faites sont applicables ou non, n (%)

	Territoire			p-value =0,49
	rural	semi-rural	urbain	
globalement possibles à mettre en place				
Oui	8 (50)	7 (44)	1 (6)	
En partie	7 (78)	2 (22)	0 (0)	
Non	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Tableau 24 : pour cette sous-population : corrélation entre le territoire d'exercice et l'applicabilité des propositions faites par le service, n (%)

III.5.2 Médecins formés à la gériatrie (n=9)

III.5.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Il s'agit d'une population de médecins d'en moyenne 52 ans, composée de 44% de femmes et 56% d'hommes.

1 seul exerce en salariat pur. 2 sont remplaçants. Il n'y a aucun urgentiste. Les autres sont des médecins généralistes installés en libéral et interviennent tous les 6 en EHPAD (4 d'entre eux sont médecins coordonnateurs). 67% exercent en zone rurale, 22% en semi-rural et 11% en zone urbaine. 100% se disent à l'aise avec le concept de fragilité en gériatrie.

III.5.2.2 Leur description de leur patientèle

Ils dépeignent ainsi leur patientèle gériatrique et fragile :

	Fragiles	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
gériatriques					
0-25%		22	0	0	0
25-50%		56	11	0	0
50-75%		0	11	0	0
75-100%		0	0	0	0

Tableau 25: répartition du pourcentage de médecins formés à la gériatrie selon leur proportion estimée de patients fragiles en fonction de leur proportion estimée de patients gériatriques dans leur patientèle

III.5.2.3 Utilisation du service

Pour 33% d'entre eux la présence de troubles cognitifs chez un patient est une condition sine qua non pour faire une demande d'HDJGD. Ils sont 5 à avoir eu au moins un patient pris en charge par l'HDJGD. Les 2 tiers (n=6) sont au clair avec le type de patients concernés et la proportion est la même lorsqu'il s'agit des différences existant entre l'HDJGD et les consultations gériatriques.

III.5.2.4 Satisfaction globale vis-à-vis du service

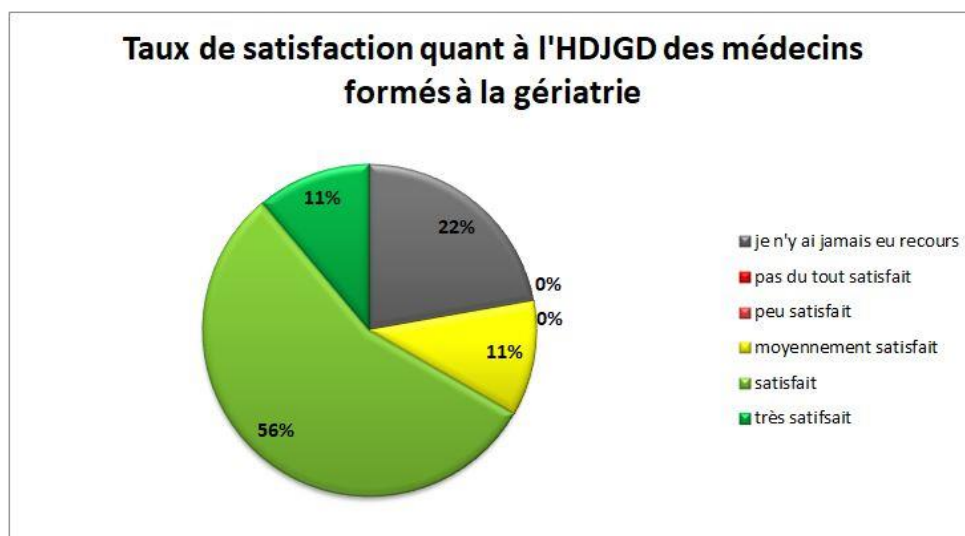


Figure 51: parmi les médecins généralistes formés à la gériatrie : taux de satisfaction global quant à l'HDJGD, 9 réponses analysées

	Taux de satisfaction des médecins			p-value =0.22
	formés à la gériatrie, n (%)	non formés à la gériatrie, n (%)	Tous, n (%)	
Pas du tout satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Moyennement satisfait	1 (11)	0 (0)	1 (2)	
Satisfait	5 (56)	19 (43)	24 (44)	
Très satisfait	1 (11)	10 (23)	11 (20)	
Je n'y ai pas eu recours	2 (22)	15 (34)	17 (31)	

Tableau 26: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins formés à la gériatrie et des médecins non formés à la gériatrie

III.5.2.5 Relations avec le service

56% d'entre eux souhaiteraient une consultation gériatrique préalable. 67% estiment que le service est une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés (aucun n'a répondu « non » à la question « Estimez-vous que ce service soit une aide pour la prise en charge de vos patients âgés ? »).

Un tiers (n=3) souhaite la création d'autres services de la filière gériatrique ville/hôpital :

- « Création d'un véhicule avec équipement dentaire ou autre pour faire les bilans en EHPAD »
- « Conseil téléphonique ponctuel »

A noter que l'un d'entre eux a confondu l'HDJGD et l'HAD (Hospitalisation à domicile) comme le laisse penser son commentaire final « La coordination avec le médecin traitant doit être ETROITE. Il doit être au courant qu'il y a un changement de situation, traitement, etc... La famille se sent envahie et quelque fois délaissée quand arrive l'infirmière, etc... Beaucoup, beaucoup trop de matériel apporté : la famille est envahie... »

Pour 22%, l'HDJGD répond bien aux questionnements initiaux. Pour 56% il y répond en partie (aucun n'a répondu « non »).

III.5.3 Les médecins souhaitant le développement de la filière gériatrique ville/hôpital (n=10)

III.5.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

Il s'agit de médecins d'en moyenne 42 ans avec 50% d'hommes et 40% de femmes (1 n'a pas répondu), dont 3 ont une formation gériatrique. 50% exercent en tant que médecins généralistes installés en libéral, 40% comme remplaçants, 20% comme urgentistes (1 est urgentiste remplaçant) et 10% en salariat. 60% exercent en territoire rural et 30% en semi-rural. 40% se déclarent à l'aise avec le concept de fragilité en gériatrie.

III.5.3.2 Utilisation du service

60% d'entre eux ont eu au moins 1 patient pris en charge en HDJGD et 40% ont eu une demande d'HDJGD annulée. 50 % différencient l'HDJGD et les consultations gériatriques et 40% savent quels types de patients sont concernés.

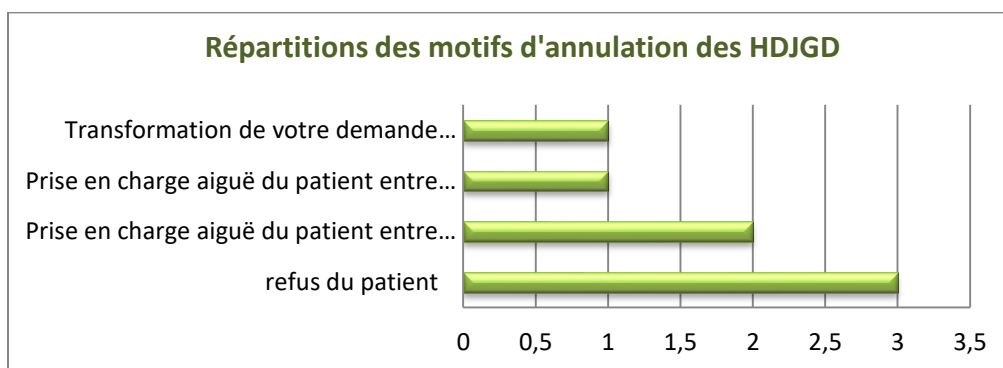


Figure 52: parmi les médecins souhaitant la création d'autres services gériatriques : motifs d'annulation des HDJGD

III.5.3.3 Taux de satisfaction vis-à-vis du service

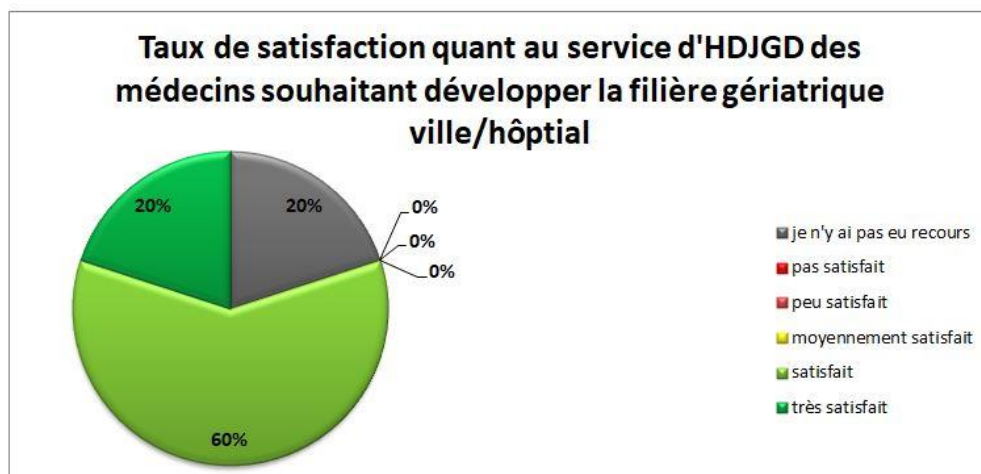


Figure 53: taux de satisfaction des médecins généralistes souhaitant que d'autres services soient développés dans la filière gériatrique ville/hôpital, 10 réponses analysées.

	Taux de satisfaction des médecins		Tous, n (%)	p-value = 0.73
	souhaitant développer la filière gériatrique, n (%)	ne souhaitant pas développer la filière gériatrique, n (%)		
Pas du tout satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Moyennement satisfait	0 (0)	1 (3)	1 (2)	
Satisfait	6 (60)	16 (42)	24 (48)	
Très satisfait	2 (20)	9 (24)	11 (22)	
Je n'y ai pas eu recours	2 (20)	12 (32)	14 (28)	

Tableau 27: comparatif du taux de satisfaction vis à vis du service d'HDJGD des médecins souhaitant la création d'autres services dans la filière et des autres médecins

III.5.3.4 Relations avec le service

67% sont satisfaits ou très satisfaits de l'information reçue lors de l'ouverture.

40% sont peu ou moyennement satisfaits par les modalités d'inscription, 20 % sont satisfaits (et 0 très satisfait) des délais d'obtention des rendez-vous.

90% estiment que l'HDJGD est une aide pour leur pratique et 100% souhaitent une soirée d'information.

III.1 Autres éléments pouvant influencer sur le taux de satisfaction

III.1.1 Territoire d'exercice

	Territoire d'exercice			Tous	p-value = 0,33
	Rural	Semi-rural	Urbain		
taux de satisfaction des médecins					
je n'y ai jamais eu recours	11 (31)	4 (29)	2 (40)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	1 (7)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	18 (51)	4 (29)	2 (40)	24 (45)	
très satisfait	5 (14)	5 (36)	1 (20)	11 (21)	

Tableau 28 : comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leurs territoires d'exercice, n(%)

III.1.2 Modalités d'inscription

	Modalités d'inscriptions						Tous	P- valu e =0.0 1
	je n'y ai jamais eu recours	Non satisfaisantes	peu satisfaisantes	moyennement satisfaisantes	satisfaisantes	très satisfaisantes		
taux de satisfaction des médecins								
je n'y ai jamais eu recours	4 (100)	2 (100)	4 (80)	3 (20)	4 (16)	0 (0)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	0 (0)	0 (0)	1 (20)	8 (53)	14 (56)	1 (50)	24 (45)	
très satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (20)	7 (28)	1 (50)	11 (21)	

Tableau 29: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers les modalités d'inscription, n(%)

III.1.3 Contacts avec le service

	Contacts avec le service					Tous	P-value <0.000 1
	je ne les ai jamais rencontrés	peu satisfait	moyennement satisfait	satisfait	très satisfait		
taux de satisfaction des médecins							
je n'y ai jamais eu recours	15 (75)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	5 (25)	0 (0)	3 (60)	14 (67)	1 (20)	24 (45)	
très satisfait	0 (0)	0 (0)	1 (20)	6 (28)	4 (80)	11 (21)	

Tableau 30: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers leurs contacts avec le service, n(%)

III.1.4 Accessibilité de l'information actuelle

	accessibilité actuelle de l'information					Tous	P-value <0.000 1
	je n'ai accès à aucune information	peu satisfaisante	moyennement satisfaisante	satisfaisante	très satisfaisante		
taux de satisfaction des médecins							
je n'y ai jamais eu recours	14 (82)	0 (0)	1 (7)	2 (12)	0 (0)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	0 (0)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	3 (18)	4 (100)	8 (57)	9 (53)	0 (0)	24 (45)	
très satisfait	0 (0)	0 (0)	4 (29)	6 (35)	1 (100)	11 (21)	

Tableau 31: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers l'accessibilité actuelle de l'information, n(%)

III.1.5 Délais d'obtention d'un rendez-vous

	délai d'obtention d'un rendez-vous					Tous	P-value <0.0001
	je n'ai pas eu recours à l'HDJGD	peu satisfait	moyennement satisfait	satisfait	très satisfait		
taux de satisfaction des médecins							
je n'y ai jamais eu recours	15 (94)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	1 (6)	1 (50)	13 (69)	7 (54)	0 (0)	24 (45)	
très satisfait	0 (0)	0 (0)	5 (26)	6 (46)	0 (0)	11 (21)	

Tableau 32: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction de leur niveau de satisfaction envers les délais d'obtention d'un rendez-vous, n(%)

III.1.6 Taux de satisfaction de leurs patients

	taux de satisfaction des patients et familles						Tous	P-value <0.0001
	je n'y ai pas eu recours	pas satisfaits	peu satisfaits	moyennement satisfaits	satisfaits	très satisfaits		
taux de satisfaction des médecins								
je n'y ai jamais eu recours	17 (89)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (32)	
pas satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
peu satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
moyennement satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
satisfait	2 (11)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	20 (83)	0 (0)	24 (45)	
très satisfait	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (13)	8 (100)	11 (21)	

Tableau 33: comparatif des taux de satisfaction globale des médecins vis à vis du service d'HDJGD en fonction du niveau de satisfaction estimé de leurs patients (ou des familles), n(%)

IV. DISCUSSION

Nous comparerons essentiellement notre étude à celles portant sur des sujets similaires et notamment à l'étude la plus proche de la nôtre, celle de Catherine Sengler (114,115).

IV.1 Forces et limites de l'étude

IV.1.1 Forces et atouts de l'étude

IV.1.1.1 L'originalité du travail

Le thème de la fragilité et de la prévention de la dépendance sont des sujets d'actualité (8,11,37). Les hôpitaux de jour gériatriques sont encore peu étudiés (102) et les thèses de médecine récentes sur la Lozère sont rares. De plus, c'est la première fois que le taux satisfaction des médecins généralistes au sujet d'un service du CH Lozère est cherché à être connu, alors qu'en tant que seul CH du département, il devrait fonctionner de concert avec les médecins généralistes et chercher leur avis fréquemment. Ces éléments font l'originalité de cette étude.

IV.1.1.2 Le taux de participation

Le taux de réponse est satisfaisant pour ce type d'étude (57.4%). En dehors de la thèse de Lucie Gasc (120) qui étudiait la satisfaction des généralistes quant aux courriers de l'HDJG de Toulouse et dont le taux de réponse est légèrement supérieur (60%), les autres thèses étudiant la satisfaction des généralistes au sujet d'HDJG ont des taux de réponses qui oscillent entre 11.9% (58) et 15% (114,115). Cela confère une légitimité à notre travail. Le taux de remplissage est également correct avec 87% des questionnaires remplis totalement.

Nous relevons que 41% des médecins ayant répondu n'avaient pas eu de patients pris en charge par le service et que 31% n'avaient eu aucune information lors de l'ouverture du service. Ce taux de réponse, malgré l'absence de connaissance du service, pourrait entre autres s'expliquer par l'intérêt que les médecins généralistes portent au sujet de la prévention des dépendances dans leur patientèle et leur isolement dans ces situations (10). Dans la thèse d'Isaure Fraux ce taux est encore supérieur : seuls 42,6% des médecins interrogés connaissaient l'HDJG étudié (58), ce qui peut corroborer notre interprétation.

Enfin, la configuration du département, par sa faible densité de population (28,75) et de médecins (26,85,86) nous permet de réaliser un travail assez complet.

Ainsi, les conclusions de notre étude se révèlent plutôt pertinentes à l'échelle du département.

IV.1.1.3 Intérêts pour les intervenants de l'HDJGD et le CH Lozère

Pour les intervenants du service d'HDJGD les perspectives d'améliorations sont tangibles voire immédiates pour certaines. L'étude leur donne la possibilité d'optimiser leurs pratiques afin d'améliorer la qualité du service rendu et leur donne des arguments pour justifier des demandes de moyens pour parfaire cette optimisation.

Pour le CH Lozère, l'intérêt se situe dans une démarche qualité pour le service d'HDJGD mais également par retour d'expérience : ce travail propose des pistes d'améliorations tant pour le service d'HDJGD que pour l'ouverture d'autres services.

IV.1.1.4 Diffusion de l'information

Cette étude étant destinée à tous les médecins généralistes exerçant en Lozère susceptibles d'adresser des patients en HDJGD, elle permet, via la diffusion du questionnaire, d'informer ces médecins sur l'existence de ce service et sur le concept de fragilité.

