



**HAL**  
open science

# Auto-évaluation de la prise en charge de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude de l'impact d'un semestre de gériatrie durant l'internat

Théo Matejka

► **To cite this version:**

Théo Matejka. Auto-évaluation de la prise en charge de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude de l'impact d'un semestre de gériatrie durant l'internat. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03434312

**HAL Id: dumas-03434312**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03434312v1>**

Submitted on 18 Nov 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

**Théo MATEJKA**

Le 05 octobre 2021

Auto-évaluation de la prise en charge de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude de l'impact d'un semestre de gériatrie durant l'internat.

Directrice de Thèse : Dr Caroline LABORDE

Jury :

Président : Pr Michel AMOUYAL

1<sup>er</sup> Assesseur : Pr Benoît DE WAZIERES

2<sup>ème</sup> Assesseur : Dr Caroline LABORDE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Théo MATEJKA**

Le 05 octobre 2021

Auto-évaluation de la prise en charge de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude de l'impact d'un semestre de gériatrie durant l'internat.

Directrice de Thèse : Dr Caroline LABORDE

Jury :

Président : Pr Michel AMOUYAL

1<sup>er</sup> Assesseur : Pr Benoît DE WAZIERES

2<sup>ème</sup> Assesseur : Dr Caroline LABORDE

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

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

### Professeurs Émérites

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

### Docteurs Émérites

PRAT Dominique	PUJOL Joseph
----------------	--------------

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

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

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire  
LABAUGE Pierre – Neurologie  
LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation  
LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire  
MERCIER Jacques – Physiologie  
MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie  
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 Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation  
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion  
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale  
TOUITOU Isabelle – Génétique  
VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

## **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine – Nutrition

AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria – Pédiopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric – Chirurgie digestive

BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles – Pédiatrie

CAMU William – Neurologie

CANOVAS François – Anatomie

CAPTIER Guillaume – Anatomie

CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume – Cardiologie

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre – Immunologie

COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves – Physiologie

DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John – Cytologie et histologie

DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DROUPY Stéphane – Urologie

DUCROS Anne – Neurologie

DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation

FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David – Génétique

GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice – Physiologie

HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie  
KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel – Génétique moléculaire  
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LECLERCQ Florence – Cardiologie  
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan – Physiologie  
MORANNE Olivier – Néphrologie  
MOREL Jacques – Rhumatologie  
NAVARRO Francis – Chirurgie générale  
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive  
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie  
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel – Anatomie  
PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie  
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie  
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques  
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie  
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie  
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence  
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale  
DAIEN Vincent – Ophtalmologie

DORANDEU Anne – Médecine légale  
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  
GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ;  
addictologie  
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie  
IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie  
JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie  
JEZIORSKI Éric – Pédiatrie  
JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas – Chirurgie infantile  
LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LONJON Nicolas - Neurologie  
LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric – Rhumatologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale  
MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale  
MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la  
communication  
NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la  
communication  
OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
NOCCA David – Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio – Chirurgie générale  
PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;  
gynécologie médicale  
PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique  
  
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie  
POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François – Pédiatrie  
ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François – Cardiologie  
SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas – Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
SULTAN Ariane – Nutrition  
THOUVENOT Éric – Neurologie  
THURET Rodolphe – Urologie  
TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
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 UNIVERSITÉS**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes  
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire  
VISIER Laurent – Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale**

#### **1<sup>re</sup> classe :**

LAMBERT Philippe  
AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine**

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno – Médecine palliative

SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH Hors classe**

BADIOUX 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 – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin – Anatomie

BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline – Hématologie biologique

BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire  
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé  
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;  
addictologie  
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire  
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie  
STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie  
YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERGOUGNOUX Anne – Génétique  
CHIRIAC Anca – Immunologie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie  
FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie  
GOUZI Farès – Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale  
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  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

### **MCU-MG de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

OUDE-ENGBERINK Agnès

### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine – Neurosciences

BERNEX Florence – Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume – Neurosciences

LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
 LAINE Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé  
 LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé  
 LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
 MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
 MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques  
 MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences  
 MOUTOT Gilles – Philosophie  
 PASSERIEUX Émilie – Physiologie  
 RAMIREZ Jean-Marie – Histologie  
 RAYNAUD Fabrice  
 TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

#### **PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BIRON-ANDREANI	CASSINOTTO
AKKARI Mohammed	Christine	Christophe
ALRIC Jérôme	BLANC Brigitte	CATHALA Philippe
AMEDRO Pascal	BLANCHARD Sylvie	CAZABAN Michel
AMOUREUX Cyril	BLANCHET Catherine	CHARBIT Jonathan
ANTOINE Valéry	BLATIERE Véronique	CHEVALLIER Thierry
ARQUIZAN Caroline	BOBBIA Xavier	CHEVALLIER-
ATTALIN Vincent	BOGE Gudrun	MICHAUD Josyane
AYRIGNAC Xavier	BOURRAIN Jean Luc	COLIN Olivier
BADR Maliha	BOUYABRINE Hassan	CONSEIL Mathieu
BAIS Céline	BRINGER-DEUTSCH	CORBEAU Catherine
BARBAR Saber Davide	Sophie	COROIAN Flavia-Oana
BASSET Didier	BRINGUIER	COURDRAY Sarah
BATIFOL Dominique	BRANCHEREAU	CRANSAC Frédéric
BATTISTELLA Pascal	Sophie	CUNTZ Danielle
BAUCHET Luc	BRISOT Dominique	DARDALHON Brigitte
BENEZECH Jean Pierre	BRONER Jonathan	DAVID Aurore
BENNYS Karim	CADE Stéphane	DE BOUTRAY Marie
BERNARD Nathalie	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca
BERTRCHANSKY Ivan	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice

BIBOULET Philippe	LEGLISE	Marie	RICHAUD-MOREL
DENIS Hélène	Suzanne		Brigitte
DEVILLE de PERIERE Gilles	CAIMMI Davide Paolo		RIDOLFO Jérôme
	CARR Julie		RIPART Sylvie
DE LA TRIBONNIERE Xavier	CARTIER César		RONGIERES Michel
	CASPER Thierry		ROULET Agnès
DJANIKIAN Flora	MARGUERITE		RUBENOVITCH Josh
DONNADIEU-RIGOLE Hélène	Emmanuel		SANTONI Fannie
	MARTIN Lucille		DEBIEN Blaise
FAIDHERBE Jacques	MATTATIA Laurent		DELPONT Marion
FATTON Brigitte	MEROUEH Fadi		SASSO Milène
FAUCHERRE Vincent	MEYER Pierre		SCHULDINER Sophie
FILLERON Anne	MILESI Christophe		SEGURET Fabienne
FITENI Frédéric	MORAU Estelle		SENESSE Pierre
FOURNIER Philippe	MOSER Camille		SKALLI EI Mehdi
GAILLARD Nicolas	MOUSTY Eve		SOLA Christelle
GALMICHE Sophie	MOUTERDE Gaël		SOULLIER Camille
GENY Christian	PANSARD Nicole		STOEBNER
GERONIMI Laetitia	PERNIN Vincent		DELBARRE Anne
GINIES Patrick	PERRIGAULT	Pierre	TEOT Luc
GRECO Frédéric	François		THIRION Marina
GUEDJ Anne Marie	PEYRON Pierre-Antoine		VACHIERY-LAHAYE
GUYON Gaël	PICARD Éric		Florence
HENRY Vincent	PICOT Marie Christine		VERNES Eric
JAMMET Patrick	PIERONI Laurence		VINCENT Laure
JEDRYKA François	POQUET Hélène		WAGNER Laurent
JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise		ZERKOWSKI Laetitia
KINNE Mélanie	PUPIER Florence		
LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier		
LACAMBRE Mathieu	RAFFARD Laurence		
LANG Philippe			

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

## Remerciement :

Au Professeur AMOUYAL Michel, Président de jury.

Je vous remercie de me faire l'honneur d'être mon président de jury, votre implication dans notre internat permet d'avoir une formation de qualité. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au Professeur DE WAZIERES Benoît, Premier assesseur.

Vous me faites le plaisir d'accepter d'être dans mon jury de thèse, votre cours et mon stage en gériatrie m'a beaucoup apporté et fait apprécier la gériatrie. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur LABORDE Caroline, Deuxième assesseur et directrice de thèse.

Un profond Merci, tu m'as accompagné et aidé de manière incroyable, me recentrant sur le sujet. Tu as sûrement dû t'arracher les yeux plus d'une fois devant mon orthographe et ma grammaire plus qu'approximative. Merci aussi pour ton accompagnement durant mon passage dans le service qui m'as donné envie de travailler en gériatrie.

Aux médecins qui m'ont accompagné durant ma formation :

Dr TSCHUPP Antoine et Dr POLINE Éric, vous m'avez accueilli et montré votre vision de la médecine, vous m'avez apporté de la confiance en moi (et ce n'est pas évident à faire). Le passage chez vous m'a permis de confirmer mon envie d'être médecin. Vous avez toujours été présent pour moi et je vous en suis éternellement reconnaissant.

Les urgentistes du CHU de Nîmes, votre accompagnement, votre disponibilité et votre gentillesse m'ont permis de passer un excellent stage d'urgence de manière la plus sereine possible.

Le service de gériatrie du CHU de Nîmes, c'est grâce à vous que j'ai découvert la gériatrie. Ce stage fut rempli de connaissances, de formations et également de beaux moments sur le plan humain. Un grand merci que ce soit aux équipes médicales ou paramédicales. À très vite.

Le service de pédiatrie du CHU de Nîmes où la bonne ambiance et la formation auprès des enfants, petits ou grands a été complète, et intéressante.

Aux Dr FISCHER Judith et Dr TESTUD Julie, un grand merci pour ce stage qui fut très riche que ce soit au niveau formation pratique ou théorique ou sur le plan humain.

Au Dr PONS Marie-Laure, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance. Ce stage m'a permis de voir un autre côté de la médecine et la structure d'un cabinet.

Au service de gynécologie de Bagnols-sur-Cèze, merci pour votre bienveillance et de nous avoir acceptés dans votre service et vos consultations, merci pour le partage de vos savoirs.

Au Dr FIDRY Julia, j'ai passé deux stages excellents : rempli de bonnes choses, une belle rencontre humaine et professionnelle malgré les embûches du COVID, un grand merci pour ton accueil.

Aux Dr GRAU Manuel et Dr DE LORGERIL Laurence, un grand merci pour ce stage de 6 mois enrichissant et qui m'a apporté sur le plan personnel et professionnel.

À ma famille,

Papa et Maman, les chiens ne font pas des chats. Que ce soit William, Raphaël ou Yaël vous nous avez toujours poussés et soutenus à suivre nos buts et nos choix qu'importe la difficulté. Vous nous avez apporté la gentillesse, la curiosité, la patience, l'humilité. Vous m'avez toujours fait confiance et poussé à faire toujours plus. Vous m'avez surtout servi d'exemple que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan professionnel. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui, je vous aime.

À William, Raphaël et Yaël, une fratrie parfaite avec ses fous rires et des bagarres à gogo. Vous êtes des piliers et cette relation est un vrai moteur et soutien dans la vie. Je suis fier de votre parcours, et du chemin que vous prenez.

À mes grands-parents, votre présence est primordiale et votre amour inconditionnel.

À toute ma famille que je ne peux pas citer un par un sinon les remerciements seraient plus longs que ma thèse.

À mamie Thérèse qui continue à veiller sur moi de là-haut.

A mes amis, la famille que l'on choisit.

Aux Perpignanais : Vincent, Guillaume, Sarah, Margaux, Yoan, Simon, Maria, Alicia, Marion, Yosef, Alexandre, Antoine, Margot, Léa

Aux Montpelliérains-Nîmois : Dano, Morgane, Pierre, Audrey, Dorian, Maria, Hugo, Mahdy, Clothilde, Audrey, Laura, Manon, Arthur, Jeannou, Flora, Aurélie, Rébecca, Ludo, Thibaut, Carline, Isa, Inès

À tous ceux que j'ai rencontré tout au long de ma vie.

Vous m'avez tous apporté quelque chose que ce soit sur le plan humain, professionnel ou personnel. Que ce soit les épreuves, les fous rires, les difficultés votre présence m'a permis d'apprendre et de grandir, ce que je suis aujourd'hui c'est aussi grâce à vous.

Je suis fier et honoré de vous avoir à mes côtés, j'espère vous rendre que ce soit que le centième de ce que m'avez apporté et vous avoir à mes côtés pour longtemps

À Émilie, nous sommes arrivées ensemble sur Montpellier comme des enfants, nous sommes devenus ensemble des adultes, malgré des chemins qui se sont séparés je suis fier d'avoir parcouru tout ce chemin avec toi et je suis fier de voir ce que tu es devenue ! Ne change pas !