IV.1.1.5 Les points positifs du questionnaire

Le questionnaire est composé de questions fermées, cela confère moins de marge à l'interprétation et permet un taux de réponse supérieur grâce à la rapidité de remplissage du questionnaire. Il existe néanmoins des champs d'expression libres permettant de ne pas omettre un sujet pertinent pour les médecins interrogés. Ces champs d'expression libres étant majoritairement vides, nous pouvons supposer que nous ne sommes pas « passés à côté » de questions essentielles dans la composition du questionnaire.

De plus, le questionnaire a bénéficié d'une phase test permettant d'améliorer sa compréhension, sa lisibilité et sa faisabilité, augmentant potentiellement le taux de réponse.

IV.1.2 Les limites

IV.1.2.1 Le manque de puissance

Le taux de participation est bon mais l'effectif reste faible ce qui engendre un déficit de puissance statistique.

IV.1.2.2 Les carences du questionnaire

IV.1.2.2.1 Les questions

Comme dans la thèse de Justine Bruneel-Million et Médéric Segers, « plusieurs questions étaient à choix multiples et ont donc pu influencer leurs réponses » (52). Une échelle visuelle analogique chiffrée de 0 à 10 aurait pu être utilisée pour plus de finesse dans l'évaluation des satisfactions.

Lorsqu'il est demandé aux médecins d'estimer la proportion de patients gériatriques et de patients fragiles dans leur patientèle, les tranches de pourcentage proposées étaient trop larges si nous considérons que la proportion de patients âgés fragiles par patientèle est estimée à 4% (18,78).

Lorsqu'il est demandé aux médecins si la présence de troubles cognitifs est une condition sine qua non pour adresser les patients en HDJGD, la tournure de la question biaise la réponse, entraînant une surestimation probable des réponses négatives.

Il manque à certaines questions une option « je n'exerce pas l'activité de médecin traitant » mais cela a été compensé en étudiant la sous-population des médecins généralistes libéraux installés ayant eu au moins un patient pris en charge en HDJGD. Il en est de même pour l'option de réponse « je n'ai jamais eu recours à l'HDJGD » qui n'a pas toujours été proposée selon les questions.

A la question « avez-vous eu un patient pris en charge en HDJGD » il aurait fallu rajouter « si oui, la demande d'HDJGD émanait-elle de vous ? » pour éviter un biais de confusion dans l'interprétation des résultats.

Nous n'avons pas demandé si ceux qui nous ont adressé des patients continuent d'en orienter vers l'HDJGD, ce qui aurait été un bon indicateur de satisfaction.

Enfin, l'option de réponse « ne se prononce pas » peut être un dérivé à la réponse « non » sous-estimant ainsi le taux d'insatisfaction.

IV.1.2.2.2 Le choix des définitions des annexes du questionnaire

La définition du patient gériatrique stipulait qu'un patient de plus de 75 ans était considéré comme gériatrique.

De même, dans la définition de la fragilité, seuls sont donnés les critères de FRIED (42), le modèle multidimensionnel de Rockwood n'est pas mentionné (43). Il aurait été plus judicieux d'utiliser le questionnaire proposé par la HAS (20,49) (cf. Annexes 3 et 14).

Ainsi, par volonté de simplification et par défaut de recherches bibliographiques approfondies préalables, nous avons commis une erreur. Cela explique les réponses obtenues lors de l'estimation de la proportion de patients gériatriques et fragiles dans la patientèle des médecins interrogés, rendant ces réponses difficilement interprétables.

De plus, ce questionnaire, qui aurait permis de diffuser une information quant aux concepts de « patients gériatriques » et « patients fragiles », n'a donc pas rempli son rôle avec pertinence.

IV.1.2.3 Biais liés à la configuration du département

IV.1.2.3.1 L'anonymisation complexe en Lozère

Comme un commentaire du champ d'expression libre le fait remarquer, la Lozère est un département à la démographie médicale restreinte, où beaucoup se connaissent. Il n'y a parfois qu'un médecin par secteur (26). En croisant les informations, il est aisé de reconnaître certains confrères. Cela compromet grandement l'anonymat et les médecins le savent. La sincérité de leurs réponses peut en être impactée. Ces éléments amoindrissent la qualité de l'étude.

Pour cette raison, nous n'avons pas demandé de détails sur les secteurs d'exercice, mais cela nous empêche d'avoir accès à l'information relative à la disparité territoriale sur le département. Nous ne pouvons corrélérer, par exemple, les secteurs où se déroulent les consultations avancées et le taux d'adressage des patients en HDJGD. Nous ne pouvons également pas apprécier les secteurs où l'information et l'accessibilité font plus défaut. Une hypothèse serait que l'HDJGD concerne en priorité les patients vivant loin du CH Lozère, mais cette hypothèse n'est donc pas vérifiable ici.

IV.1.2.3.2 Biais de désirabilité sociale

Il s'agit certainement du biais principal de cette étude et il est retrouvé dans d'autres thèses sur le même thème (102).

Mes directrice et co-directrice de thèse étaient les médecins de l'HDJGD, leur nom était mentionné dans la présentation du questionnaire. Moi-même, j'ai exercé (interne puis remplaçante) avec bon nombre de médecins généralistes lozériens quels que soient leurs types

d'exercices ces dernières années et certains médecins inclus sont d'anciens co-internes. Ainsi la confraternité, voire l'amitié, peuvent induire une surestimation du taux de satisfaction et une minimisation des sujets d'insatisfaction.

Cet élément couplé aux difficultés d'anonymisation peut également engendrer des craintes quant à la prise en charge ultérieure de leurs patients âgés et ainsi majorer la proportion d'insatisfaits parmi les « non-répondants », sachant que la littérature décrit déjà les « non-répondants » comme non satisfaits (102,112). Cela engendre une surestimation du taux de satisfaction réel. Dès lors, une attention particulière a été portée aux réponses négatives et les réponses de type « moyennement satisfait » ont été considérées comme des indicateurs de non satisfaction.

Ces mêmes éléments peuvent également expliquer le taux de participation plutôt élevé de l'étude, notamment par des médecins n'ayant pas été informés de l'ouverture de ce service ou n'y ayant pas eu recours.

IV.1.2.4 Autres biais

IV.1.2.4.1 Biais de sélection

Le questionnaire a d'abord été envoyé par mail, or tous les cabinets médicaux ne sont pas informatisés. En effet, une étude révèle qu'« en 2014, l'informatisation des cabinets médicaux était seulement de 77% » (63,130). De plus, au CH Lozère, bon nombre des médecins ne regardent pas leur boîte mail professionnelle, particulièrement aux urgences. La sélection initiale n'a donc pas été optimale. Cependant, la relance par voie postale avec une enveloppe affranchie jointe et la distribution des questionnaires aux médecins hospitaliers a sûrement permis de corriger, du moins en partie, la situation. Mais il n'y a eu qu'une unique relance, celle initialement prévue via les URPS aurait permis de contrer encore ce biais de sélection.

IV.1.2.4.2 Biais d'information

Dans la même optique que le biais de désirabilité sociale, le biais de prévarication peut être envisagé ici, notamment pour les questionnaires incomplètement remplis. Il s'agit peut-être là d'omissions volontaires. Il en est de même pour les champs d'expression libre vides.

D'autre part, à l'inverse du biais de désirabilité sociale, dans notre cas, la question de l'impact de la relation ville-hôpital sur les résultats obtenus se pose. En effet, comme nous l'avons vu, il s'agit de la première étude concernant le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis

d'un service du CH Lozère. La distance relationnelle entre le CH Lozère et les médecins généralistes ou même entre les médecins hospitaliers et l'administration hospitalière pourrait engendrer une sous-estimation de la satisfaction des médecins généralistes au sujet d'éléments théoriquement sous la responsabilité de l'administration du CH Lozère (service de communication et service qualité notamment). Ainsi, il n'est pas à exclure que certains aient voulu faire passer le message de leur ressenti négatif plus global au travers de quelques réponses au questionnaire.

Il existe également un biais de déclaration retrouvé dans des thèses similaires. En effet « le dépistage de la fragilité a un but « noble » [...] ainsi un médecin généraliste ne peut être que d'accord », influençant ainsi les réponses. (120)

IV.1.2.4.3 Biais de confusion

Le biais de confusion principal est que nous avons demandé aux médecins s'ils avaient eu au moins un patient pris en charge par le service d'HDJGD, mais nous ne leur avons pas demandé si la demande était à leur initiative. Or, dans la littérature, il est mentionné que seuls 27% des demandes d'HDJG émanent du médecin traitant (110). Cela entraîne une confusion dans l'interprétation des résultats, notamment quand il est demandé aux médecins si l'HDJGD répond à leurs questionnements initiaux ou si leur rôle est bien respecté, amoindrissant potentiellement la proportion de réponses positives. Mais surtout, cette confusion existe dans l'interprétation des réponses de la sous-population de médecins installés en libéral ayant eu au moins un patient pris en charge par le service.

IV.2 Confrontation des résultats à la littérature

IV.2.1 Le résultat principal

La majorité (66%) des médecins ayant répondu se disent satisfaits ou très satisfaits par ce service d'HDJGD.

Pour les médecins généralistes installés en libéral ayant eu au moins un patient pris en charge par le service, le taux de satisfaction (satisfaits et très satisfaits) s'élève à 96% mais sans différence significative avec le reste de la population étudiée. Il est rapporté dans la littérature des résultats similaires chez les médecins ayant déjà eu un patient pris en charge par une HDJG : 96.4% dans la thèse d'Isaure Fraux (58), voire même des résultats supérieurs dans la thèse la plus semblable à notre étude avec 87% de très satisfaits et 13% de satisfaits (114,115). L'étude

anglaise sur les HDJG de Nottingham (113), étudiant les soignants plus généralement, rapporte également un taux de satisfaction de ces derniers de 94% sur le même nombre d'inclus que dans notre étude (94). Seule la thèse d'Anastasia Obraztsova trouve des résultats inférieurs avec 76% de médecins « totalement satisfaits » (116).

L'analyse thématique des réponses libres montre que 86% des médecins dont les réponses ont été analysées font état de leur satisfaction quant au service d'HDJGD (critère principal). Déjà, « dans l'étude de Lin en 2002, les médecins traitants jugeaient positivement l'action menée par l'HJG en termes de prise en charge et de suivi proposé. » (106,117)

IV.2.2 La population

IV.2.2.1 Caractéristiques

Nous notons des différences entre la population ayant répondu au questionnaire et les chiffres concernant les médecins généralistes lozériens et français (26,86).

Ainsi, en moyenne, les médecins ayant répondu ont 47,5 ans et exercent en Lozère depuis 14 ans, 20% se sont installés depuis l'ouverture du service d'HDJGD. Ils sont plus jeunes que la moyenne française des médecins généralistes (50,6 ans) et encore plus que celle des médecins généralistes lozériens (55 ans). Cela peut s'expliquer par l'envoi initial du questionnaire par voie électronique (130). Mais également, par le biais de désirabilité sociale car plus de jeunes médecins me connaissent personnellement. Enfin, nous pouvons supposer que les jeunes médecins sont plus sensibles au sujet de la fragilité, auquel ils ont pu être formés pendant leurs études, comme cela a été observé dans d'autres études (63,64).

Par ailleurs, il y a 42% de femmes parmi les médecins ayant répondu, ce qui est inférieur à la moyenne lozérienne et nationale. Mais ce taux est similaire à celui retrouvé par Ambre Bieber (63).

38% des médecins de notre panel exercent en libéral : ils sont 47% pour les médecins généralistes lozériens et 56 % pour les généralistes français. 17% des médecins ayant répondu exercent en salariat contre 37% pour les médecins généralistes lozériens et français. 1% des répondants sont retraités actifs ce qui est légèrement inférieur aux chiffres lozériens et nationaux (respectivement 2% et 1.3%). Ces résultats ne peuvent être comparés aux autres thèses sur le même sujet, car elles n'ont pas catégorisé les exercices de la sorte.

Nous pouvons dire que les types d'exercice des médecins ayant répondu ne sont pas comparables aux chiffres nationaux et lozériens, mais le classement par ordre croissant des proportions reste respecté. De plus, une grande variété des modes d'exercice est représentée dans notre population, dont les médecins remplaçants. Comme l'indiquent justement Justine Bruneel-Million et Médéric Segers dans leur thèse, « le choix d'intégrer des médecins remplaçants peut être discutable dans la mesure où ils sont moins impliqués dans le suivi des patients. Ils représentent néanmoins les futurs médecins installés et se trouvent déjà concernés par la prévention, leur avis est donc important. » (52)

Nous notons que la grande majorité des médecins ayant répondu exercent en territoire rural ou semi-rural, ce qui est cohérent avec la configuration du département. Bien que cela ne soit pas comparable à la littérature, il est important de constater que des médecins éloignés de l'HDJGD de Mende se sont sentis concernés par notre étude.

Par ailleurs, seuls 17% des médecins ayant répondu sont formés à la gériatrie. Dans la littérature sur le même sujet, les taux sont plus élevés parmi les médecins répondants : de 24,1% (63) à 32,2% (120) voire même 35% (119). De plus, il n'existe pas de différence significative de satisfaction vis-à-vis du service d'HDJGD comparativement aux médecins sans formation complémentaire en gériatrie. Alors que la thèse de Lucie Gasc, quant à elle, constate que les médecins généralistes ayant effectué une formation complémentaire en gériatrie sont plus sévères que leurs confrères dans l'évaluation de leur satisfaction. Dès lors, elle suppose que « leur meilleure formation en gériatrie peut expliquer leur plus grande exigence. » (120)

48% des médecins se déclarent à l'aise avec le concept de fragilité en gériatrie. Alors que dans la thèse de Justine Bruneel-Million et Médéric Segers ce taux s'élève à 71%, ce qu'ils jugent important compte tenu du fait « qu'il s'agisse d'une notion récente qui n'a pas été enseignée à la faculté de médecine. » (52)

IV.2.2.2 Description de leurs patientèles

Si nous considérons que tout patient gériatrique est un patient fragile (11), alors nous devrions retrouver dans les patientèles des proportions de patients fragiles égales ou plus élevées que les proportions de patients gériatriques. Or, nous observons l'inverse. Nous supposons ici que la notion de patient gériatrique a été assimilée à celle de patient âgé (36). Cela rejoint les « conclusions du travail de thèse de Pierre-Yves Saleh qui trouve que le terme de « Fragilité » évoque d'emblée des situations cliniques pour les médecins généralistes, mais correspondant

souvent à des patients en état de dépendance, plutôt que de Fragilité. Pourtant, les médecins interrogés reconnaissent la Fragilité comme un état précédant la dépendance. » (52,70)

S'agissant de notre étude, nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative dans ces estimations, que les médecins se sentent ou non à l'aise avec le concept de fragilité. Comme nous l'avons vu dans les biais, nos résultats sont difficilement analysables ici.

Cependant, dans la thèse d'Archie DAURE (119), la proportion estimée des plus de 65 ans est demandée aux médecins interrogés : 66% estiment qu'ils sont moins de 25% de leur patientèle (26% pour nous), 31% estiment qu'ils sont entre 25 et 50% (46% pour nous) et 4% estiment qu'ils sont plus de 50% (28% pour nous). Les différences de taux entre cette étude et la nôtre illustrent que nos résultats ne sont pas seulement expliqués par les soucis de définition. Ils reflètent, en partie, la proportion particulièrement élevée des personnes âgées en Lozère (28,29).

Pourtant, ces chiffres sont étonnamment élevés si nous considérons que les consultations des patients de plus de 65 ans représentent 28 % du total des consultations et donc que celles des patients fragiles pourraient représenter environ 4 % des consultants de médecine générale. (18,78)

IV.2.2.3 Explications du choix des sous populations étudiées

Nous avons décidé d'étudier 3 sous-populations médicales en comparant leur taux de satisfaction global avec celui du reste de la population étudiée.

Nous avons tout d'abord les médecins généralistes libéraux installés (non remplaçants) ayant déjà eu au moins un patient pris en charge par le service d'HDJGD. En effet, ils sont potentiellement les seuls médecins ayant une vision globale de la prise en charge en HDJGD, ils ont reçu une synthèse à l'issue de l'hospitalisation de leur patient ont une vision globale de ce qu'il advient en aval de cette prise en charge (satisfaction du patient, applicabilité des propositions etc...). L'étude de cette sous-population médicale permet d'affiner certains taux de réponses en améliorant ainsi la pertinence d'analyse et de les comparer plus aisément à la littérature (114,115). Cependant, il aurait été intéressant de savoir, dans cette population, si la demande d'HDJGD émanait d'eux afin de comparer ce taux à la littérature (110).

Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existait des particularités de réponses pour les médecins généralistes ayant une formation complémentaire en gériatrie, leur sensibilité aux patients âgés, leurs pratiques et leurs formations pouvant modifier les résultats (63,64). Mais

nous ne retrouvons pas de différence significative sur le critère de jugement principal en comparaison avec les autres médecins. Evidemment l'échantillon (n=9) explique en partie cette absence de significativité.

Enfin, nous avons étudié la sous-population médicale souhaitant l'agrandissement de la filière gériatrique ville/hôpital afin de déterminer si cette attente était liée à leur taux de satisfaction.

IV.2.3 Relations des médecins généralistes avec le service d'HDJGD

IV.2.3.1 Utilisation du service

Sur les 59% de médecins ayant eu au moins un patient pris en charge par le service d'HDJGD, nous retrouvons les 3 principaux types d'exercice représentés dans notre population : médecins installés en libéral (pour la grande majorité), médecins remplaçants et urgentistes. Cependant, nous ne savons pas la proportion de médecins pour laquelle la demande d'HDJGD émanait d'eux-mêmes.

La thèse de Julie Cantot suggérait que «les motifs de non prise en charge en HJG pourraient être analysés : HJG non proposée par le médecin traitant, refus du patient ou de la famille, problème de transport » (106). Dans notre étude, 13% des médecins ont eu une demande d'HDJGD annulée principalement par refus du patient, mais également suite à une prise en charge en aiguë de leur patient. Les membres de l'HDJGD avaient, pour leur part, noté chaque motif d'annulation et le délai de rendez-vous trop long était le motif principal. Il s'agit là d'une carence du questionnaire qui ne proposait pas cette option bien qu'elle puisse se déduire dans le fait que le patient a été pris en charge de manière aiguë entre temps. Cela peut également indiquer que certaines demandes d'HDJGD arrivent trop tardivement dans la prise en charge du patient fragile qui est en fait déjà dépendant (52,70).

Globalement, les médecins ne considèrent pas que les troubles cognitifs soient une condition sine qua non de la demande d'HDJGD. Evidemment la tournure de la question pouvait engendrer un biais dans les réponses comme nous l'avons vu précédemment. Mais cela peut également s'expliquer par le fait que les divers motifs de demande d'HDJGD sont indiqués sur la fiche de demande de rendez-vous à remplir par le médecin adressant le patient. (cf. Annexe 10) Cependant, il peut persister une confusion logique dans l'esprit des médecins car l'évaluation des capacités cognitives du patient fait systématiquement partie de l'évaluation en HDJGD (110). Cette dominante de la prise en charge des troubles cognitifs dans les HDJG dans l'esprit des

médecins généralistes est retrouvée dans de nombreuses études : le motif d'admission en HDJG pour bilan de troubles cognitifs oscille entre 74.2% (106) et 84% (102,106). Dans la thèse de Catherine Sengler « l'ensemble des médecins traitants interrogés, adresse ou adresserait leurs patients pour une évaluation et/ou prise en charge des troubles cognitifs. Il s'agit donc d'une prise en charge connue des médecins traitants. » (114,115)

IV.2.3.2 Implication des autres éléments étudiés dans le taux de satisfaction et spécificités des sous populations

Dans la littérature, les indices d'insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des HDJG sont « l'absence de transmission des comptes rendus, la non résolution du problème médical posé, l'insatisfaction de la famille, le délai de rendez-vous trop long et la perte de vue du patient même chez les médecins satisfaits » (116). Notre étude y voit des similitudes.

IV.2.3.2.1 Place du médecin traitant

40% des médecins généralistes estiment que le rôle du médecin traitant est respecté mais si l'on se rapporte à la sous-population des médecins généralistes installés en libéral ayant eu au moins un patient pris en charge par le service, alors la proportion passe à 71%, aucun n'a répondu « non ». Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans la thèse d'Ambre Bieber où « 82,3% des médecins se sont sentis impliqués dans la prise en charge de la fragilité, quelle que soit leur ancienneté d'installation. Seuls 8,1% se sont sentis dépossédés de leurs patients » (63). Ce taux inférieur peut, entre autre, s'expliquer par le fait que nous n'avons pas distingué les médecins ayant eux-mêmes adressés le patient. Parmi les médecins étudiés certains ne sont peut-être pas à l'origine de la demande ne se sentant pas, alors, au cœur de la prise en charge.

Or, « la littérature montre que l'adhésion du médecin traitant au projet de soins est également un élément important pour le suivi des recommandations. Le médecin généraliste restant le coordonnateur des prescriptions.» (102,118) Ce rôle essentiel du médecin traitant dans la prise en charge des patients âgés fragiles est particulièrement souligné par la HAS (20,21) et il l'a été lors du 1er congrès francophone dédié au PAERPA (22).

IV.2.3.2.2 Apports dans la pratique

Pour 78% des médecins, l'HDJGD constitue une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés. Ce taux monte à 88% pour les médecins libéraux ayant eu au moins un patient pris en charge par le service. En dehors d'un taux à 72.6% (63), ce taux est globalement inférieur à ceux

retrouvés dans la littérature qui varie entre 92% (116), (52) et 98.2% (58). Toutefois, la littérature montre toujours que les HDJG apportent « aux médecins généralistes un soutien dans la prise en charge de leurs patients âgés fragiles. » (63)

Pour deux tiers des médecins ayant répondu, le service d'HDJGD est adapté à leur pratique, sans différence significative entre les différents modes d'exercice.

Seuls 43% considèrent que la synthèse apporte des réponses à leurs questionnements initiaux mais ce taux passe à 64% pour les médecins libéraux ayant eu au moins un patient pris en charge par le service sans que cela n'ait pour autant d'impact significatif sur leur taux de satisfaction global. Quoi qu'il en soit, ce résultat diffère de ce qui a été mis en évidence par Catherine Sengler : « le contenu des informations apporté au sein de la lettre de sortie est suffisamment complet » (114,115). Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que nous n'avons pas identifié les médecins ayant eux-mêmes adressés leurs patients. La synthèse répondant alors à des questionnements qu'ils n'avaient pas eus. Cela entraînant alors une sous-estimation de nos résultats.

37% des médecins estiment que les propositions faites dans la synthèse d'HDJGD sont applicables. Ce taux augmente à 64% pour les médecins libéraux ayant eu au moins un patient pris en charge par le service sans lien significatif avec leur taux de satisfaction global vis-à-vis du service. Il n'existe pas non plus de concordance significative entre le territoire d'exercice de ces médecins libéraux et l'applicabilité des propositions. Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans la littérature où 25% des médecins jugent inapplicables les recommandations faites par l'HDJG (102).

Les principaux apports dans la pratique des médecins généralistes trouvés dans la littérature sont : la synthèse des comorbidités, la prise en charge globale non réalisable autrement, « les solutions pour la prise en charge sociale et les propositions thérapeutiques au sens large » (116).

IV.2.3.2.3 L'information

Seuls 42% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de l'information reçue lors de l'ouverture du service, mais un tiers n'a reçu aucune information. Les autres (27%) se disent peu ou moyennement satisfaits. Pour la sous-population de médecins installés en libéral ayant eu au moins un patient pris en charge, cette proportion monte à 60% de satisfaits et 8% de très satisfaits. En comparant avec le travail de Catherine Sengler notre taux reste inférieur : dans son étude 25% étaient très satisfaits et 50% satisfaits. Pourtant elle en déduit tout de même qu' « il

apparaît pertinent de faire un effort de communication concernant ces points et notamment sur la présence d'un hôpital de jour » (114,115).

Nous remarquons également que 20% des médecins ayant répondu sont installés en Lozère depuis 2018, donc n'ont très probablement pas reçu l'information initiale : en pratique 72% d'entre eux n'ont reçu aucune information ou en sont peu ou moyennement satisfaits. La proportion d'un tiers de médecins n'ayant reçu aucune information ne peut donc s'expliquer uniquement par cette population de médecins récemment installés : certains ont donc été oubliés lors de la diffusion de l'information initiale.

Bien que ne pouvant faire de corrélation statistique, nous remarquons que parmi les médecins n'ayant reçu aucune information lors de l'ouverture, 88% n'ont pas adressé de patients, alors que parmi les médecins satisfaits par cette information initiale, 85% ont adressé au moins un patient en HDJGD et ce taux monte à 100% pour les médecins très satisfaits par l'information initiale.

Un élément nous a interpellé : il existe une différence statistique entre les 3 types d'exercices principalement représentés et l'accès initial à l'information. En effet, 67% des urgentistes (contre 44 % des remplaçants et 23% des médecins libéraux installés) déclarent n'avoir reçu aucune information et les autres n'en sont pas satisfaits. Or, les urgentistes travaillent tous dans le même CH que l'HDJGD (dans le même bâtiment) et connaissent tous personnellement les gériatres y intervenant. Nous pouvons en déduire que la diffusion par mail interne est donc passée inaperçue mais également que le cloisonnement entre les urgences et la gériatrie est patent. Cela peut expliquer, en partie, que seul 22% des urgentistes ont adressé au moins un patient en HDJGD.

En ce qui concerne l'accessibilité actuelle de l'information, seul 34% des médecins sont satisfaits, un tiers n'a accès à aucune information et l'autre tiers n'est pas satisfait. Ce niveau de satisfaction est finalement plutôt élevé si nous considérons qu'aucune information n'est disponible actuellement en dehors de l'information dispensée initialement et du « bouche-à-oreille » (133).

Il ressort que 83% des médecins souhaitent des supports d'information pour eux-mêmes : principalement avec des plaquettes, via des mails et sur le site internet du CH Lozère. Une proportion similaire de médecins (81%) souhaite des supports d'information pour leurs patients et/ou leurs familles via cette fois-ci des plaquettes et des affiches principalement. L'étude de Catherine Sengler retrouve, par ordre croissant, les mêmes types de supports souhaités par les médecins généralistes : des plaquettes d'information à transmettre aux patients (62% des

médecins trouvent cela très adapté), des affiches à mettre dans le cabinet (37% trouvent cela très adapté) et des informations sur le site internet de l'hôpital (25% trouvent cela très adapté et 62% adapté). Il est également mentionné que 62% trouvent adapté ou très adapté une visite de l'HDJG avec la rencontre des professionnels. Nous n'avons pas proposé cette option, nous ne pouvons donc évaluer l'intérêt qu'elle aurait suscité. (114,115) L'information via une visite du service d'HDJG par les médecins généralistes a déjà été dispensée à l'HDJG de l'AP-HP (116), pourtant, la thèse évaluant cet HDJG estime « qu'il faut développer l'information des médecins généralistes pour les convaincre de l'utilité de cette structure dans le diagnostic et la prise en charge des patients et entretenir une collaboration plus étroite bénéfique pour leurs patients. » (116)

Nous constatons par ailleurs qu'il y a une concordance significative entre le taux de satisfaction des médecins vis-à-vis de l'accès actuel à l'information et leur taux de satisfaction vis-à-vis du service d'HDJGD (critère principal). Ainsi 82% des médecins n'ayant accès à aucune information n'ont jamais adressé de patients à l'HDJGD, ceux satisfaits de l'information actuelle sont à 88% satisfaits ou très satisfaits par le service.

Nous avons également étudié la clarté de l'information de 5 éléments. Pour le type de patients concernés par le service, l'information était claire pour la moitié des médecins. Pour la différence entre la consultation gériatrique et l'HDJGD, elle l'était pour seulement 42% des médecins. Pour le caractère non urgent/ hors pathologie aiguë, l'information semblait claire pour 63% des médecins. Pour les différents intervenants du service d'HDJGD, elle l'était à 45%, pourtant cet élément est décrit comme un des plus importants dans la littérature (111). Enfin, pour le déroulement d'une journée d'HDJGD, l'information n'était claire que pour 33% des médecins : comparativement ce taux est de 75% dans l'étude de Catherine Sengler (114,115). Pour ces 5 éléments, il existe une corrélation significative entre la clarté de l'information et le taux de satisfaction des médecins vis-à-vis du service d'HDJGD.

Deux remarques faites dans le champ d'expression libre mais non retenues dans l'analyse thématique peuvent tout de même être mises en rapport avec le défaut d'information. En effet, dans l'une d'elles, nous comprenons que le médecin confond l'hospitalisation à domicile (HAD) avec le service d'HDJGD. Dans la seconde remarque, un médecin déclare que le fonctionnement de l'HDJGD est « mendo-mendois » et que dans son secteur il y a des consultations gériatriques avancées avec des gériatres avec lesquelles il travaille. Or ces gériatres sont les 2 médecins de l'HDJGD.

IV.2.3.2.4 L'accessibilité du service

IV.2.3.2.4.1 Territoire :

Pour 74% des médecins le service d'HDJGD est adapté au territoire lozérien. Nous ne relevons pas de différence significative entre le territoire d'exercice des médecins et la proportion de médecins ayant eu au moins un patient pris en charge dans le service. L'étude de l'accès à l'information, lors de l'ouverture et actuellement, ne montre pas de différence significative selon le territoire d'exercice. Enfin, il n'existe pas de corrélation significative entre le territoire d'exercice et le taux de satisfaction vis-à-vis du service d'HDJGD (critère principal).

Nos résultats sont difficilement comparables à la littérature, à notre connaissance il n'existe pas d'études suffisamment semblables en terme de thématique et de territoires pour parvenir à une comparaison pertinente.

IV.2.3.2.4.2 Modalités d'inscription :

Alors que 55% des médecins se disent satisfaits ou très satisfaits par les modalités d'inscription, le chiffre plus marquant est le niveau d'insatisfaction à ce sujet : 45%. Nous remarquons une différence significative de satisfaction selon l'information initiale : 45% des médecins non satisfaits par les modalités d'inscription n'ont reçu aucune information à l'ouverture alors que 70% des médecins satisfaits par les modalités d'inscription se disent également satisfaits (ou très satisfaits) par l'information initialement reçue. Nous pouvons noter, bien que sans signification statistique, que les médecins satisfaits sont composés à 74% de médecins installés en libéral alors que les types d'exercice des médecins non satisfaits sont plus hétérogènes.

Par ailleurs, il existe une corrélation significative entre la satisfaction des médecins quant aux modalités d'inscription et leur satisfaction quant au service d'HDJGD (critère principal).

En ce qui concerne l'absence de fiche d'inscription disponible sur internet : 51% considèrent cela comme un frein à l'accessibilité au service d'HDJGD. Il n'existe cependant pas de différences significatives entre les médecins considérant cette absence comme un frein et les autres. Nous pouvons juste noter que les médecins considérant cette absence comme problématique pour l'accès à l'HDJGD sont un peu plus jeunes : 44 ans en moyenne contre 50 ans pour les autres.

L'étude de la littérature met en évidence que de nombreux médecins souhaitent « que la demande d'évaluation puisse se faire par courriel. Cependant, cela nécessite l'utilisation d'une plateforme cryptée afin de préserver le secret médical » (52) Dans l'étude de Catherine Sengler certains médecins le demandent dans les champs d'expression libre car cette option n'était pas proposée (mais l'étude à 14 ans) (114,115). En ce qui concerne la possibilité de remplir une demande d'HDJGD directement sur internet, ils sont 66% à le souhaiter.

Certes, en 2014 seuls 77% des cabinets médicaux étaient informatisés (130) mais l'usage des nouvelles technologies se démocratise chez les professionnels de la santé et surtout chez les jeunes médecins (131,132). Il convient de saisir l'opportunité que représente ce vecteur d'information et de communication. J'ai pu remarquer moi-même cette carence. En effet, alors que bien informée sur l'HDJGD, lorsque j'ai voulu y adresser des patients, je n'avais aucun moyen de trouver une demande d'admission. Il me fallait appeler des intervenants du service pour qu'ils m'en envoient, freinant grandement les possibilités d'adressage en HDJGD au décours d'une consultation de médecine générale.

Enfin, l'avis des médecins est équitablement partagé au sujet de l'existence d'une consultation gériatrique préalable à l'HDJGD, alors qu'à l'usage, les gériatres de ce service trouvent la consultation préalable plus judicieuse.

IV.2.3.2.4.3 Délais d'obtention d'un rendez-vous

Seuls 28% des médecins sont satisfaits des délais d'obtention d'une prise en charge en HDJGD, aucun n'en est très satisfait et 41% n'en sont pas ou moyennement satisfaits. La seule différence significative observée entre les médecins satisfaits par les délais et les non satisfaits réside dans leur mode d'exercice. En effet, 90% des médecins non satisfaits sont des libéraux, pour les médecins satisfaits les exercices sont plus hétérogènes. Cependant, nous pouvons noter que parmi les médecins satisfaits aucun n'a eu une demande annulée contrairement aux autres médecins (33% de demandes annulées). Cela est à mettre en rapport avec le fait que les gériatres de l'HDJGD recevaient principalement « le délai d'obtention d'une prise en charge » comme motif d'annulation d'une HDJGD.

De plus, il n'existe pas de différence significative entre ces 2 groupes de médecins quant à la clarté de l'information au sujet des patients concernés ni au sujet du caractère hors contexte aigu de la prise en charge en HDJGD. Cela élimine le manque de compréhension de la place de

l'HDJGD dans la filière gériatrique comme explication potentielle de ce mécontentement au sujet des délais de prise en charge.

Enfin, il existe une corrélation significative entre le niveau de satisfaction des médecins quant au délai d'obtention d'une prise en charge en HDJGD et leur taux de satisfaction quant au service (critère principal).

L'analyse de la littérature permet de constater des délais de rendez-vous entre quelques jours à une semaine dans l'idéal (114,115). Le délai de 2 à 3 jours dans le cadre de l'HDJG des patients en EHPAD (avec mention du caractère urgent) reste plutôt rare (58). Catherine Sengler retrouve un délai de prise en charge allant de 15 à 45 jours avec un délai moyen de 22 jours (114,115). Actuellement à Mende, le délai est à 1 mois voire 1 mois et demi maximum d'après le secrétariat. Ce délai augmente avec le départ d'un des deux médecins de l'HDJGD et l'absence d'embauche d'effectif paramédical. Il faut noter que dans d'autres études avec un délai de rendez-vous plus court qu'en Lozère, le critère du délai était déjà une piste d'amélioration (58).