À Flora, nous entrons ensemble dans cette nouvelle vie professionnelle et personnelle avec son lot de surprises et de découvertes. Tu m'as encouragé et supporté dans cette grande épreuve qu'est l'écriture de la thèse ! Tu t'es sûrement arraché les cheveux et pleuré du sang en me relisant et en essayant de décoder ma façon « très singulière » d'écriture des phrases ! j'espère te rendre la pareille (sauf pour l'orthographe bien sûr).

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>22</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>23</b>
A) DESIGN DE L'ETUDE .....	23
B) POPULATION CIBLE .....	23
C) METHODE DE DIFFUSION .....	23
D) LE QUESTIONNAIRE (ANNEXE 1) .....	23
E) RECUEIL DE DONNEES .....	24
F) ANALYSES STATISTIQUES .....	24
<b>RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
A) PARTICIPATION A L'ENQUETE : .....	26
B) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE (TABLEAU 1) : .....	26
C) RESULTATS CONCERNANT L'AUTO-EVALUATION DES PRATICIENS (TABLEAU 3 ET FIGURE 4 ET 5) : .....	31
D) RESULTATS CONCERNANT LA FORMATION EN GERIATRIE DURANT LE DES DE MEDECINE GENERALE : .....	35
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE : .....</b>	<b>44</b>

Abréviation :

APA : Allocation personne âgée

CCAS : centres communaux d'action sociale

DES : Diplôme d'études spécialisés

DIU : Diplôme inter universitaire

DU : Diplôme universitaire

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMC : Formation médicale continue

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmièr(e) diplômé(e) d'état

IFOP : Institut française d'opinion publique

IMG : Interne de médecine générale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

NSN : Nombre de sujets nécessaires

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Personne âgée

PAD : Personne âgée dépendante

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SSR : Soins de suite et rééducation

TNC : Trouble neuro-cognitif

UCC : Unité cognitivo-comportementale

USLD : Unité de soins de longue durée

## Introduction

Le médecin généraliste (MG) possède un rôle central auprès de ses patients. Il lie avec eux une relation de confiance grâce à sa proximité, sa connaissance de l'entourage et de l'environnement géographique (1). Il offre une prise en charge globale adaptée au patient et à son contexte. En population gériatrique le MG doit savoir gérer la polypathologie, repérer les critères de fragilité mais également évaluer les facteurs de risques socio-économiques afin de mettre en place un plan d'action personnalisé de santé et de prévenir un vieillissement pathologique (2).

Le phénomène du « Papy-boom » devrait durer jusqu'en 2026 avant de s'atténuer progressivement jusqu'en 2070. Il est la conséquence prévisible et naturelle d'un ensemble de facteurs : l'après-guerre, l'allongement de la durée de vie de la population et la baisse de la natalité (3). Il va modifier la pratique des MG qui seront en première ligne face à ces changements démographiques. La baisse du nombre de lits d'hospitalisation risquant elle aussi de majorer l'activité de ville (4).

Devant les enjeux grandissants du rôle du MG auprès des patients âgés, il est essentiel de continuer à améliorer la formation des internes. Un travail de thèse, réalisé à Amiens, montre que les MG ne se trouvent pas assez formés et estiment avoir des difficultés dans leur prise en charge de la personne âgée (5). Une autre étude auprès d'étudiants en médecine a permis de mettre en évidence qu'un programme d'enseignement gériatrique permettait une amélioration des connaissances et du comportement des étudiants face à la personne âgée (6).

La réforme des études de santé de 2004 a défini les modalités du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale pour une durée de 3 ans. La maquette actuelle ne comprend pas de stage de gériatrie obligatoire mais les internes peuvent le réaliser durant le semestre de médecine adulte.

L'objectif de notre étude était d'évaluer si la réalisation d'un semestre de gériatrie durant l'internat était associée à une meilleure auto-évaluation des MG de leur prise en charge globale des patients âgés. Nous souhaitons également recueillir l'avis des MG concernant l'ajout d'un stage « santé de la personne âgée » à la maquette du DES de médecine générale.

## MATERIEL et METHODE

### a) Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive quantitative basée sur un recueil de données réalisé via un auto-questionnaire.

Le critère de jugement principal était l'auto-évaluation par les participants de leur prise en charge globale des patients âgés dans leur pratique :

Les critères de jugements secondaires étaient :

- L'auto-évaluation de leurs prises en charge dans certaines situations spécifiques : le syndrome confusionnel, les troubles neurocognitifs, la prise en charge sociale, les troubles neurosensoriels, la décompensation d'organe, la fin de vie.
- L'avis des participants quant à l'utilité d'un stage en gériatrie durant le DES et la manière de l'intégrer dans la maquette.

### b) Population cible

La population interrogée durant ce travail de thèse était composée :

- de médecins généralistes exerçant en cabinet de médecine générale et ayant réalisé leur internat en France après la création des épreuves nationales classantes (ECN) en 2004, installés ou non, thésés ou non.
- d'internes de troisième année de DES de médecine générale en France, ayant donc effectué un stage en médecine adulte en 2<sup>ème</sup> année et un stage chez le praticien en 1<sup>ère</sup> année.

### c) Méthode de diffusion

Le questionnaire était accessible sur internet, il a été réalisé via GOOGLE FORM et a été diffusé via un lien associé à un texte explicatif.

Les médecins généralistes et les internes de France ont principalement été contactés via :

- Les mailing-list de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes
- Les réseaux sociaux (FACEBOOK, WHATSAPP)
- Des spécialistes ont également diffusé le questionnaire durant des formations auprès de MG

Une relance a été réalisée mensuellement.

### d) Le questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire a été rédigé avec 3 types de questions :

- Des questions d'auto-évaluation sous forme d'échelles numériques allant de 0 à 10 (0 = Pas du tout satisfait à 10 = Très satisfait). Les réponses des auto-évaluations ont été regroupées en 2 groupes : Satisfaits (note entre 6 et 10) et Non Satisfaits (0 à 5).
- Des questions à réponse unique.
- Une question à réponse ouverte afin de relever les remarques et avis des participants.

Le questionnaire a été divisé en 3 parties :

- La première partie permettait de caractériser la population : âge, sexe, lieu d'exercice, lieu d'internat, pourcentage de patientèle de plus de 75 ans, réalisation ou non d'un stage en gériatrie durant l'internat, et le cas échéant les raisons du choix d'un semestre en gériatrie et le lieu du stage.
- La deuxième partie du questionnaire était des auto-évaluations de praticiens concernant leur prise en charge gériatrique : d'abord dans sa globalité puis pour des situations spécifiques.
- La dernière partie permettait de recueillir l'avis des participants sur l'intérêt d'un stage en gériatrie lors de la formation de médecine générale et son intégration dans la maquette de médecine générale.