IV.2.3.2.4.4 Contacts avec le service

51% des médecins se disent satisfaits ou très satisfaits de leurs contacts avec le service d'HDJGD, 10% le sont moyennement et les autres n'ont jamais eu de contact.

Nous relevons une corrélation significative entre le niveau de satisfaction des médecins quant à leurs contacts avec le service d'HDJGD et leur taux de satisfaction quant au service (critère principal).

Ce manque de communication est également retrouvé dans l'analyse thématique des champs d'expression libre. En particulier, les médecins souhaitent être prévenus de la prise en charge de leurs patients en HDJGD. Cependant, par carence de notre questionnaire, nous ne pouvons savoir si ces médecins avaient ou non émis eux-mêmes une demande d'HDJGD.

Dans la littérature, le souci du manque de communication entre le médecin généraliste et le gériatre est très souvent rapporté (120). Ainsi, dans la thèse d'Ambre Bieber 61,3% des médecins généralistes aimeraient plus de contacts avec les gériatres (63). Cette carence est rapportée comme « le principal obstacle à la coordination des soins de la personne âgée » (63) et à « la mise en place du plan personnalisé de soins » (120). Un contact direct par téléphone est souhaité (102,120) dans plusieurs études. D'autres préfèrent les échanges électroniques « ce qui évite le problème de disponibilité immédiate nécessaire avec le téléphone, mais permet une plus grande

rapidité comparativement au courrier » (63,120). Nous retrouvons, l'idée « que la rencontre entre les professionnels favorise la collaboration (et donc l'adhésion au suivi et l'efficacité des recommandations) » (63,64).

IV.2.3.2.5 Rendu des résultats

La majorité (69%) des médecins sont satisfaits du fait que le gériatre rende systématiquement les résultats de l'HDJGD au patient au décours d'une consultation dédiée. Cet élément est également rapporté dans la littérature, en effet, « les médecins apprécient d'être libérés de [...] l'annonce de la maladie [qui] est prise en charge par le médecin gériatre » (116).

Il est suggéré dans la littérature que l'annonce des résultats et la mise en place du PPS soient accompagnés d'un entretien motivationnel (52), mais il n'est pas précisé si celui-ci doit avoir lieu auprès du gériatre ou du médecin généraliste. La répétition de ces entretiens par les 2 spécialistes semblent le plus adapté pour optimiser les modifications du mode de vie nécessaire à la correction des facteurs de fragilité.

57 % des médecins sont satisfaits du délai de réception de la synthèse (qui se situait alors entre 2 et 3 semaines d'après les informations du secrétariat du service). Le délai légal prévu pour « la transmission des informations médicales au médecin généraliste » est passé de 8 jours (120,121,124,125) à 1 journée (123). La littérature rapporte que le délai maximum souhaité par les médecins généralistes est de 7 jours (121). Là encore, doubler l'envoi par voie électronique sur une boîte mail sécurisée pourrait améliorer les délais de réception (120).

IV.2.3.2.6 Satisfaction des patients

61% des médecins estiment que leurs patients et/ou leurs familles sont satisfaits ou très satisfaits par ce service. Ce taux monte à 100% (76% satisfaits et 24% très satisfaits) pour les médecins installés en libéral ayant eu au moins un patient pris en charge.

Il existe une corrélation significative entre le taux de satisfaction estimé des patients par les médecins et le taux de satisfaction des médecins eux-mêmes vis-à-vis du service d'HDJGD (critère principal). Cela est à mettre en perspective avec le fait que ce sont bien les médecins qui estiment le taux de satisfaction des patients et/ou de leurs familles et non leur taux de satisfaction réelle. En effet, la littérature rapporte parfois des paradoxes, ainsi il a été décrit que « la très bonne perception qu'ont les médecins de ces évaluations gériatriques contraste avec la perception que semblent en avoir les patients » (63). Nous notons que le critère majeur de

satisfaction des patients rapportés dans la littérature est « l'amélioration de la qualité de vie du patients et des aidants. » (102)

Cependant, il reste cohérent qu'un retour positif de la part des patients contribue au niveau de satisfaction des médecins.

IV.2.3.2.7 Avantages par rapport aux consultations

La littérature rapporte la difficulté des médecins généralistes à « convaincre le patient à venir à une évaluation en HDJ » (52). Nous avons donc voulu étudier les arguments utilisés par les médecins généralistes.

Les éléments propres à l'HDJGD (en comparaison avec les consultations) le plus souvent mis en avant (par ordre décroissant) par les médecins généralistes à leurs patients sont le déplacement unique pour plusieurs examens ou consultations, la gestion des divers rendez-vous par l'équipe de l'HDJGD, le droit à « un bon de transport » et le fait que le patient soit pris en charge toute la journée par l'IDE et accompagné pour chaque examen ou consultation. Ces arguments permettent l'acceptation de l'HDJGD alors que les patients refusent les différentes consultations ou examens dans 56% des cas. Personnellement, au décours de mes remplacements j'ai pu observer les mêmes résultats, ce qui biaise la question car les propositions ont été faites notamment sur mon expérience personnelle.

Cependant, lorsqu'il s'agit de venir à l'hôpital de Mende, les patients âgés évoquent, en consultation de ville, le souci du parking, la difficulté d'accès à l'hôpital et leur peur de se perdre au sein de l'hôpital, les faisant parfois renoncer aux soins. Ces mêmes constatations sont rapportées dans la littérature (119). Ces difficultés de mises en place de mécanismes d'adaptation ou ces difficultés purement physiques (il faut beaucoup marcher à l'extérieur si le patient vient par ses propres moyens) sont déjà révélatrices de fragilités chez ces patients âgés et justifient, à eux seuls, une HDJGD.

IV.2.4 Vers une expansion de la filière gériatrique ville/hôpital ?

La plupart (79%) des médecins ayant répondu ne le souhaite pas. Cette réponse coïncide avec le fait que la filière ambulatoire existe pleinement en théorie : équipe mobile de gériatrie, consultations gériatriques, consultations avancées de gériatrie et HDJGD. Il serait plus cohérent d'augmenter les moyens, notamment humains, de ces services afin d'améliorer leur efficacité et

le service rendu aux médecins et à leurs patients. Nous rappelons que seul 380 patients ont été vus en HDJGD alors que la Lozère compte potentiellement 3000 patients âgés fragiles (28,76).

Nous avons observé la sous-population médicale souhaitant un agrandissement de la filière et ses propositions. Ce sont des médecins un peu plus jeunes que la moyenne avec des exercices variés dans des territoires divers. 60% d'entre eux ont eu au moins un patient pris en charge par le service et 40% ont eu au moins une demande annulée. 80% d'entre eux se disent satisfaits par le service sans que l'on puisse y voir une différence significative avec les autres médecins. 90 % estiment que l'HDJGD est une aide pour leur pratique et ils souhaitent tous une soirée d'information.

Les suggestions faites par ces médecins mettent en exergue l'isolement des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients gériatriques et soulèvent le souci de la mobilité des patients âgés notamment dans un territoire isolé à la densité médicale faible.

Certaines de leurs propositions ont déjà été prises en compte, nous les exposons dans un chapitre suivant.

IV.3 Synthèses des observations et perspectives d'amélioration

IV.3.1 Eléments impliqués dans le taux de satisfaction

IV.3.1.1 Apports dans la pratique du médecin généraliste

Dans la littérature, les médecins généralistes déclarent apprécier les HDJG pour « la pluridisciplinarité, la disponibilité des intervenants, la technicité du diagnostic, le regard nouveau sur les patients, la prise en charge psychologique, nutritionnelle et sociale » et l'accompagnement des aidants (116). Les HDJG sont donc une aide adaptée à leur pratique dans la prise en charge de leurs patients âgés fragiles. Ce que l'on retrouve en majorité dans notre étude. Cependant, l'HDJGD de Mende peut encore parfaire ce point.

IV.3.1.2 Le respect du rôle du médecin traitant

Le médecin traitant a un rôle pivot dans la prise en charge des patients âgés fragiles, il faut tendre à ce que chaque médecin traitant se sente pleinement considéré dans son rôle. L'HDJGD doit être une aide dans cette prise en charge et un support pour que le médecin généraliste ne se sente plus isolé dans ces situations complexes (10). Nos résultats montrent que le service

d'HDJGD de Mende peut encore améliorer ces aspects. Il y a ici une piste d'amélioration et un indicateur de qualité primordial.

IV.3.1.3 Communication : Information, contacts avec le service et rendu des résultats

Il ressort de notre étude que la carence de communication est une des principales causes d'insatisfaction. Cette même observation est faite dans la littérature : « manque de communication, souhait d'être prévenu d'une hospitalisation, difficultés à joindre les médecins hospitaliers » (121,122)

La littérature rapporte que « bien qu'ils jugent que c'est le meilleur endroit pour réaliser une évaluation fonctionnelle, les médecins généralistes gardent encore une certaine réticence liée aux peu d'informations dont ils disposent sur la structure. » (111) Ainsi, l'idée que l'information des médecins généralistes est primordiale pour qu'ils adressent leurs patients âgés fragiles en HDJG est donc établie. Le CHU de Toulouse a bien compris cela dans sa stratégie de dépistage des fragilités via l'HDJG et il peut être un exemple à suivre. (59) (cf. Annexes 2 et 7)

Cette information doit également concerner les services des urgences, car ils ont un rôle majeur dans ce dépistage des personnes âgées fragiles. Bien qu'il n'apparaisse pas d'emblée prioritaire aux urgences, il est pourtant crucial. Mais il ne peut se faire qu'avec une connaissance des ressources locales en matière de filières gériatriques locales, ce qui pose problème notamment dans les hôpitaux périphériques dont les services fonctionnent fréquemment en sous-effectifs médicaux et paramédicaux et avec beaucoup de médecins remplaçants. (56,57)

Si l'information détaillée sur le service d'HDJGD reste primordiale, la communication doit concerner également les contacts rapprochés que les médecins généralistes souhaitent entretenir avec les gériatres (102,120).

Enfin, la communication réside également dans le courrier de synthèse dont le délai d'envoi pourrait tendre à se raccourcir.

IV.3.1.4 L'accès à une prise en charge en HDJGD : modalités d'inscription et délais d'obtention d'un rendez-vous

L'autre principal vecteur d'insatisfaction est l'accès à une prise en charge en HDJGD : les modalités d'inscription sont à parfaire mais surtout les délais sont à raccourcir. Pour ce dernier point, l'augmentation des moyens humains et techniques est indispensable.

Notre étude rapporte ainsi que pour parfaire le taux de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'HDJGD plusieurs voies existent.

IV.3.2 Changements déjà observés depuis l'étude

L'absence de validation de l'inscription d'un patient en HDJGD, pourtant initialement prévue, a été soulevée dans ces réponses. Ce problème se retrouve également dans la littérature (52). Dès clôture de réception des résultats et sans attendre d'analyse plus poussée, au vu de la pertinence des remarques des médecins généralistes, il a été décidé de corriger cette carence. Les médecins demandeurs et les médecins traitants (s'ils sont différents) reçoivent maintenant un courrier les informant de la prise en charge en HDJGD de leur patient. Cela est d'autant plus important que la littérature précise que seules 27% des demandes d'HDJGD émanent des médecins traitants (110).

Les courriers de synthèse ont également connu des changements. Le jour de l'HDJGD le patient sort avec une lettre de liaison, également adressée à son médecin traitant. Il y est fait mention des examens et consultations réellement eus par le patient (surtout si cela diffère du programme théorique). La date de la consultation post-HDJGD est également mentionnée dans ce courrier. Tout cela est également expliqué, à l'oral, au patient et à son accompagnant.

Enfin, l'embauche d'une ergothérapeute supplémentaire a été actée et celle d'une psychologue devrait l'être prochainement.

IV.3.3 Pistes d'amélioration

Ces perspectives d'améliorations se retrouvent, pour la plupart, dans l'étude de Catherine Sengler (114,115).

IV.3.3.1 L'information et la communication

Au vu des retours négatifs concernant l'information sur le service et le lien avec l'insatisfaction des médecins, il faudrait absolument faire de ce thème une priorité

institutionnelle. Pour cela, l'hôpital pourrait utiliser différents vecteurs de diffusion comme, par exemple :

- La distribution de nouvelles plaquettes informatives pour les médecins et les soignants paramédicaux, mais également pour les patients et leurs aidants.
- L'utilisation des enveloppes contenant les courriers de sortie d'hospitalisation traditionnelle (58) pour la diffusion des plaquettes.
- L'édition d'affiches destinées aux salles d'attente des médecins et des urgences.
- L'actualisation du site internet de l'Hôpital Lozère, avec la mise à disposition d'exemplaires de fiches de demandes d'inscription à l'HDJGD voire la possibilité de la remplir en ligne. Evidemment toutes ces demandes seraient toujours soumises à la validation des gériatres.

De plus, la grande majorité (83%) des médecins souhaitent une soirée d'information quant à l'HDJGD et au fonctionnement de la gériatrie ambulatoire en Lozère comme il était prévu initialement. Il semble évident que cette soirée, interactive, devrait avoir lieu afin de présenter la filière, les différents intervenants et de discuter des améliorations possibles et des projets à venir en remettant le médecin généraliste, ses attentes, ses observations, son vécu et ses doléances au centre des discussions. Il est, en effet, en première ligne dans la prise en charge des patients âgés sur le territoire, quel que soit son type d'activité.

Cette soirée devrait accueillir l'ensemble des médecins susceptibles d'adresser un patient en HDJGD : les médecins traitants, les remplaçants fixes, les urgentistes, les médecins salariés et les autres spécialistes. Mais également, devraient être conviés les équipes para-médicales et les travailleurs sociaux en contact avec des patients âgés fragiles. En effet, « dans ses recommandations, la HAS explique que le repérage peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, etc. » (20,21,52). Les soignants du CH Lozère sont bien évidemment concernés par cette diffusion d'information : preuve a été faite que la proximité dans les locaux n'a pas permis la diffusion de l'information la première fois.

Afin de compléter ce champ de la communication, les courriers pourront être revus selon les éléments suggérés. Il conviendrait que les propositions de l'HDJGD soient « hiérarchisées, de la plus urgente à la moins urgente en essayant de prendre en compte la mise en pratique. [...] Les facteurs de fragilité et les propositions urgentes devraient être mis en évidence dans le courrier. » (120)

Bien évidemment, l'information doit également être destinée aux patients et à leurs aidants. Ainsi, la littérature rapporte que « des programmes de sensibilisation au « bien vieillir », expliquant que la prévention est utile à tous les âges de la vie, pourraient inciter les personnes âgées à participer à des consultations de repérage de la Fragilité ou à en discuter avec leur médecin » (52). La presse pourrait être un bon vecteur pour cela.

Pourraient également s'organiser des journées « portes ouvertes » en HDJGD, comme proposé par d'autres études (114,115), afin d'organiser des rencontres entre les intervenants de l'HDJGD et ceux de la ville auprès des personnes âgées fragiles. Bien que nuancées dans le bénéfice d'un tel mode d'information en région parisienne (116), la configuration de la Lozère s'y prête mieux et rendrait sûrement ces rencontres plus pertinentes.

Sous toutes ces formes, l'information devrait rappeler les éléments suivants :

- La place de l'HDJGD dans la filière gériatrique,
- Les différences entre une consultation gériatrique et un HDJGD,
- Les indications de l'HDJGD,
- Le type de patient concerné,
- Le caractère « hors pathologie aiguë » de ces prises en charge,
- Les différents intervenants et leurs rôles,
- Le déroulement d'une journée d'HDJGD, qui était peu expliqué dans la plaquette initiale justifiant ainsi le peu de satisfaction envers cette information. (cf. Annexe 9)

Nous pourrions, comme dans l'étude de Catherine Sengler, décrire également les modalités de prise en charge financière, les modalités de transport et la nature des examens proposés (114,115).

D'autre part, le CH de Mende pourrait développer sa communication avec, par exemple, l'envoi régulier de mails et de courriers aux médecins généralistes par le CH Lozère en guise de « bulletin informatif » avec l'actualisation et les nouveautés disponibles au CH Lozère.

Enfin, à l'occasion de l'ouverture d'autres services (comme l'UCC prévu prochainement), il conviendrait de tirer les leçons des carences d'information qui ont accompagné les premiers pas de l'HDJGD. Les éléments exposés ci-dessus peuvent se transposer aux autres services de l'hôpital. Une information dans la presse ne sera également pas à négliger.

IV.3.3.2 La diffusion de la culture gériatrique

A l'information devrait s'ajouter la formation : le concept de fragilité en gériatrie est encore méconnu, un des rôles de l'HDJGD est de diffuser la culture gériatrique. Cette notion de formation est également mentionnée « dans une étude menée en Belgique décrivant la collaboration entre les médecins généralistes et les gériatres hospitaliers, les auteurs remarquent que la collaboration est plus importante avec les jeunes médecins, formés à cette notion » (63,64). Dans le même sens, la thèse de Catherine Sengler rapporte que le motif pour lequel les médecins traitants adressent le moins fréquemment leurs patients en HDJG est l'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. (114,115)

Il convient alors d'orienter les médecins ne se sentant pas à l'aise avec le concept vers des formations existantes s'ils le souhaitent (38).