#### e) Recueil de données

Les données ont été collectées anonymement, avec Google Form et Excel.

Les réponses étaient directement intégrées sous forme de base de données.

#### f) Analyses statistiques

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les variables dichotomiques ont été exprimées en nombres absolus et pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts types.

Une analyse comparative a été réalisée entre les participants ayant effectué un semestre de gériatrie durant leur internat et ceux n'en ayant pas fait :

- Comparaison des caractéristiques des participants.
- Comparaison de la proportion de participants ayant auto-évalué leur prise en charge des patients âgés comme « Satisfaisante ».
- Comparaison de leurs avis sur l'utilité d'un semestre en gériatrie durant l'internat et la nécessité de son ajout à la maquette.

En raison du manque de bibliographie, une hypothèse arbitraire était définie concernant la proportion de gens ayant une auto-évaluation satisfaisante, que ce soit dans le groupe des participants ayant réalisé un stage et celui n'ayant pas réalisé de stage en gériatrie : respectivement 60 % et 40 % dans chaque groupe. Le calcul du nombre de sujets nécessaires (NSN) était de 152 sujets soit 76 par groupe, avec un risque alpha de 5% et bêta de 20%.

Les valeurs qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi<sup>2</sup> excepté pour les faibles effectifs pour lesquels le test de Fisher a été utilisé. Les valeurs quantitatives ont été comparées avec un test de Student. Le seuil de significativité était défini par un  $p < 0,05$ .

La question ouverte n'a pas été analysée car cela nécessiterait une méthodologie qualitative.

## Résultats

### a) Participation à l'enquête :

Le questionnaire a été diffusé du mois de janvier au mois de juillet 2021. 211 réponses ont été récoltées. 70 questionnaires ont été exclus : 68 étaient incomplets et 2 ont été réalisés par des médecins ne travaillant pas en médecine générale libérale.

L'étude a donc été réalisée à partir de 141 questionnaires complets (soit 66,5 %).

### b) Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1) :

La majorité de la population interrogée était des femmes : 68,1% contre 31,9 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 29,1 ans avec un écart type de 2,9. 66,0% des personnes ayant répondu étaient dans la classe des 25-29 ans.

51,1 % étaient des médecins généralistes remplaçants ou installés et 48,9% des internes de médecine générale en DES 3.

8% des participants exerçaient en milieu rural, 49% exerçaient en milieu semi-rural et 43% exerçaient en milieu urbain (figure 1).

Les patients de plus de 75 ans représentaient moins de 25% de la patientèle pour 14% des médecins, entre 25 et 50 % des patients pour 50 % des participants, entre 50 et 75 % pour 35% des participants et plus de 75 % pour 1% (figure 2).

Les subdivisions dans lesquelles les participants avaient réalisé leur internat sont détaillées dans le Tableau 1.

L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de différence significative concernant ces caractéristiques entre le groupe de participants ayant réalisé un stage en gériatrie et ceux ne l'ayant pas réalisé. Les résultats sont détaillés dans le Tableau 1.

		Total N = 141  n (%)	Semestre de gériatrie		P-value
			Oui N = 64  n (%)	Non N = 77  n (%)	
Sexe	Homme	45 (31,9)	18 (28,1)	27 (35,1)	0,37
	Femme	96 (68,1)	46 (71,9)	50 (64,9)	
Âge	Moyenne ans (ET)	29,1 (2,9)	29,0(2,9)	29,2 (3,1)	0,79
	20 -24 ans	1 (0,7)	1 (1,6)	0	0,45
	25 et 29 ans	93 (66,0)	43 (67,2)	50 (64,9)	0,78
	30 et 34 ans	36 (25,5)	15 (23,4)	21 (27,3)	0,60
	35 et 40 ans	11 (7,8)	5 (7,8)	6 (7,8)	1
Lieu de DES	Amiens	4 (2,8)	3 (4,7)	1 (1,3)	Non réalisé
	Angers	1 (0,7)	1 (1,6)	0	
	Antilles-Guyane	3 (2,1)	1 (1,6)	2 (2,6)	
	Bordeaux	4 (2,8)	2 (3,1)	2 (2,6)	
	Brest	1 (0,7)	1 (1,6)	0	
	Caen	3 (2,1)	1 (1,6)	2 (2,6)	
	Clermont-Ferrand	3 (2,1)	0	3 (3,9)	
	Dijon	8 (5,7)	2 (3,1)	6 (7,8)	
	Lille	5 (3,6)	4 (6,3)	1 (1,3)	
	Lyon	1 (0,7)	1 (1,6)	0	
	Marseille	6 (4,3)	3 (4,7)	3 (3,9)	
	Montpellier	64 (45,4)	22 (34,4)	42 (54,6)	
	Nantes	1 (0,7)	1 (1,6)	0	
	Nice	2 (1,4)	2 (3,1)	0	
	Océan Indien	1 (0,7)	0	1 (1,3)	
	Paris	20 (14,2)	13 (20,3)	7 (9,1)	
	Reims	3 (2,1)	2 (3,1)	1 (1,3)	
	Rennes	1 (0,7)	1 (1,6)	0	
	Strasbourg	4 (2,8)	1 (1,6)	3 (3,9)	
Toulouse	2 (1,4)	0	2 (2,6)		
Tours	4 (2,8)	3 (4,7)	1 (1,3)		
Lieu d'exercice	Rural	11 (7,8)	6 (9,4)	5 (6,5)	0,54
	Semi-rural	69 (48,9)	28 (43,8)	41 (53,3)	0,26
	Urbain	61 (43,3)	30 (46,9)	31 (40,3)	0,39
Fonction	DES3	69 (48,9)	31 (48,4)	38 (49,4)	0,91
	MG	72 (51,1)	33 (51,6)	39 (50,7)	0,91
Patientèle de > 75 ans	<25 %	20 (14,2)	9 (14,1)	11 (14,3)	0,96
	Entre 25 et 50 %	70 (49,7)	1 (1,6)	1 (1,3)	1
	Entre 50 et 75%	49 (34,8)	29 (45,3)	41 (53,3)	0,34
	>75%	2(1,4)	25 (39,1)	24 (31,2)	0,32

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants**

DES : diplôme d'études spécialisés ; DES3 : 3eme année de DES ; MG : médecin généraliste., ET : Écart-type

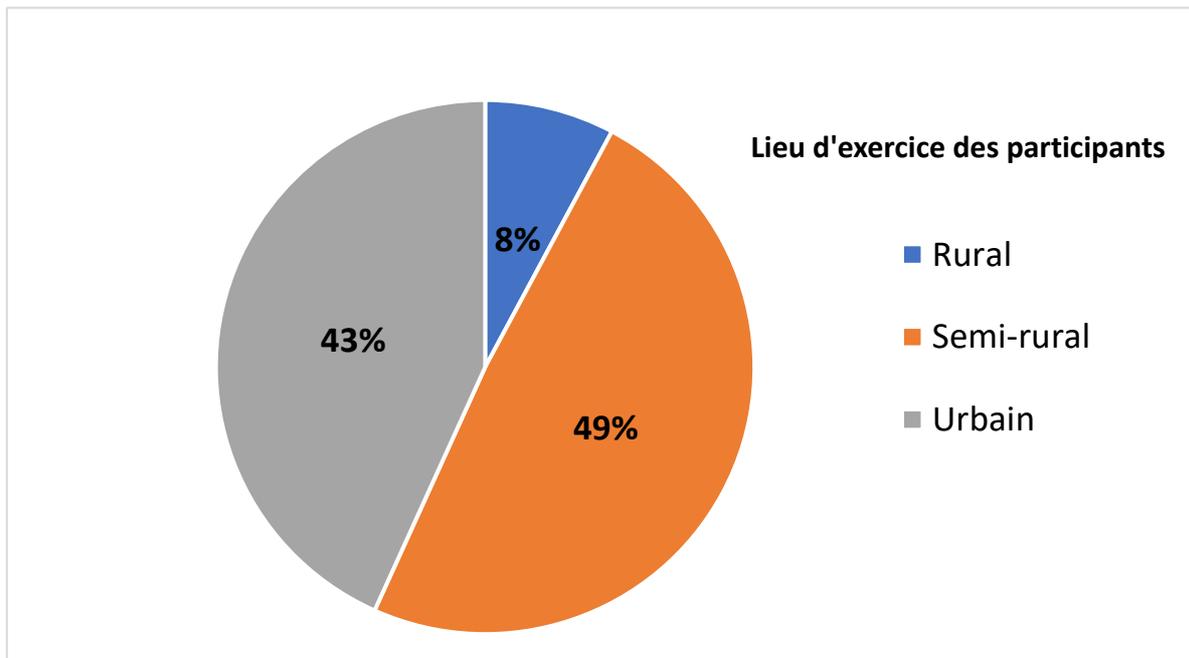


Figure 1 : Lieu d'exercice des participants

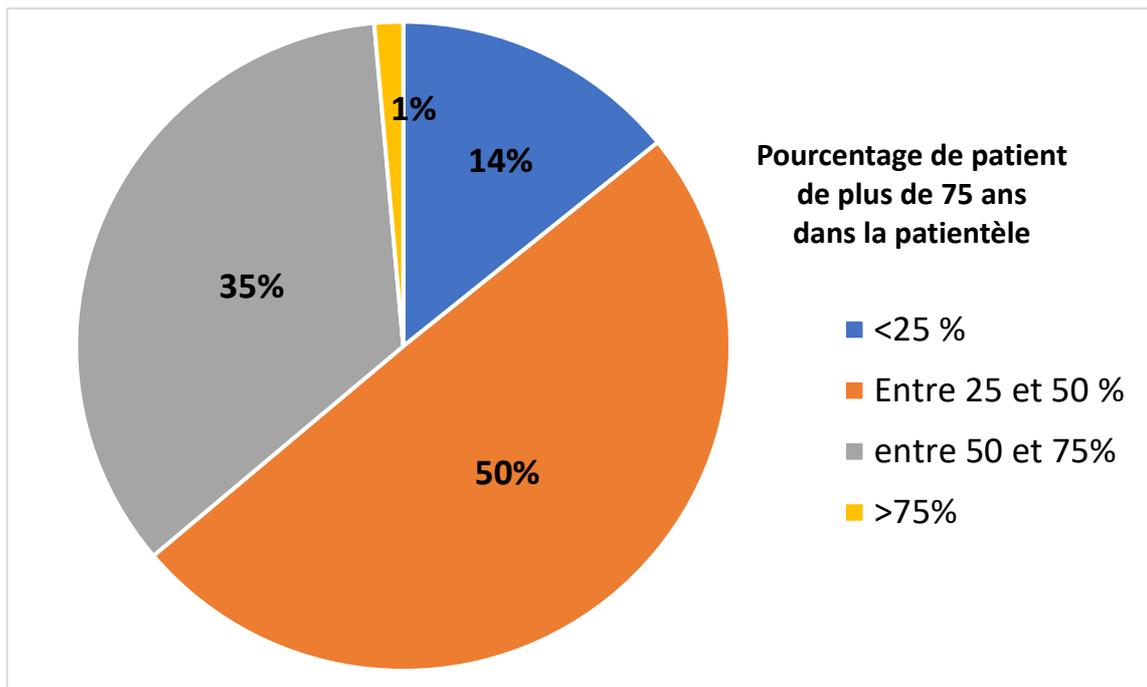


Figure 2 : Pourcentage de patient de plus de 75 ans dans la patientèle chez les participants de l'étude

64 participants (45,4%) avaient réalisé un stage en milieu gériatrique durant leur internat.

Parmi les praticiens ayant réalisé un stage en gériatrie, 75,0 % l'avaient effectué en médecine aigue, 3,1% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 1,6% étaient encadré par un gériatre dans des contextes particuliers (comme par exemple au service d'accueil des urgences). 1,6% étaient dans un service d'hôpital de jour (HDJ) ou de consultation et 18,8 % étaient en soins de suite et rééducation (SSR) ou en unité de soins de longue durée (USLD) (Figure 3).

Parmi les participants ayant réalisé un stage de gériatrie durant leur internat 79,7 % avaient choisi ce stage pour améliorer leur prise en charge et approfondir leurs connaissances théoriques, 14,1% l'avaient choisi pour « autre raison »,4,7% envisageaient une surspécialité en gériatrie et 1,6% souhaitaient améliorer leurs relations avec les patients âgés (figure 4).