IV.3.3.3 Les projets de la filière gériatrique

Afin de répondre aux attentes des médecins souhaitant l'expansion de la filière, des projets peuvent être proposés dont certains sont déjà à l'étude.

L'idée d'une boîte mail sécurisée pour que les médecins généralistes et les gériatres puissent communiquer a été émise au sein du pôle gériatrique. Cela permettrait notamment de réaliser des demandes d'HDJGD par voie électronique. L'informatisation des communications et des modalités d'inscription permet notamment de ne pas dépendre des horaires du secrétariat et correspond à une voie d'avenir que les jeunes médecins utiliseront davantage (131).

Le projet d'une plateforme territoriale d'appui a été soumis à la direction comme priorité de la filière par la chef de Pôle.

La télé-consultation gériatrique a été expérimentée pendant la période COVID ainsi que la plateforme éthique, mais cela reste à améliorer. Les résultats de l'étude du porteur de projet régional sont en attente mais les gériatres constatent que les demandes se sont spontanément arrêtées.

L'UCC (unité cognitivo-comportementale) ouvre le 19/10/2020.

La filière d'urgence gériatrique n'est pas en projet mais depuis le 1^{er} janvier 2020 nous avons intensifié les entrées directes en gériatrie aiguë sur appel des médecins traitants et les gériatres sont fréquemment appelés aux urgences et dans les autres services dans le cadre de l'UMG.

L'UMG et l'UHR existent déjà mais manquent de moyens, notamment humains.

L'HDJGD est un service à développer avec notamment le dépistage des fragilités et de l'épuisement des aidants (83). Mais, en plus de l'aspect diagnostic, l'HDJG pourrait se compléter par un volet « prises en charge réadaptatives » et un volet « thérapeutique », comme des médecins généralistes le souhaitent dans la littérature (116).

Des projets semblables ont été proposés dans la littérature, avec l'objectif « d'améliorer la communication et l'articulation ville-hôpital. » (102)

Bien évidemment, si l'information engendre plus de dépistage et plus de demandes de prise en charge en HDJGD et sur le reste de la filière gériatrique, il conviendra d'augmenter les moyens humains et techniques, déjà saturés, pour faire face à cette demande croissante, raccourcir les délais de prise en charge et assurer le suivi des patients déjà pris en charge, tout en restant disponibles pour des contacts rapprochés avec les médecins généralistes. Nous retrouvons les mêmes problématiques dans la littérature, or si l'augmentation de moyens n'est pas mise en œuvre, l'HDJG « risque de ne plus représenter un recours pour les médecins généralistes en demande d'une réponse rapide à une situation médico-sociale fragile, et risque d'entraîner une augmentation du recours aux urgences. » (102)

IV.3.3.4 Perspectives de travaux potentiels à mener

A grande échelle, il est encore complexe d'étudier les bénéfices, à moyen et long terme, des HDJG et leurs répercussions sur l'ensemble de la filière gériatrique et, plus globalement, sur la filière de soins. Les thèses étudiant le même sujet que le nôtre suggèrent également des travaux en ce sens (102). Cela implique « des études de cohortes multicentriques randomisées évaluant une prise en charge en HDJ versus d'autres soins gériatriques sans HDJ », de « définir au préalable la nature des résultats sanitaires attendus », d'homogénéiser les pratiques des HDJG et de créer des bases de données similaires sur l'ensemble du territoire (111). Ces éléments pourraient inclure des critères d'évaluation des HDJG trouvés dans des études étrangères (107,108) afin d'anticiper leurs comparaisons à la littérature voire leur intégration dans des études internationales.

« L'étude de l'efficacité permet de donner à une structure sanitaire sa validité scientifique, mais elle n'est pas suffisante pour faire l'objet de choix stratégiques et politiques en économie de santé. A l'heure d'une politique de maîtrise des coûts de santé, l'efficience et la rentabilité sont

mises en avant pour justifier les structures sanitaires. » Mais, « l'amélioration de la qualité des soins ne peut se concevoir dans une logique purement économique qui néglige les apports humains. » L'étude de la manière « dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé » est primordiale (102). Ainsi, pour compléter cette étude et affiner la pertinence du service d'HDJGD, il serait intéressant d'évaluer le taux de satisfaction des patients et des aidants en ce qui concerne l'HDJGD et de mettre ces résultats en perspective avec les résultats de notre étude.

De plus, une nouvelle évaluation de la satisfaction des médecins généralistes d'ici 2 ans, afin d'étudier si les propositions ont été appliquées et ont amélioré le fonctionnement de la filière ambulatoire de la gériatrie en Lozère, pourrait être instructive.

Evidemment, l'évaluation des autres services, notamment de la filière gériatrique, serait intéressante en poursuivant, entre autre, ce concept d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes, bien souvent oubliés lors de la création de projets hospitaliers.

Enfin, une réponse libre, traitée à part, évoquait le cas des patients fragiles en milieu pénitentiaire et la particularité de leur prise en charge, ce sujet pourrait faire l'objet d'études.

V. CONCLUSION

Nous sommes aux portes d'un tournant démographique majeur. Notre société et le système de soins doivent s'adapter. La prévention des dépendances passe par le dépistage des fragilités, les évaluations gériatriques et la mise en place des projets de soins personnalisés. Les médecins généralistes sont au centre de ces prises en charge. Ils ont besoin de structures solides, efficaces et homogènes pour les aider. L'élaboration collégiale d'un réseau ville-hôpital gériatrique offre des perspectives prometteuses. Au sein de ces réseaux, les HDJG ont toute leur place. La Lozère est un département isolé, avec une démographie médicale faible et une forte proportion de personnes âgées. L'accès aux soins y est difficile. L'HDJGD du CH de Mende a donc été créé dans ce cadre, avec un souci d'équité d'accès aux soins et la volonté de répondre aux besoins de la population.

L'étude de l'efficacité des HDJG est encore rare et sans critères homogènes définis. Évaluer le taux de satisfaction des médecins généralistes est un des moyens d'évaluation des HDJG. Nous avons donc voulu rendre la parole aux médecins généralistes lozériens en interrogeant leur satisfaction au sujet de ce service.

Forts d'un taux de participation de 57,4% et malgré des biais non négligeables, notre étude a rempli ses objectifs corroborant nos hypothèses initiales. En effet, le taux global de satisfaction des médecins généralistes est de 66% (ce taux augmente à 96% pour les médecins généralistes libéraux ayant eu au moins un patient pris en charge par le service, ce qui rejoint alors la littérature). De plus, s'ils estiment majoritairement que ce service est une aide pour la prise en charge de leurs patients âgés fragiles, des éléments seraient cependant à améliorer : le respect du rôle du médecin traitant (seulement 40% en sont satisfaits), la communication (seuls 42% sont satisfaits de l'information initiale et 34% de l'actuelle) et de l'accessibilité du service (seuls 28% sont satisfaits des délais de rendez-vous par exemple). Ces éléments sont d'autant plus importants à améliorer qu'ils ont un lien significatif avec le taux de satisfaction global des médecins.

Ainsi, cette étude nous permet d'entrevoir des perspectives d'amélioration pour l'HDJGD et la filière gériatrique. Il conviendrait ainsi d'améliorer la communication entre les gériatres et les médecins généralistes et de diffuser l'information par tous les vecteurs possibles à tous les acteurs de la prise en charge des patients âgés fragiles. La population âgée elle-même devrait être sensibilisée au concept de fragilité. Les modes d'admission devraient être clarifiés et facilités.

Enfin, les moyens, notamment humains, devraient être augmentés pour réduire les délais de prise en charge face à une demande croissante potentielle et rester ainsi le recours de choix pour ces patients.

Afin de poursuivre ce travail, le taux de satisfaction des patients et des aidants pourrait être recherché. Puis, une nouvelle évaluation auprès des médecins généralistes pourrait être réalisée afin d'observer si les changements ont été faits et s'ils ont porté leurs fruits. Dans cette même dynamique, à l'échelle départementale et nationale, l'évaluation des structures de la filière gériatrique devrait se poursuivre.

La loi sur l'autonomie et le vieillissement nous apportera, nous l'espérons, des perspectives d'amélioration du système de soins destinés à nos aînés, particulièrement éprouvé cette année.

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#consulter-sommaire>
2. Bourguignon R. Grand âge, le temps d'agir. 2019;228.
3. Jeandel C. Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 48-50.
4. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole - Insee Première - 1652 [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2867738#tableau-figure1B>
5. Projections à l'horizon 2070 - Insee Première - 1646 [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2844302>
6. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
7. Ankri J. Introduction : Les besoins de santé face au vieillissement de la population. In: Livre Blanc de la Gériatrie Française. 2011. p. 18-21.
8. Admin S, Admin S. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/article/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
9. Mallaëa P. Silver économie : place et apport des politiques de soutien de l'innovation pour le développement de filières. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 82-3.
10. Cesari M, Fougère B, Demougeot L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 56-8.
11. Michel J-P, Bontoux D, Chouard C-H, Duboussat J, Dufier J-L, Hauw J-J, et al. Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. *Bull Académie Natl Médecine*. avr 2014;198(4-5):825-46.
12. Solfrizzi V, Scafato E, Frisardi V, Sancarlo D, Seripa D, Logroscino G, et al. Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients: the Italian Longitudinal Study on Aging. *Age Dordr Neth*. avr 2012;34(2):507-17.
13. Dossier de presse vieillir en bonne santé 2020-2022 [Internet]. 2019 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

14. Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 9-24.
15. Sourdet S. Recherche des causes de fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 51-3.
16. Libault D. Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes. 2013;85.
17. Vellas B. Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2018 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/>
18. Letrillart L, Oustric S. La fragilité en médecine générale. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 89-91.
19. Rolland Y, Maubourguet N. Fragilité en EHPAD. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 92-5.
20. fiche parcours fragilité [Internet]. 2013 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
21. HAS : Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? [Internet]. 2013 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
22. Benetos A, Aromatario O, Vancon G, Gantois I, Fantino B. Expérimentation en Lorraine de prise en charge précoce de la fragilité des personnes âgées de plus de 70 ans. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 151-155; 2015. p. 151.
23. Tavassoli N, Lafont C, de Kerimel J. Repérage des personnes âgées fragiles et prévention de la dépendance en communauté urbaine. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 172-5.
24. Fantino B. Le repérage et la prise en charge de la fragilité : les enjeux de la stratégie médicale nationale mise en oeuvre par la CANSSM. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 112-6.
25. Circulaire frontière [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/publications/29-circulaire-frontiere2.html>
26. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Ordre National des Médecins; 2018 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
27. Bouet P, Mourgues J-M. Synthèse de l'activité régulière [Internet]. Ordre National des Médecins; 2018 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf

28. Évolution et structure de la population en 2017 – Département de la Lozère (48) –Évolution et structure de la population en 2017 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4515315?sommaire=4515349&geo=DEP-48>
29. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#consulter>
30. Piette F, Aquino JP. Domaines, champs et spécificités de l'activité gériatrique. In: Livre blanc de la Gériatrie Française. 2011. p. 54-70.
31. Vellas B, Cestac P, Morley JE. Implementing frailty into clinical practice : we cannot wait. J Nutr Health Aging. 2012;(16):599-600.
32. Ankri J. De l'intérêt des grandes bases de données pour l'étude de l'état de santé des personnes âgées. In: Livre blanc de la Gériatrie Française. 2011. p. 22-9.
33. Moulias R. À l'origine de la création de la gériatrie, une dame : Simone Veil – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2017 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/a-lorigine-de-creation-de-geriatrie-dame-simone-veil/>
34. Duru A. Archives Nationales : Cabinet de Simone Veil, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville : dossiers de Jean-Paul Le Divenah et de son prédécesseur Bertrand-Pierre Galey, conseillers techniques chargés des questions d'immigration et d'intégration [Internet]. Archives Nationales de France; 2012 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/rechercheconsultation/consultation/ir/pdfIR.action?irId=FR_AN_IR_056153
35. Le métier de gériatre – Annuaire CNP [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/>
36. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie [Internet]. 2006 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000419.pdf>
37. European Innovative Partnership, A.H.A. Innovative Union. A European 2020 initiative. 2013.
38. Jeandel C. Le Centre Régional d'évaluation des sujets âgés fragiles. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 167-71.
39. de Decker L, Berrut G. Relation multimorbidités et fragilité expérience du pôle hospitalo universitaire de gérontologie clinique de Nantes. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 139-41.

40. Jeandel C, Hanon O. Un plaidoyer pour reconnaître le concept de fragilité comme un levier à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 6.
41. Robine J-M, Andrieu S. Inscrire la fragilité et les processus de fragilisation dans les modèles de l'incapacité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 25-6.
42. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
43. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 15 févr 1994;150(4):489-95.
44. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
45. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. déc 2002;50(12):1921-8.
46. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 3 oct 2002;347(14):1068-74.
47. Heuberger RA. The frailty syndrome: a comprehensive review. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2011;30(4):315-68.
48. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 déc 28, 2015.
49. Gerard S. Les outils d'évaluation de la fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 37-47.
50. Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr*. 24 août 2010;10:57.
51. Drubbel I, Numans ME, Kranenburg G, Bleijenberg N, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Screening for frailty in primary care: a systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people. *BMC Geriatr*. 6 mars 2014;14:27.
52. Bruneel-Millon J, Segers M, Coste M-H, Makaroff Z. Repérage et prise en charge de la fragilité: interface ambulatoire hôpital de jour gériatrique des Charpennes - médecine générale. Lyon, France; 2016.

53. Cannard B. Pertinence de l'évaluation subjective de la fragilité par le médecin généraliste chez la personne âgée de 70 ans ou plus [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2015.
54. Blanckaert A, Hugues J. Détecter et reprérer les fragilités des personnes âgées pour proposer des actions de prévention adaptées : les enjeux de l'action sociale des caisses de retraite. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 157-9.
55. Sacco, Boudarham J, Demory M, Mailand-Putegnat V. La fragilité, l'expérience niçoise. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 164-6.
56. Nourhashemi F. La personne âgée fragile aux urgences. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 107-8.
57. Score ISAR [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.sfm.u-bourgogne.fr/calculateurs/isar.html>
58. Fraux I. Un Hôpital de Jour dédié aux patients d'EHPAD : quelle utilité pour les médecins dans la prise en charge de ces patients ? Toulouse III-Paul Sabatier; 2019.
59. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging*. juill 2013;17(7):629-31.
60. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
61. Cesari M, Fougère B. Innovative Medicines Initiative : le projet SPRINT. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 80-1.
62. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juill 2007;62(7):731-7.
63. Bieber A. Identification des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé par l'hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
64. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. 2012; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/221827155_Care_of_elderly_people_by_the_general_practitioner_and_the_geriatrician_in_Belgium_A_qualitative_study_of_their_relationship

65. La capacité de gériatrie – Annuaire CNP [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/la-capacite-de-geriatrie/>
66. Les DU et DIU – Annuaire CNP [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/les-du-et-diu/>
67. Les Masters – Annuaire CNP [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/les-masters/>
68. Référentiels métiers et compétences [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_compences/
69. Chicoulaa B, Fourcade F, Oustric S. Rôle des maisons de santé dans la fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 96-8.
70. Saleh P-Y. REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU SUJET DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES : UNE ÉTUDE QUALITATIVE. Claude Bernard Lyon 1; 2014.
71. Oustric S, Renard V. Cibler et dépister la fragilité en médecine générale: c'est maintenant... Cah Année Gérontol. 2012;1-2.
72. Rougé Bugat M-E, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. J Am Med Dir Assoc. oct 2012;13(8):669-72.
73. Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
74. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
75. POP6 V2 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2017 – France entière –Évolution et structure de la population en 2017 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4515331?sommaire=4515349&geo=FE-1>
76. Toulza O, Hanon O. Pathologies cardiovasculaires et fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 125-7.
77. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2009;64(6):675-81.
78. Letrillart L, Supper I, Schuers M, Darmon D. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 2014;(114):148-57.

79. DRESS : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, repères et chiffres clés [Internet]. 2019 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/infographie-apa-2.pdf>
80. Cambois E, Blachier A, Robine J-M. Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):575-81.
81. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. 2013;28.
82. Robine J-M. Démographie et Santé du Grand âge. In: *Livre Blanc de la Gériatrie Française*. 2011. p. 38-52.
83. Hadj Said, Hadj Said Sabrina. Etude descriptive de la fragilité des aidants de plus de 65 ans évalués en hôpital de jour gériatrique / Sabrina Hadj Said ; sous la direction du Dr Chokri Boubakri. Lieu de publication inconnu: éditeur inconnu; 2016. 77 p.
84. Ankri J, Van Broeckhoven C. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012 [Internet]. 2013 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/14/0/rapport_d_evaluation_Alz_259140.pdf
85. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
86. Bouet P, Mourgues J-M. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicale [Internet]. *Ordre National des Médecins*; 2018 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
87. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*. Paris: IRDES; 2011.
88. Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP) - 15 mesures pour relever le défi de la transition démographique et de la crise des urgences publiées par le CNP [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://www.geroscopie.fr/15-mesures-pour-relever-le-defi-de-la-transition-demographique-et-de-la-crise-des-urgences-publiees-par-le-cnp_6798497CB465A263.html
89. Congrès international Fragilité et Sarcopénie (Toulouse, mars 2020) « Les gérosiences : la médecine translationnelle en gériatrie » – SFGG [Internet]. *Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)*. 2020 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/congres-international-fragilite-et-sarcopenie-toulouse-mars-2020-les-gerosciences-la-medecine-translationnelle-en-geriatrie/>
90. van Kan GA. Fragilité de la personne âgée : la consultation de fragilité et prévention de la dépendance. In: *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc*. 2015. p. 86-8.

91. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, van Kan GA, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *J Nutr Health Aging*. sept 2013;17(9):726-34.
92. Gomez MI. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polyopathologiques. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 4-5.
93. Roussel R. DRESS : Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 [Internet]. 2017 [cité 22 août 2020]. Report No.: 1032. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-DREES_finacement-PA-dependantes.pdf
94. Brunel M, Latourelle J, Zakri M. DRESS : Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien [Internet]. 2019 [cité 22 août 2020]. Report No.: 1103. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1103.pdf>
95. Rapp T, Sirven N. L'approche économique de la fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 27-9.
96. Typologie des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées en France [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/publications/24-typologie-des-hopitaux-de-jour-pour-personnes-agees-en-france.html>
97. Hôpital de jour gériatrique : Un dispositif pertinent dans la filière de soins [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/publications/21-hopital-de-jour-geriatrique-un-dispositif-pertinent-dans-la-filiere-de-soins.html>
98. Les hôpitaux de jour gériatriques dans la filière de soins [Internet]. 2009 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: http://www.aphjpa.org/IMG/pdf/7_Balandier_hopital_de_jour_geriatriques.pdf
99. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm#xd_co_f=MmU2M2QxNmZmNjk1MWY3NjQ0YzE1OTU4MzIyNzY3MjY=~
100. Michel J-M. L'Association des Hôpitaux de Jour Gériatriques. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 109-11.
101. Jeandel C. Les spécificités de l'offre de soins gériatrique en établissement de santé. In: Livre Blanc de la Gériatrie Française. 2011. p. 72-3.
102. Allard-Reynier M, Eynard-Engel C. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique du centre hospitalier de la région d'Annecy: étude descriptive prospective de mars à juillet 2008. :176.
103. Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2012;12(72):243-9.

104. Bingenheimer-Magalon K. La fragilité : l'expérience de Marseille. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. 2015. p. 176-9.
105. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. janv 2014;43(1):10-2.
106. Cantot J. EVALUATION DE L'ACTIVITE DE L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON : étude descriptive, sur une période de 4 mois, portant sur 62 patients admis pour la première fois en hôpital de jour. Sciences de Santé de Dijon; 2017.
107. Lökk J, Arnetz B, Theorell T. Mortality and morbidity rates of discharged elderly day care patients. A one-year follow-up of an experimental day care programme. *Scand J Prim Health Care*. juin 1991;9(2):79-82.
108. A geriatric day hospital in Hong Kong: An analysis of activities and costs: Disability and Rehabilitation: Vol 17, No 8 [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638289509166655>
109. Critères de pertinence des journées en hôpital de jour gériatrique [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/publications/20-criteres-de-pertinence-des-journees-en-hopital-de-jour-geriatrique.html>
110. Évaluation et prise en compte de la fragilité en hôpital de jour [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <http://www.aphjpa.org/publications/180-evaluation-et-prise-en-compte-de-la-fragilite-en-hopital-de-jour.html>
111. Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficacité? Une revue de la littérature. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(3):295-303.
112. Labarere J, Francois P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. *Epidem et santé Publ*. 1999;175-84.
113. Stephenson C, Wilson S, Gladman JR. Patient and carer satisfaction in geriatric day hospitals. *Disabil Rehabil*. juill 1995;17(5):252-5.
114. Sengler C. Enquête de satisfaction auprès des médecins traitants [Internet]. 2006 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: http://www.ch-bischoffwiller.fr/CHD_BISCHWILLER_INTERNET/Ressources/FCK/Version%20d%C3%A9finitive%20-%20Enqu%C3%AAtes%20Partenaires%20-%20M%C3%A9decins%20traitants.pdf
115. Sengler C. L'hôpital de jour gériatrique dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. : enquête à propos de l'hôpital de jour gériatrique de Bischoffwiller. 2006.
116. Obraztsova A. Hôpital de jour diagnostique gériatrique de l'hôpital Albert Chenevier : Bilan, après un an de fonctionnement, de son apport pour les médecins généralistes dans le diagnostic et le suivi des troubles des fonctions supérieures. Creteil (Paris XII); 2011.

117. Lin S. Evaluation de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique de Champmaillot. Analyse des services rendus et des attentes des médecins traitants. Sciences de Santé de Dijon; 2005.
118. Shah PN, Maly RC, Frank JC, Hirsch SH, Reuben DB. Managing geriatric syndromes: what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to. *J Am Geriatr Soc.* avr 1997;45(4):413-9.
119. Daure A. EVALUATION DU DEGRE DE SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES AYANT PARTICIPE A UN PROJET D'EVALUATION GERIATRIQUE EN SOINS PRIMAIRES. Toulouse III-Paul Sabatier; 2016.
120. Gasc L. Étude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes: enquête auprès des médecins généralistes dont les patients ont été évalués à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel; 2016.
121. Bureau M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. Poitiers; 2012.
122. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med.* 21 déc 2001;111(9B):15S-20S.
123. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482/?fbclid=IwAR0w0_QR1FVjwcJg3ZisEltIuLaL2_RZYEoW_kw0umfI5yaWZUpxuJSFrZw
124. Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000228784/2020-10-10/>
125. Article 63 - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-63-information>
126. Martin BJ, Devine BL, Santamaria J, Lewis S, Burns J. A busy urban geriatric day hospital: analysis of one year's activity. *Health Bull (Edinb).* janv 1993;51(1):20-7.
127. Donald IP, Berman P. Geriatric outpatient clinics: an audit of clinical action, transport and general practitioners' views. *Age Ageing.* juill 1989;18(4):253-7.
128. Avis n° 128 du 15 février 2018 - Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées? | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur:

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/avis-ndeg-128-du-15-fevrier-2018-enjeux-ethiques-du-vieillissement-quel-sens-la>

129. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc. In.
130. Darmon D. Haute Autorité de Santé -Tenue du dossier médical en médecine générale : évaluation des logiciels métiers [internet]. [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1734865/fr/tenuedu-dossier-medical-en-medecine-generale-evaluation-des-logiciels-metiers
131. L'échange d'informations médicales au sujet de patients via smartphones par les internes et jeunes médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. 2014.
132. El Hadidy TS, Alshafei AE, Mortell AE, Doherty EM. Smartphones in clinical practice: doctors' experience at two Dublin paediatric teaching hospitals. *Ir J Med Sci* 1971 -. 1 août 2018;187(3):565-73.
133. Hôpital de jour (HDJ) Hôpital Lozère | [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <http://www.hopital-lozere.fr/hdj/>
134. Évolution et structure de la population en 2017 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... –Évolution et structure de la population en 2017 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4515315?sommaire=4515349&geo=FE-1>

ANNEXES

ANNEXE 1 : exemple d'un vieillissement réussi

Mon arrière grand-oncle aura 100 ans en avril 2021, il est autonome à domicile, publie ses récits de vie, de résistance et de voyage, et m'envoie des mails. Il m'a fait parvenir cette lettre, qu'il a écrite à l'ordinateur, décrivant les événements marquant de sa vie. Ce témoignage est suffisamment rare et illustratif d'un « vieillissement réussi » pour être exposé ici.

Agnès,

J'ai vu mes parents endosser le costume de la vieillesse à la cinquantaine. Nonagénaire, certes le poids des ans s'est installé. Ma vie sociale, famille, travail et amis, sagesse morale et physique au quotidien, m'est venu prendre de l'âge sans vieillir. Retraite n'a pas été façade à un vide, un rôle à jouer, me rendre utile. Je jouis pleinement de l'attachante affection de 3 générations vivantes de ma famille. Seul en mon chez-moi, assisté avec vigilance, accompagné d'une profonde amitié, écoute confort et sécurité, me reste envie continuer être. La solitude ne m'habite pas.

19 ans, la guerre, j'en ai 99, la pandémie meurtrière du coronavirus. Tout a changé, même le climat, les mines de charbon sont centrales nucléaires et panneaux solaires. Au cours du temps, Concorde, Piaf et Tino, Sécu, homme dans la lune, mai 68, Bécaud et Sardou, la polio, tunnel sous la Manche et TGV, c'est l'Europe. Fête des mères en ligne, twist ou rumba, grandes surfaces et mini-jupe, de télé infos pub à la continue, Sinatra fredonne. En une forêt de tours, banlieusards s'empilent. Nous avons BB et Gabin, demain Macdonald.

Internet, portable drone et satellite, Beatles et Abba, le monde est à nous.

Robots, la productivité prend le pas sur l'humain, en Alpes la fonte de glaciers s'accélère, se chante, à l'horizon la femme à l'égal de l'homme, Covid -19, bises, poignées de main vouées aux gémonies.

En couple avons trouvé place en un monde en évolution. Maintenant m'est être à la veille du jour de ce monde d'après. Au plaisir du temps m'est reculé sur notre parcours. Je ressens à l'écoute amicale de mes souvenirs, en partager beautés, moments difficiles à traverser et bonheur. J'ai prothèses dentaire et auditive, porte lunettes. Marque-page sur l'Étranger d'Albert Camus, au violon, de l'élégant doigté de Renaud Capuçon, l'archer dessine mélodies.

De mes 60 ans, une fibrillation cardiaque, je me sens bien de ce que je suis devenu. Elle en avait 45, greffe de peau, œsophage recréé, ablation du sein. En ses 84 ans, par la route s'ouvrait la Laponie. Du Cap Nord, minuit, le soleil flotte sur un océan d'une douce brillance sur un l'infini.

*J'ai devoir de reconnaissance à la médecine, ses sciences, éprouve de la gratitude au savoir et la compétence de ses praticiens.
Oncle René.*

ANNEXE 2 : Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ANNEXE 3 : HAS juin 2013 : Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?



POINTS CLÉS & SOLUTIONS
ORGANISATION DES PARCOURS



Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Cette fiche vise à répondre aux questions qui se posent sur son organisation et ses modalités en soins ambulatoires.

Un état potentiellement réversible

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011).

Une prévalence très variable, un repérage le plus simple et le plus précoce possible

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes (Fried 2001).

Un autre modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Rockwood 2005).

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée. Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 %. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (Santos-Eggimann 2009). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes.

► Les points clés

- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.
- On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.
- Faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale.
- L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer.
- Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

Juin 2013

La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Il n'est cependant ni faisable ni pertinent de soumettre un grand nombre de personnes âgées vivant à leur domicile à une EGS, qui est un processus long et requérant des compétences gériatriques auxquelles il n'est pas toujours facile d'accéder en ambulatoire. **Cela pose la question d'un outil de repérage simple à utiliser** en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permette de sélectionner les personnes susceptibles d'en bénéficier.

Ce repérage nécessite l'utilisation d'outils qui doivent répondre à 3 exigences (accord d'experts) :

- simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, et accessibilité aux aides-ménagères et travailleurs sociaux ;
- sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables tels qu'incapacités vis-à-vis des activités de la vie quotidienne (AVQ), chutes et hospitalisations ;
- validation en soins de premier recours.

Une question essentielle est le champ de ce repérage.

► Un repérage opportuniste après 70 ans

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (niveau de preuve modéré), dans un délai de 1 à 3 ans.

La réversibilité de la fragilité n'est pas en règle générale spontanée et nécessite le plus souvent des interventions. Des interventions gériatriques fondées sur l'EGS et la coopération avec les acteurs des soins primaires peuvent réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est également possible (niveau de preuve modéré).

D'autres bénéfices potentiels peuvent découler du repérage de la fragilité : l'adaptation de la prise en charge des comorbidités et l'ajustement de la prise en charge en cas d'hospitalisation. Inversement il peut permettre à des sujets qui ne sont pas fragiles d'accéder à certains soins qui leur sont parfois refusés du fait de leur âge.

Le repérage de la fragilité ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie (démences, dépression sévère, AVC, insuffisance cardiaque, Parkinson, etc.) pour lesquels la réalisation directe d'une EGS paraît préférable, compte tenu de la valeur prédictive négative insuffisante des outils de repérage dans ce cas.

Pour les patients atteints de cancer le questionnaire G8 (Oncodage) peut constituer une alternative à la réalisation

systématique d'une EGS, bien qu'il n'ait été validé qu'en milieu hospitalier.

Le niveau de validation des outils de repérage disponibles est insuffisant pour établir un diagnostic de fragilité et prendre des décisions sur la base de leurs seuls résultats. Enfin, la prévalence de la fragilité est faible avant 70 ans.

L'ensemble de ces éléments ne permet pas de préconiser un repérage universel de la fragilité ; le repérage gradué selon la présence de pathologies expose à méconnaître un nombre significatif de sujets fragiles mais indemnes de comorbidité ; **le repérage opportuniste peut être préconisé pour des raisons d'efficacité, afin de cibler les indications de l'EGS lorsqu'un soignant soupçonne une fragilité.**

En considérant le ratio entre la prévalence de la fragilité et les bénéfices potentiels des interventions, **on peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.**

► Un questionnaire à valider en soins primaires

Plusieurs questionnaires sont disponibles pour le repérage de la fragilité en soins primaires, mais leurs performances vis-à-vis des résultats de l'EGS et les délais avec lesquels ils prédisent les événements défavorables sont hétérogènes : il n'existe pas de consensus sur un outil uniformément fiable.

Dans ce contexte, les professionnels peuvent utiliser des outils dérivés du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance ; on peut leur associer quelques questions prenant en compte les dimensions cognitive et sociale, sans toutefois dépasser une dizaine d'items. **Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse correspond à ces critères et il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires.** Il est nécessaire de le valider de façon prospective.

Le repérage peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, etc.

L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est un élément majeur : la détection précoce des signes de fragilité par les travailleurs sociaux qui réalisent des évaluations en réponse aux demandes d'APA et par les aides-ménagères au domicile, grâce à l'utilisation d'outils adaptés, est une voie à explorer et à évaluer.

Il est préférable de former les professionnels à la démarche de repérage.

Le repérage de la fragilité ne doit être envisagé et réalisé que comme la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions visant à prévenir la perte d'autonomie, les chutes, l'institutionnalisation et l'hospitalisation.

L'évaluation fondée sur l'EGS peut être faite en hôpital de jour gériatrique ou en ambulatoire, en recourant à une équipe mobile gériatrique, à un réseau de santé personnes âgées, etc. Elle doit s'attacher à évaluer les comorbidités, l'environnement social et économique qui modulent l'expression de la fragilité. Elle doit conduire à des interventions « multi domaines » de prévention qui peuvent porter sur :

- l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité ;
- la nutrition ;
- la réduction de la polymédication et l'optimisation thérapeutique ;
- la mise en place d'aides sociales, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation des liens sociaux.

Ces interventions doivent être formalisées dans le cadre d'un plan personnalisé de soins (PPS).

La réalisation de l'évaluation et des interventions en ambulatoire pour une majorité des patients suppose de développer l'offre collective de prévention par les acteurs des soins primaires.

Un repérage négatif doit être répété si la situation du patient se modifie (événement de vie, pathologie incidente, etc).

► Indicateurs de pratique clinique

- Taux des patients âgés de 70 ans ou plus pour lesquels le résultat du repérage de la fragilité est inscrit dans le dossier médical.

► Exemple de réalisation ou de projet en cours

- Le gérontopôle de Toulouse a développé une grille de repérage de la fragilité en soins primaires dans le cadre d'une expérimentation et cette grille a été retenue par la SFGG et le CNPG (cf. annexe).
- Le projet pilote « article 70 » du 18^e arrondissement de Paris a élaboré un questionnaire spécifique destiné à être utilisé par les aides-ménagères.

La note de méthodologie et de synthèse bibliographique annexée à ce document est disponible sur le site.

Personne à prévenir pour le RDV :
 Nom :
 Lien de parenté :
 Tél :
 Nom du médecin traitant :
 Tél :
 Email :
 Nom du médecin prescripteur :
 Tél :



Informations patient
 Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Tél :
 Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u>	
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

Juin 2013

FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE

(Urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial)

Nom de la personne aidée : âge : ans

Signalement fait par : en date du : / /

Son environnement habituel

Vit seule	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Isolée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Passage d'une IDE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portage des repas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Son environnement a changé

<input type="checkbox"/> Vit seule	<input type="checkbox"/> Aidant(e) familial(e) fatigué(e)
<input type="checkbox"/> Est isolée	
<input type="checkbox"/> Arrêt des passages d'une IDE	
<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement / repas	

D'habitude

J'interviens chez la personne pour :	
Le lever	<input type="checkbox"/>
Le coucher	<input type="checkbox"/>
La toilette	<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
Donner son traitement	<input type="checkbox"/>
Préparation repas	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
L'aide au repas	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir
Le ménage	<input type="checkbox"/>
Le repassage	<input type="checkbox"/>
Les sorties	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>
La personne accepte l'intervention facilement	
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Ce n'est plus comme d'habitude

Je passe plus de temps pour ces interventions :	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> C'est plus difficile	<input type="checkbox"/> Refuse
<input type="checkbox"/> J'observe que certaines activités qu'elle fait seule sont plus difficiles	

D'habitude quand j'interviens, elle :

Est d'humeur gaie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Communique facilement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Me reconnaît	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait quand je passe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Ce n'est plus comme d'habitude, elle :

<input type="checkbox"/> Semble plus triste	
<input type="checkbox"/> Est parfois agressive	<input type="checkbox"/> Est plus distante
<input type="checkbox"/> Me reconnaît plus difficilement	
<input type="checkbox"/> Oublie parfois mes passages	

À remplir par le responsable de secteur du SAAD

Nom du responsable du secteur :	Coordonnées ☎ :
Fiche de modifications remplie par un : <input type="checkbox"/> Agent à domicile <input type="checkbox"/> Employé à domicile <input type="checkbox"/> AVS Nombre de passage par semaine : Intervient au domicile depuis le : / /	Coordonnées ☎ :

Nature des modifications à domicile

Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Diminution autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Difficulté de l'aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Rupture intervention extérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Problème financier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Récent	<input type="checkbox"/> S'aggrave

Identification de la problématique au domicile : le / /

Acteurs alertés autour de la problématique : le / /

Entourage : <input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Personne de confiance	<input type="checkbox"/> Curateur/Tuteur
Professionnels : <input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> IDE libérale	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute de l'AMSAV	<input type="checkbox"/> SSIAD AMSAV	<input type="checkbox"/> Espoir et santé centre de soins
<input type="checkbox"/> SSIAD autre	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Autre (précisez :)		

Professionnels intervenant suite à l'alerte : le / /

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> IDE libérale	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute de l'AMSAV	<input type="checkbox"/> SSIAD AMSAV 6	<input type="checkbox"/> Espoir et santé centre de soins 1
<input type="checkbox"/> SSIAD autre 1	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Autre (précisez : réseau paris nord.....)		