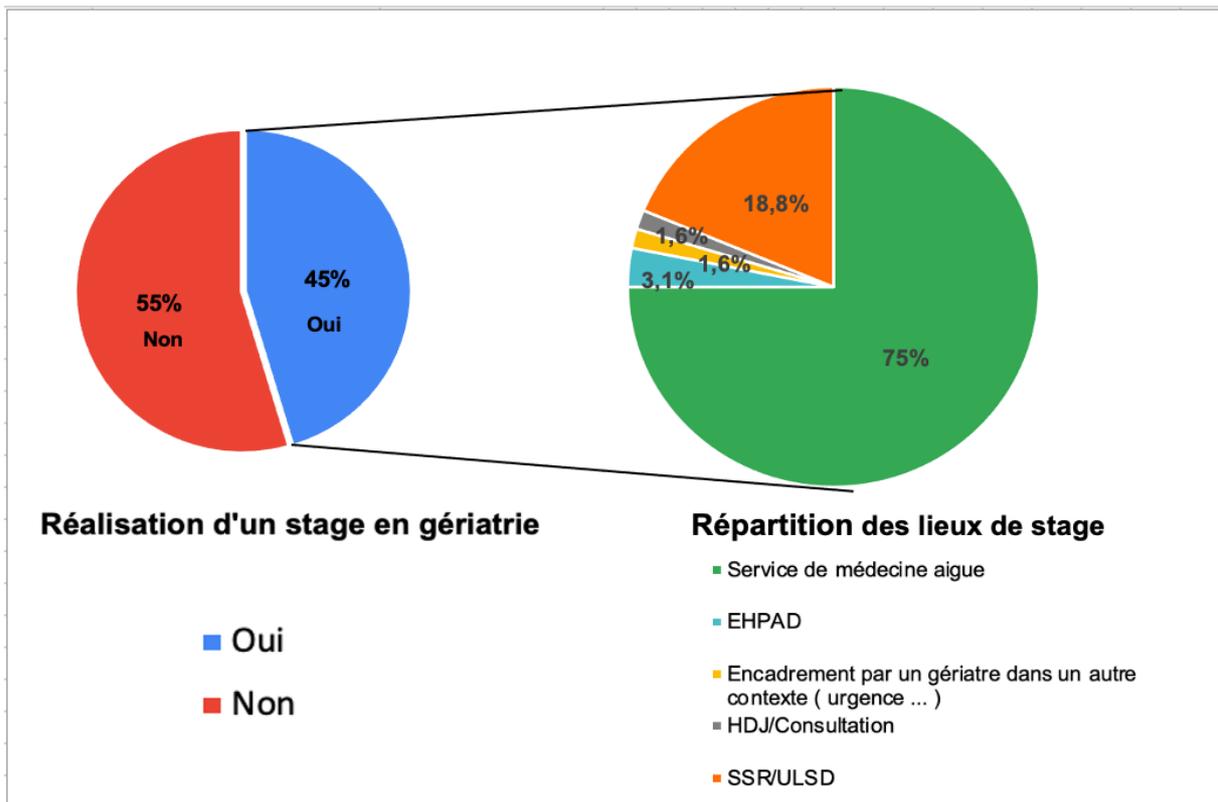


Figure 3 : réalisation ou non d'un semestre en gériatrie et le cas échéant description du lieu de stage

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, HDL : Hôpital de jour, SSR : Soins de suite et rééducation, USLD : Unité de soins de longue durée

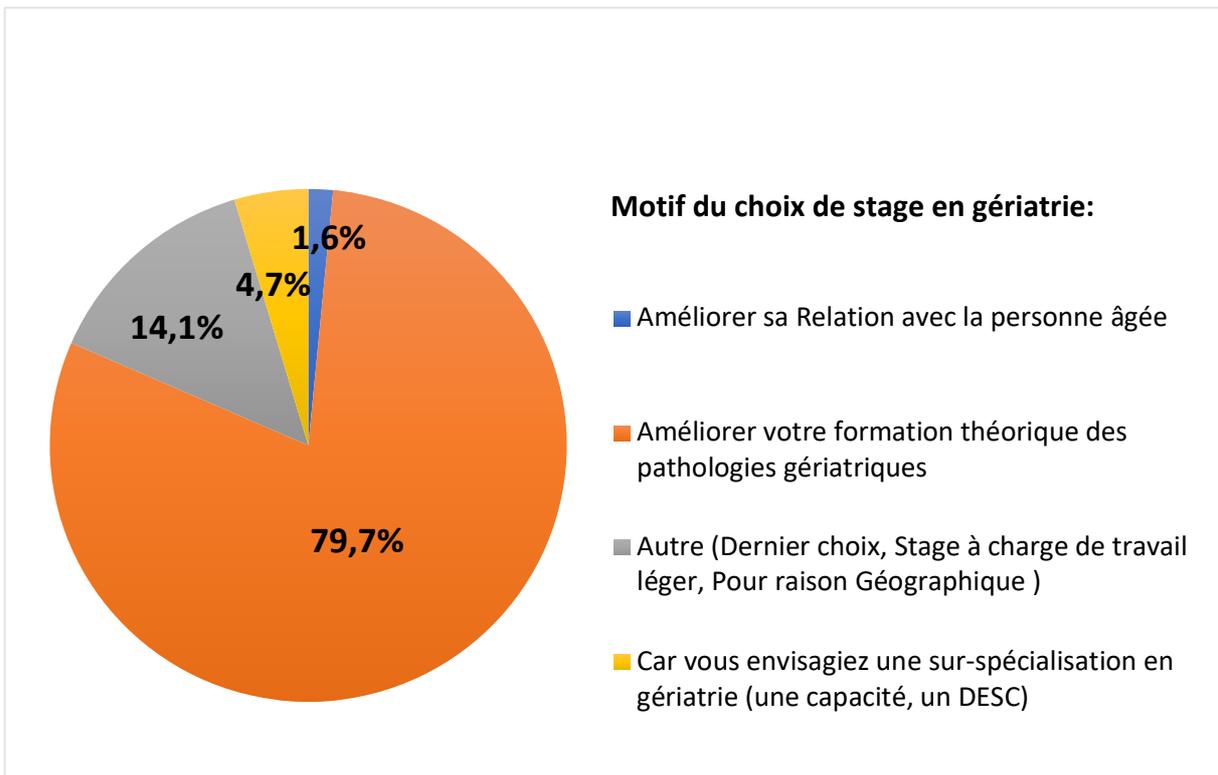


Figure 4 : Motif du choix du stage en milieu gériatrique

c) Résultats concernant l'auto-évaluation des praticiens (Tableau 2 et Figure 5 et 6) :

Concernant le critère de jugement principal, lorsqu'on demandait aux praticiens de médecine générale d'auto-évaluer leur prise en charge globale des patients âgés, 95,3% des participants ayant fait un semestre en milieu gériatrique étaient satisfaits de leur pratique contre 77,9% de ceux n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie ( $p = 0,003$ ).

L'auto-évaluation concernant la prise en charge du syndrome confusionnel révèle que 81,3% des praticiens ayant fait un stage de gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 61,0% de ceux n'ayant pas réalisé de stage de gériatrie ( $p = 0,0089$ ).