Nature des interventions proposées : le / /

Interventions :
Résultats :
Suivi :
Réactualisation :

ANNEXE 4 : Questionnaire pour identifier les patients à risque de perte d'autonomie de 65 ans et plus du CHU de Montpellier



Questionnaire pour identifier les patients à risque de perte d'autonomie de 65 ans et plus
(à réaliser à distance de toute pathologie aiguë)



MACVIA LR

<i>Patients de 65 ans et plus, autonomes, à distance de toute pathologie</i>			
DEPISTAGE			
	OUI	NON	NE SAIT PAS
➤ Votre patient vit seul ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient joue-t-il le rôle d'aidant naturel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☛ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :			
☛ Votre patient vous paraît-il fragile ?	<input type="radio"/> - OUI	<input type="radio"/> - NON	

ANNEXE 5 : Auto-questionnaire Maintien de l'Autonomie de Midi-Pyrénées

Questions	Réponses	Score
1. Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments)?	- Peu ou pas de difficultés	0
	- Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
2. Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches)?	- Peu ou pas de difficultés	0
	- Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
3. Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement?	- Non	0
	- Oui	1
4. La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants: « <i>Tout ce que je faisais me demandait un effort</i> » ou « <i>Je ne pouvais pas aller de l'avant</i> »?	- Rarement ou parfois (moins de 2 fois par semaine)	0
	- Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)	1
5. Quel est votre niveau actuel d'activité physique?	- Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine)	0
	- Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)	1
Somme		

Si la somme de vos scores est ≥ 1 , vous êtes peut-être fragile, parlez-en à votre médecin traitant.

Le G érontopôle de Toulouse est amené à mettre en place des programmes de prévention et de recherche sur le maintien de l'autonomie.

- Accepteriez-vous que ce questionnaire soit transmis au G érontopôle? Oui Non
- Accepteriez-vous d'être tenu informé :
 - Des programmes de prévention
 - Des programmes de recherche

☞ Merci de bien vouloir remplir cette partie :

Nom : Prénom

Date de naissance : / / Sexe : Homme Femme

Votre N° de téléphone :

Votre adresse mail :

Confirmer votre adresse mail :

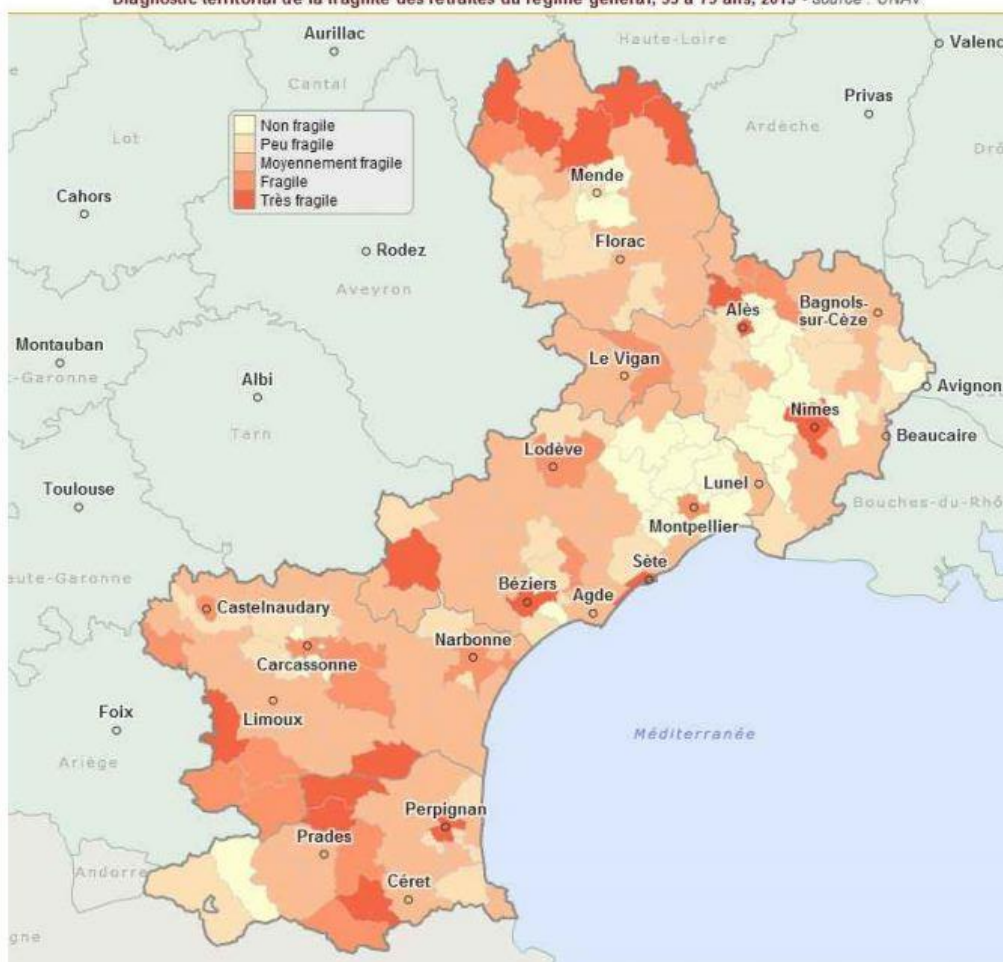
Adresse postale :

Nous vous remercions du temps que vous avez pris pour répondre à ces questions.
 Pour plus d'informations consultez le site : <http://www.equipe-regionale-vieillessement.ars.midipyrenees.sante.fr>.

ANNEXE 6 : Illustration de l'analyse territoriale des fragilités réalisée par les caisses de retraite à travers leurs observatoires des risques de fragilité (le cas du Languedoc Roussillon)

Identification d'une ligne de fragilité au cœur du territoire régional

Diagnostic territorial de la fragilité des retraités du régime général, 55 à 79 ans, 2013 - source : CNAV



Classe de cantons les plus fragiles	Classe moyenne	Classe de cantons les moins fragiles
Taux moyen de seniors fragiles : 56,39%	Taux moyen de seniors fragiles : 45,41%	Taux moyen de seniors fragiles : 37,81%
Taux moyen de veufs : 11,76%	Taux moyen de veufs : 10,94%	Taux moyen de veufs : 8,81%
Taux moyen de minimum vieillesse : 10,38%	Taux moyen de minimum vieillesse : 4,04%	Taux moyen de minimum vieillesse : 2,28%
Taux moyen d'exonérés CSG : 36,16%	Taux moyen d'exonérés CSG : 27,93%	Taux moyen d'exonérés CSG : 19,40%
Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 41,61%	Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 32,44%	Taux moyen de retraites à risque d'être isolés : 28,08%

ANNEXE 7 : Plaquette d'information intitulée « Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance » (Mutualité Française, Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance de Haute-Garonne, ARS Midi-Pyrénées et Gérontopôle de Toulouse)

À partir de 65 ans, 40% de personnes présentent des signes de fragilité qui peuvent entraîner la dépendance. Pour autant, ces fragilités sont réversibles; il existe des solutions pour améliorer ou maintenir sa qualité de vie.

Suis-je concerné ?

Vous avez 65 ans ou plus, et au cours de ces derniers mois :

	Oui	Non
> Vous avez perdu du poids involontairement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous vous sentez plus fatigué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous avez plus de difficultés pour vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous vous plaignez de votre mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Vous marchez moins vite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez « oui » à au moins une de ces questions :

Parlez-en à votre médecin traitant !
Vous êtes peut-être concerné.

Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance

Comment ça marche ?

Un bilan de santé complet : mémoire, nutrition, activité physique, équilibre, vision, audition, autonomie... est réalisé pour identifier les facteurs favorisant les fragilités.

Des recommandations personnalisées vous sont proposées à l'issue de ce bilan pour préserver concrètement vos capacités d'autonomie.

Un suivi adapté est mis en place en lien avec votre médecin traitant.

À qui m'adresser ?

Votre médecin traitant peut vous prescrire ce bilan de santé et vous adresser à la structure locale qui le réalise.



La perte d'autonomie
n'est pas une fatalité.

Vous pouvez agir !

Parlez-en à votre médecin traitant,
vous évaluerez ensemble
la possibilité de bénéficier
d'un bilan de santé personnalisé,
réalisé par une équipe
de professionnels spécialisés.

N°SIREN: 4444 443 392 - Un hommage par le Docteur de la Mutualité. Ne pas parler sur la voie publique. Crédit photo: Fotolia.com

Vieillir en
bonne santé...

C'est possible !



Informations pratiques

Rendez-vous sur le site :

www.ensembleprevenonsladedependance.fr

Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance



**ANNEXE 8 : Courrier adressé aux médecins généralistes lozériens
après l'ouverture d'un Hôpital de Jour Gériatrique au sein du CH
Lozère de Mende (par courrier et par mail).**



**POLE GMED
Consultations Gériatriques**

Hospitalisations : 04.66.49.88.67
Secrétariat : 04.66.49.61.93
Fax : 04.66.49.61.79

Av du 8 Mai 1945
48000 MENDE

Mende, le

Cher confrère, chère consœur,

Chef de Pôle : Dr SZANTO

Par ce courrier, nous tenions à vous informer de **l'ouverture d'un Hôpital de Jour Gériatrique au sein du CH Lozère de Mende.**

Dr Bernadette NOUVEL CHARMASSON
Praticien Clinicien Gériatre
N°RPPS 10001858017

Cet HDJ gériatrique vient compléter l'offre actuelle de la filière de soins gériatrique.

Docteur Pascale JAMET
Praticien hospitalier Gériatre
N° RPPS 10005186225

L'accès d'un patient à cet HDJ gériatrique peut se faire à la suite d'une consultation auprès d'un gériatre ou à l'issue d'un repérage de fragilité au décours d'une hospitalisation, mais surtout, sur votre demande.

Si vous estimez qu'une simple consultation de gériatrie ne suffit pas et que des bilans complémentaires sont indiqués, nous pouvons, dans ce cadre, recevoir le patient directement en hôpital de jour.

Durant cette hospitalisation de journée, le patient bénéficiera d'une évaluation complète par notre équipe multidisciplinaire (médicale, paramédicale et sociale) et aura accès éventuellement aux consultations de confrères spécialistes ainsi qu'aux examens paracliniques indiqués. A l'issue de cette journée une synthèse vous sera adressée.

En complément de ce courrier veuillez trouver, ci-joint, **une plaquette informative détaillée** ainsi qu'un **modèle de demande d'HDJ gériatrique** pour vos patients ; demande que vous pouvez nous faire passer par fax ou courriel accompagnée des éléments qui vous semblent pertinents.

Nous vous remercions de votre intérêt pour notre réseau gériatrique départemental, en espérant vous être utiles pour une qualité de soins et de suivi des patients.

Bien Amicalement,

Dr P. JAMET Dr B. NOUVEL CHARMASSON Dr JP. SZANTO

ANNEXE 9 : Plaquette d'information relative à l'hôpital de jour gériatrique du centre hospitalier de Lozère (par courrier et par mail)

Missions de l'hôpital de jour gériatrique

- Coordonner et articuler autour du patient, les différents acteurs de sa prise en charge
- Effectuer une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale
- Etre un recours supplémentaire pour le médecin traitant en collaborant au suivi du patient, avec des réévaluations possibles
- Eviter les déplacements itératifs et les hospitalisations classiques
- Proposer une stratégie de prise en charge adaptée et globale

Au décours d'une hospitalisation de jour chaque patient peut bénéficier

- D'évaluations :
 - ✓ somatique, sensorielle,
 - ✓ cognitive,
 - ✓ comportementale,
 - ✓ thymique,
 - ✓ nutritionnelle,
 - ✓ de l'équilibre,
 - ✓ des activités de la vie courante
 - ✓ sociale
- D'un bilan sanguin
- D'examen d'imagerie
- De consultations spécialisées

Présentation et objectifs :

Face à l'accroissement du nombre de personnes âgées dans notre population et dans un souci de maillage territorial adapté à notre département, la filière de soins gériatriques permet à une personne âgée d'accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale globale et graduée.

Véritables enjeux pour la filière de soins gériatriques, l'unité de consultation gériatrique, l'Equipe Mobile de Gériatrie et l'hôpital de jour proposés par le GHT permettent d'élargir l'offre de soins pour les patients âgés tout en encourageant les coopérations et la communication entre les services de l'hôpital, le médecin traitant, les EHPAD ou autres structures.

Les objectifs de cet hôpital de jour gériatrique sont le dépistage des fragilités, la prévention des dépendances, l'amélioration de la situation médico-psycho-sociale des patients et de ses aidants et une optimisation de l'articulation des acteurs de sa prise en charge.

POUR QUI ?

Pour tous patients (à domicile, EHPAD, etc....) de 65 ans et plus à distance de toute pathologie aigue pour qui vous pouvez répondre oui à une de ces questions :

Votre patient :

Vit-il seul ? oui non

Se plaint-il de la mémoire ? oui non

A-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)

oui non

Au cours des 3 derniers mois ?

A-t-il perdu du poids oui non

Se sent-il plus fatigué oui non

A-t-il des difficultés de déplacement ?

oui non



Questionnaire inspiré du Gérontopôle de Toulouse. Recommandations HAS.

ANNEXE 10 : Fiche de demande d'HDJ adressée aux médecins généralistes lozériens par courrier et par mails.



DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

Demande à faxer au 04.66.49.61.79 ou par courriel : secce.geriatrie@ch-mende.fr

NOM DU MEDECIN DEMANDEUR :

MEDECIN TRAITANT (si différent) :

PATIENT : Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Numéro de téléphone :/...../...../.....

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

.....

BILANS SOUHAITES :

- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Chute | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Iatrogénie |
| <input type="checkbox"/> Onco-gériatrique | <input type="checkbox"/> Fragilités | <input type="checkbox"/> Social | |
| <input type="checkbox"/> Situations éthiques complexe | | <input type="checkbox"/> Autre : | |

ANTECEDENTS :

ALLERGIE :

TRAITEMENT HABITUEL et ACTUEL (ou joindre ordonnance) :

MODE DE VIE DU PATIENT (domicile, EHPAD, aidant...) :

AIDES (matérielles, humaines, ...) EN PLACE :

*Merci de joindre les examens récents qui vous semblent pertinents
(Bilans sanguins, ECG, imagerie, etc...)*

*Pour rappel : cette demande est soumise à l'accord d'un médecin de l'HDJ.
Une réponse vous sera adressée par courrier et téléphone.*

Date : / /

Signature :

ANNEXE 11 : « Quand faire appel à la neuropsychologue ? » fiche explicative du rôle de la neuropsychologue adressée par courrier et mail lors de l'information faite aux médecins généralistes

Quand faire appel à la neuropsychologue ?

Des oublis inhabituels ou des difficultés pour retenir de nouvelles informations

Une gêne pour trouver les mots ou pour comprendre

Des difficultés pour se concentrer

Des difficultés pour retrouver votre chemin dans des lieux connus

Une perte de motivation pour accomplir vos activités habituelles

Une tendance à vous replier sur vous-même ou à être plus irritable

Une tristesse de l'humeur

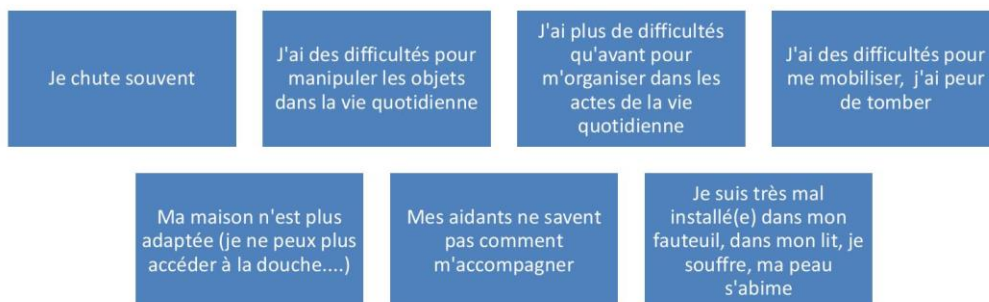
Des difficultés pour gérer votre quotidien

En cas de difficultés cognitives, thymiques ou comportementales...

Lorsque le MMS > 14

ANNEXE 12 : « Quand faire appel à l'ergothérapeute ? » fiche explicative du rôle de l'ergothérapeute adressée par courrier et mail lors de l'information faite aux médecins généralistes

QUAND FAIRE APPEL A L'ERGOTHEREAPEUTE ?



Difficultés fonctionnelles, cognitives, du maintien de l'autonomie et de l'indépendance, d'installation et de positionnement.

Chutes > 3 par an

ANNEXE 13 : Questionnaire de Satisfaction Hôpital De Jour de l'Hôpital Lozère destiné aux patients



Questionnaire de Satisfaction

Hôpital De Jour

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris(e) en charge dans le service **d'Hospitalisation de jour de l'hôpital Lozère**.
Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge, et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et le remettre à un professionnel du service.
Le questionnaire est couvert par le secret professionnel et reste **confidentiel**.

La Direction

IDENTIFICATION (données facultatives) :

Pour les questions suivantes, veuillez cocher UNE seule case.

Nom, Prénom du patient :

Age :

Sexe : Homme Femme

Date d'hospitalisation : / /

Adresse :

Très satisfait (e)
 Plutôt satisfait (e)
 Plutôt insatisfait(e)
 Très insatisfait (e)

Pour les questions suivantes, cocher UNE seule case.

					Ne se prononce pas (NSP)
A VOTRE ARRIVEE					
Avez-vous été satisfait(e) de :					
- L'accès à l'établissement (stationnement, signalétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ACCUEIL					
Avez-vous été satisfait (e) de l'accueil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP					
Si non, pourquoi ?					
DURANT VOTRE SEJOUR					
Avez-vous été satisfait(e) :					
- De la disponibilité du personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Du déroulement des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'organisation des déplacements pour les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMATION					
Avez-vous été satisfait(e) :					
-De l'information médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-De l'information paramédicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'écoute et de l'accompagnement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lors de votre départ, de l'information reçue sur le traitement, les soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOULEUR					
Avez-vous été satisfait(e) de :					
- L'évaluation de votre douleur par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDITIONS HOTELIERES					
Avez-vous été satisfait(e) :					
- Du confort/ de la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du confort/ de la propreté de la salle de détente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été satisfait(e) du système de choix pour les repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP					
Les repas servis correspondent-ils bien au choix effectué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP					

IMPRESSION GENERALE

Pour cette question, veuillez entourer la partie correspondant à votre niveau de satisfaction.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'appréciation de l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement ? (1 étant le niveau le plus faible et 10 le niveau le plus élevé) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Observations/Remarques :

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies.

Questionnaire de thèse d'exercice de médecin générale

Chères futures consœurs, chers futurs confrères,

Dans le cadre de la réalisation de mon projet de thèse d'exercice afin de devenir médecin généraliste, j'étudie **votre niveau de satisfaction quant au service d'Hôpital de Jour Gériatrique Diagnostique (HDJGD)** qui a ouvert le 08/02/2018 au sein du CH Lozère à Mende.

Ce questionnaire, totalement anonyme, s'adresse aux médecins généralistes (thésés ou remplaçants non thésés « réguliers ») exerçant en Lozère, quel que soit leur type d'exercice. Même si vous recevez plusieurs sollicitations, merci de n'y répondre qu'une fois.

Vous trouverez au verso une annexe comportant des définitions au besoin.

Les 3 feuilles de questionnaires (recto verso) seulement sont à retourner soit :

- Par mail : secce.geriatric@ch-mende.fr
- Par fax : 04.66.49.61.79
- Par courrier via l'enveloppe pré-timbrée que vous avez reçu dans ce courrier

Il vous est également possible de remplir ce questionnaire en ligne (10 minutes) sur le lien suivant que vous avez dû recevoir du Conseil de l'Ordre et/ou de l'ALUMPS :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe7IE4_zlhSkA_owwQLceA2se8YxcyQJchyH9r-_lwlr_cQ/viewform?vc=0&c=0&w=1

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à cette étude.

Agnès PELTIER

ANNEXES :

GERIATRIE :

➤ D'après La Livre Blanc de la Gériatrie Française du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
« **Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques** » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques. »

(https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_geriatrie.pdf)

- Afin d'être plus en accord avec le concept « d'âge physiologique », le patient définit comme gériatrique l'est de la manière suivante :
- Il a plus de 75 ans
 - Il a plus de 65 ans et présentant des poly-pathologies voire une problématique sociale surajoutée
 - Exceptionnellement, il a plus de 60 ans avec des poly-pathologies sévères voire une problématique sociale surajoutée.

FRAGILITE :

➤ La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) donne la définition suivante de la notion de Fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »

➤ Les critères de fragilité sont résumés ainsi :

Critères de FRIED :

- **Amaigrissement** : perte involontaire de poids de plus de 4,5 kg ou $\geq 5\%$ par an
- **Faiblesse/fatigue/symptomatologie dépressive** : sensation d'épuisement 3-4 jours par semaine ou plus, selon l'échelle d'autoévaluation US Center for Epidemiological Studies depression scale (Radloff, 1977)]
- **Sédentarité** : dépense d'énergie :
 - < 383 Kcal/semaine (homme)
 - < 270 Kcal/semaine (femme)
- **Vitesse de marche lente** : temps de parcours de 4,5 m sans arrêt, modulé selon le sexe et la taille
- **Faible force de préhension** : force de préhension, modulée selon la taille et l'indice de masse corporelle

Résultats :

- 0 critères : les non fragiles ou robustes
- 1 à 2 critères : les pré-fragiles
- 3 critères ou plus : les fragiles

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>

QUESTIONNAIRE

Remarque préalable : si vous souhaitez apporter des précisions dans vos réponses au questionnaire ci-dessous, vous pouvez les fournir à la fin du présent questionnaire, dans la partie d'expression libre.

1. Vous :

- a. **Quelle est votre année de naissance ?**
- b. **Quelle est la date de début de votre exercice en Lozère (ou du début de vos remplacements) ?**
.....
- c. **Etes-vous ?**
 - Une femme
 - Un homme
- d. **Quel est votre type d'exercice ? (plusieurs choix possibles)**
 - Libéral
 - Salarial
 - Remplaçant
 - Médecin coordonnateur
 - Autre :
 - Intervention en EHPAD
 - Médecine d'urgence
 - Maître de stage
 - Correspondant SAMU
- e. **Dans quel type de territoire estimez-vous exercer ?**
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain
- f. **Avez-vous une/des formations complémentaires en gériatrie ?**
 - Oui
 - ↳ Si oui, laquelle (lesquelles) :
 - Non
- g. **Vous sentez-vous à l'aise avec le concept de fragilité en gériatrie ?**
 - Oui
 - Non

2. Gériatrie et fragilité :

Si vous le souhaitez, des définitions de ces 2 concepts sont disponibles en annexe.

En ce qui concerne votre patientèle, à combien estimez-vous la proportion :

- a. **De patients gériatriques ?**
 - 0-25%
 - 25-50%
 - 50-75%
 - 75-100%
- b. **De patients fragiles ?**
 - 0-25%
 - 25-50%
 - 50-75%
 - 75-100%

3. Vos contacts avec l'HDJGD

- a. **Avez-vous déjà eu un patient pris en charge en HDJGD ?**
 - Oui
 - Dossier en attente
 - Non
- b. **Avez-vous déjà fait une/des demande(s) d'HDJGD qui ont été annulées ?**
 - Oui
 - ↳ Si oui :
 - Par refus du patient
 - Prise en charge aiguë du patient entre temps pour un problème lié à la demande

- Prise en charge aiguë du patient entre temps pour un problème non lié à la demande
 - Transformation de votre demande d'HDJGD en consultation gériatrique par le service
 - Décès du patient
 - Autre :
- Non

c. Pour vous, la présence de troubles cognitifs est-elle une condition sine qua non pour adresser vos patients ?

- Oui
 Non

4. Etes-vous globalement satisfait de cette offre de soins qu'est l'HDJGD ?

_____▶

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout Satisfait	Peu Satisfait	Moyennement Satisfait	Satisfait	Très satisfait

Je n'y ai pas eu recours

5. Vos patients et/ou leurs familles sont-ils globalement satisfaits ?

_____▶

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout satisfaits	Peu satisfaits	Moyennement satisfaits	Satisfaits	Très satisfaits

Aucun n'y a eu recours

6. Quel est votre niveau de satisfaction quant à l'information :

a. L'information qu'il vous a été faite lors de l'ouverture :

_____▶

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai accès à aucune information	Peu satisfaisante	Moyennement satisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante

b. L'accessibilité actuelle de l'information :

_____▶

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai accès à aucune information	Peu satisfaisante	Moyennement satisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante

c. Auriez-vous besoin d'autres supports d'information **pour vous-même** et/ou les intervenants para-médicaux de votre secteur:

- Oui
 ↪ Si oui, de quel type ? (vous pouvez cocher plusieurs items)
- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Affiches | <input type="radio"/> Mails |
| <input type="radio"/> Plaquettes/flyers | <input type="radio"/> Courriers |
| <input type="radio"/> Sur le site du CH Lozère (rubrique pour les praticiens médicaux) | |
| <input type="radio"/> Autres : | |
- Non

d. Auriez-vous besoin d'autres supports d'information **pour vos patients et/ou leurs familles**

- Oui
 ↪ Si oui, de quel type ? (vous pouvez cocher plusieurs items)
- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Affiches | <input type="radio"/> Mails |
| <input type="radio"/> Plaquettes/flyers | <input type="radio"/> Courriers |
| <input type="radio"/> Sur le site du CH Lozère (rubrique pour les patients) | |
| <input type="radio"/> Autres : | |
- Non

e. Pour les éléments suivants l'information proposée vous semblait-elle claire :

- Quant aux types de patients concernés
 Oui En partie Non
- Quant à la différence entre consultation gériatrique et HDJGD :
 Oui En partie Non
- Quant au caractère non urgent / hors pathologie aiguë :
 Oui En partie Non
- Quant aux différents d'intervenants :
 Oui En partie Non
- Quant à l'organisation et au déroulement d'une HDJGD :
 Oui En partie Non

2. **Quel est votre niveau de satisfaction quant à l'accessibilité / votre relation avec l'HDJGD :**

a. Comment estimez-vous les modalités d'inscription ?

_____▶

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	Peu	Moyennement	Satisfaisantes	Très satisfaisantes
satisfaisantes	satisfaisantes	satisfaisantes		

b. Estimez-vous que l'absence de mise à disposition sur internet de la fiche d'inscription soit un frein ?

- Oui
 Non

c. Préférez-vous une consultation gériatrique préalable **systématique** afin que ce soit le gériatre qui indique et programme l'HDJGD éventuelle ?

- Oui
 Non

d. Comment estimez-vous les contacts avec le service et ses intervenants ?

Pas du tout Satisfait
 Peu Satisfait
 Moyennement Satisfait
 Satisfait
 Très satisfait

Je ne les ai jamais contactés

e. **Estimez-vous que votre rôle de médecin traitant, au centre de la prise en charge de votre patient, soit respecté dans la prise en charge proposée l'HDJGD ?**

- Oui
 En partie
 Non
 Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD

f. **Etes-vous satisfaits que ce soient systématiquement les gériatres qui rendent les résultats au patient après la synthèse de l'équipe d'HDJGD au cours d'une consultation dédiée ?**

- Oui
 Non
 Si non, préféreriez-vous le faire dans certains cas ?
 Si non, préféreriez-vous le faire pour chaque patient concerné ?
 Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD

3. **Quel est votre niveau de satisfaction quant aux délais :**

a. **D'obtention d'un rendez-vous :**

Pas du tout Satisfait
 Peu Satisfait
 Moyennement Satisfait
 Satisfait
 Très satisfait

Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD

b. **De la réception de la synthèse à l'issue de l'HDJGD :**

Pas du tout Satisfait
 Peu Satisfait
 Moyennement Satisfait
 Satisfait
 Très satisfait

Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD

4. **Quel est votre niveau de satisfaction quant à l'apport de ce service dans votre pratique :**

a. **Estimez-vous que ce service soit une aide pour la prise en charge de vos patients âgés ?**

- Oui Non
 En partie Ne se prononce pas

b. **Estimez-vous que ce service soit adapté à votre pratique ?**

- Oui Non
 En partie Ne se prononce pas

c. **Estimez-vous que ce service soit adapté au territoire ?**

- Oui Non
 En partie Ne se prononce pas
- d. **La synthèse de l'HDJGD vous apporte-t-elle les réponses à vos questionnements initiaux ?**
 Oui Non
 En partie
 Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD (ou pas encore reçu de synthèse)
- e. **Estimez-vous que les propositions faites dans la synthèse de l'HDJGD soient globalement possibles à mettre en place ?**
 Oui Non
 En partie
 Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD (ou pas encore reçu de synthèse)

Vos remarques éventuelles :

.....
.....
.....

5. **L'HDJGD diffère d'une consultation spécialisée ou d'un examen complémentaire, notamment sur le plan organisationnel.**
- a. **Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) mettez-vous en avant pour une meilleure acceptabilité de l'HDJGD par vos patients et/ou leurs proches :**
- Le fait que le patient se déplace pour plusieurs consultations / examens une seule fois
 - La prise en charge et l'accompagnement des patients par l'IDE référente du service tout au long de la journée
 - La gestion des divers rendez-vous par l'équipe de l'HDJGD et non par vous-même ou par le patient
 - Le droit à un « bon de transport » même si le patient n'est pas en ALD (avantage financier et technique)
 - Le repas sur place compris
 - Aucun
 - Autre(s) :
 - Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD
- b. **Est-ce que, grâce à un ou plusieurs éléments d'ordre organisationnel comme ceux cités ci-dessus, certains de vos patients (et/ou leurs proches) acceptent l'HDJGD alors qu'ils refusent un autre type de prise en charge (consultation spécialisée et/ou examen complémentaire unique) ?**
- Oui
 - Non
 - Je n'ai pas eu recours à l'HDJGD

6. **Pour l'avenir :**

- a. **Souhaiteriez-vous que soit organisée une soirée d'information quant à l'HDJGD et plus globalement sur le fonctionnement de la gériatrie ambulatoire en Lozère ?**
- Oui
 - Non
- b. **Souhaitez-vous pouvoir remplir la demande d'HDJGD directement sur internet ?**
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

c. Est-ce que, pour vous, la création d'autres services serait nécessaire dans la filière gériatrique ville/hôpital?

Oui

↳ Si oui, quel type d'offre de soins pensez-vous ?

.....
.....
.....

Non

7. Champ d'expression libre pour vos remarques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : A l'aube du tournant démographique attendu, il faut repenser notre système de soins et l'axer sur le « bien vieillir ». Le dépistage des risques de dépendance est donc essentiel. Or, la fragilité, syndrome clinique multidimensionnel, est réversible. Le médecin traitant a un rôle clé dans cette prévention. Il doit pouvoir s'appuyer sur des structures hospitalières adaptées. Dans ce contexte, un hôpital de jour gériatrique diagnostique (HDJGD) a vu le jour en 2018 en Lozère. L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer, pour la première fois, le taux de satisfaction des médecins généralistes de Lozère vis-à-vis de cette structure. Les objectifs secondaires tenteront d'identifier des aspects expliquant leur ressenti.

Matériel et méthode : il s'agit d'une enquête descriptive, observationnelle, de type quantitative, dont le critère de jugement principal est le degré de satisfaction des médecins généralistes lozériens vis-à-vis de l'HDJGD de Mende. Le questionnaire a été diffusé par mail puis par voie postale. Des analyses descriptives et statistiques ont été réalisées, complétées d'une analyse globale puis par mots-clés pour les champs d'expression libre.

Résultats : le taux de réponses exploitables est de 57.4% (population cible de 94 médecins). 66% des médecins sont satisfaits par ce service. Ce taux monte à 96% pour les médecins généralistes libéraux ayant eu au moins un patient pris en charge par le service. La population globale estime à 78% que ce service est une aide pour la prise en charge des patients âgés.

Discussion : Bien que globalement satisfaits par ce service, les médecins généralistes pointent des améliorations possibles. Ainsi, la place du médecin traitant dans cette prise en charge, la communication et l'accès au service restent à optimiser. Malgré un biais de désirabilité sociale important, nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature. Les pistes d'amélioration sont de renforcer la relation ville-hôpital en axant la communication sur les médecins et les autres intervenants (médico-sociaux), mais aussi l'augmentation des moyens de l'HDJGD afin de réduire les délais et d'augmenter le nombre de patients pris en charge.

Conclusion : Des domaines restent à améliorer mais les médecins généralistes lozériens sont globalement satisfaits par l'HDJGD de Mende et ce d'autant plus, s'ils ont déjà eu un patient pris en charge par le service. Dans le cadre de la poursuite des évaluations de pertinence des HDJG et de la filière gériatrique, une surveillance des indicateurs de satisfaction est indispensable pour que ce récent service reste au plus près des besoins de la population.

Mots clés : *fragilité, médecine générale, niveau de satisfaction, hôpital de jour gériatrique, gériatrie, Lozère, étude quantitative*