Concernant la prise en charge des troubles cognitifs des patients âgés, l'auto-évaluation révèle que 68,8% des praticiens ayant fait un stage de gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 52,0% de ceux n'ayant pas réalisé de stage de gériatrie ( $p = 0,042$ ).

L'auto-évaluation concernant la prise en charge sociale révèle que 59,4% des praticiens ayant fait un stage de gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 85,7% de ceux n'ayant pas réalisé de stage en gériatrie ( $p = 0,0004$ ).

L'auto-évaluation concernant la prise en charge des pathologies neurosensorielles révèle que 60,9% des praticiens ayant fait un stage en gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 59,7% de ceux n'ayant pas réalisé de stage de gériatrie ( $p = 0,88$ ).

L'auto-évaluation concernant la prise en charge des décompensations d'organes chez les patients âgés dans leur pratique de médecine libérale révèle que 93,8% des praticiens ayant fait un stage de gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 88,3% de ceux n'ayant pas réalisé de stage de gériatrie ( $p = 0,38$ ).

L'auto-évaluation concernant la prise en charge des patients âgés en fin de vie révèle que 71,9% des praticiens ayant fait un stage en gériatrie étaient satisfaits de leur pratique contre 59,7% de ceux n'ayant pas réalisé de stage en gériatrie ( $p = 0,13$ ).

	Semestre de gériatrie				P-value
	Oui (n = 64)		Non (n = 77)		
	Valeur	%	Valeur	%	
Prise en charge globale de la PA	61	95,3	60	77,9	0,003
Prises en charge spécifiques de la PA					
Syndrome confusionnel	52	81,3	47	61,0	0,0089
Troubles neurocognitifs	44	68,8	40	52,0	0,042
Prise en charge sociale	38	59,4	66	85,7	0,0004
Pathologie neurosensorielle	39	60,9	46	59,7	0,88
Décompensation d'organe	60	93,8	68	88,3	0,38
Fin de vie	46	71,9	46	59,7	0,13

*Tableau 2 : Analyse bivariée de la satisfaction des praticiens quant à leurs prises en charge globales et spécifiques de la PA : Comparaison entre le groupe de participants ayant réalisé un semestre de gériatrie et celui n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie.*

*PA : personne âgée*

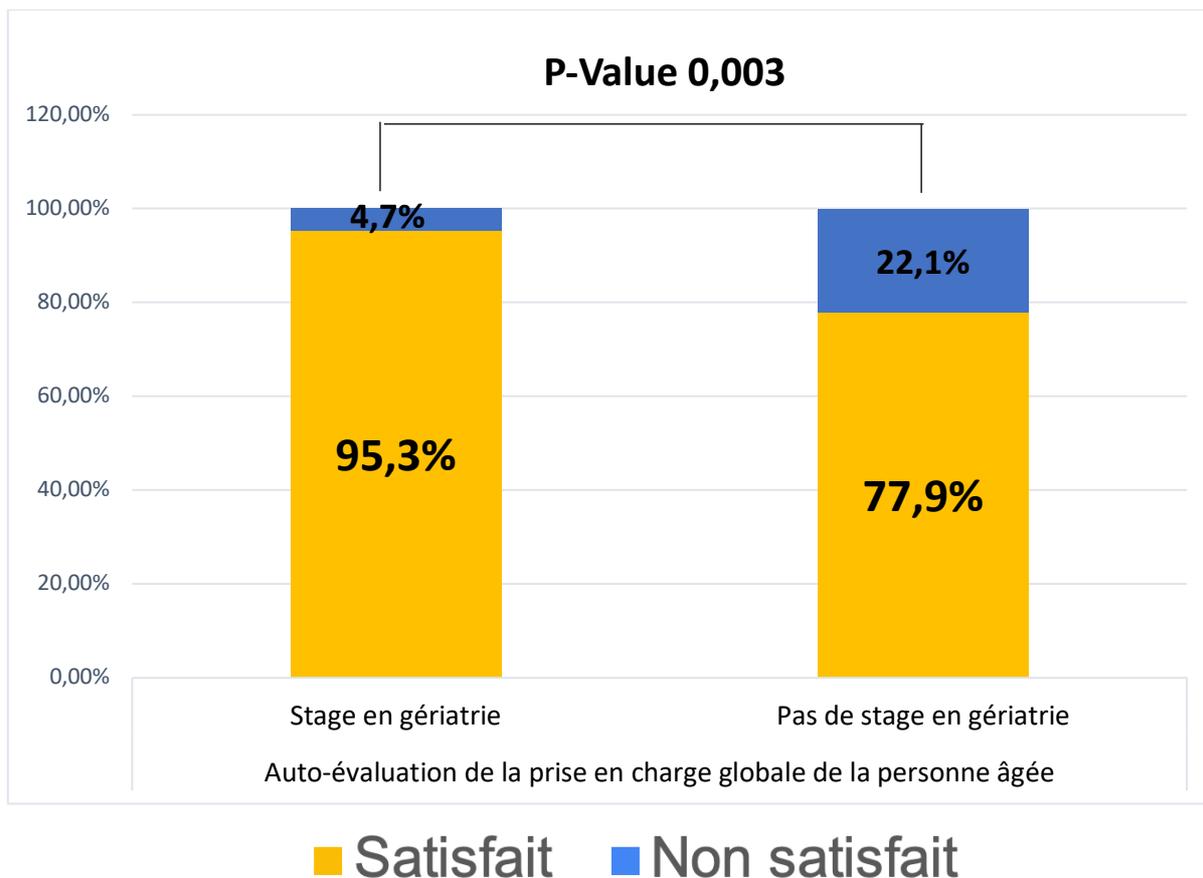


Figure 5 : Auto-évaluations concernant leur prise en charge globale de la personne âgée. Analyse bivariée. Comparaison entre le groupe de participants ayant réalisé un semestre de gériatrie et celui n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie.

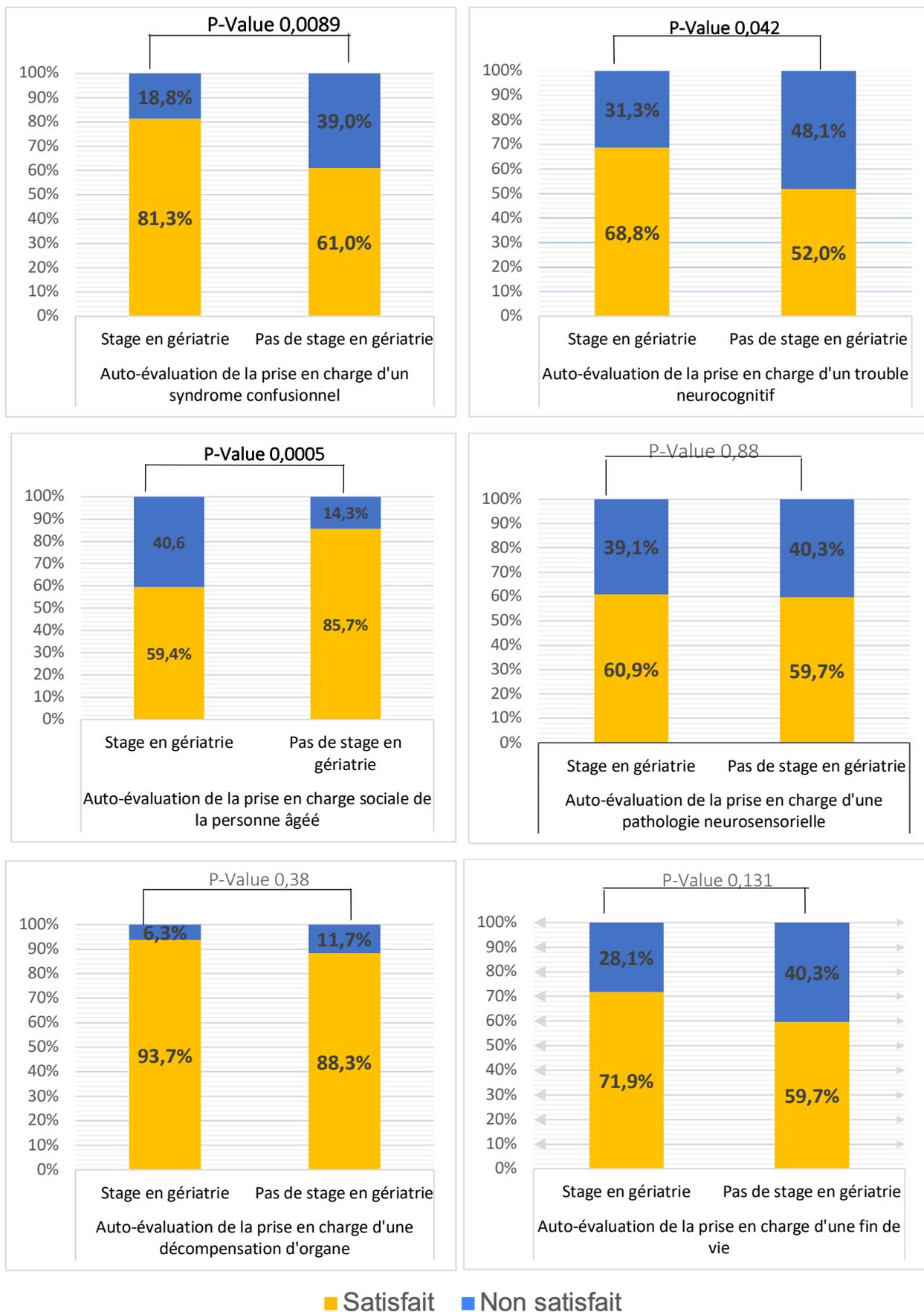


Figure 6 : Auto-évaluations concernant des prises en charge spécifiques. Analyse bivariée. Comparaison entre le groupe de participants ayant réalisé un semestre de gériatrie et celui n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie.

d) Résultats concernant la formation en gériatrie durant le DES de médecine générale :

Dans le groupe de participants ayant réalisé un stage en gériatrie, 28% étaient intéressés ou avaient réalisé une formation complémentaire en gériatrie contre 14% dans le groupe n'ayant pas réalisé de stage gériatrique ( $p=0,042$ ).

Chez les participants ayant réalisé un stage en gériatrie environ 79,7% pensaient qu'un stage en gériatrie était très utile et 20,3% pensaient qu'il était utile. Aucun participant ne pensait qu'il était peu utile ou inutile. Chez les participants n'ayant pas réalisé de stage en gériatrie, 51,9 % pensaient qu'il était très utile, 42,9% pensaient qu'il était utile et 2,6% pensaient qu'il était soit inutile, soit peu utile. Une analyse statistique a été réalisée en regroupant les réponses « inutiles » et « peu utiles » ensemble et les « utiles » et « très utiles » ensemble. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes ( $p = 0,12$ ).

	Total n = 141	Semestre de gériatrie		P-value
	n (%)	Oui (n = 64) n (%)	Non (n = 77) n (%)	
Inutile	2 (1,4)	0	2 (2,6)	0,12
Peu utile	2 (1,4)	0	2 (2,6)	
Utile	53 (37,6)	13 (20,3)	40 (51,9)	
Très utile	84 (59,6)	51 (79,7)	33 (42,9)	

*Tableau 3 : Avis sur l'utilité d'un stage en gériatrie durant l'internat de médecine générale. Analyse bivariée. Comparaison entre le groupe de participants ayant réalisé un semestre de gériatrie et celui n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie.*

Concernant la maquette de l'internat, presque 19,5 % des participants n'ayant pas réalisé de stage en gériatrie et 12,5 % des participants ayant fait un stage de gériatrie ne souhaitent pas ajouter un semestre orienté « santé de la personne âgée » à la maquette du DES de médecine générale. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.

83,7% des participants estimait qu'il fallait l'intégrer à la maquette, les réponses sur les manières d'intégrer ce semestre sont détaillées dans le tableau 4.

	Total (N = 141)	Semestre de gériatrie		P- value
	n (%)	Oui (N= 64) n (%)	Non (N = 77) n (%)	
Non	23 (16,3)	8 (12,50)	15 (19,5)	0,26
Oui	119 (83,7)	56 (87,5)	62 (80,5)	
-Dans le cadre du stage de médecine polyvalente	50 (35,5)	30 (46,9)	20 (26,0)	
-En remplacement du stage des urgences	1 (0,7)	0	1 (1,3)	
En remplacement du stage praticien 1er année	1 (0,7)	3 (4,7)	1 (1,3)	
En remplacement du stage santé de la femme	19 (13,5)	7 (10,9)	12 (15,6)	
En remplacement du stage SASPAS	4 (2,8)	1 (1,6)	3 (3,9)	
Seulement si l'internat passe à 4 ans	40 (28,4)	15 (23,4)	25 (32,5)	

*Tableau 5 : Avis concernant l'intégration d'un stage en milieu gériatrique dans la maquette du DES de médecine générale (choix unique). Analyse bivariée. Comparaison entre le groupe de participant ayant réalisé un semestre de gériatrie et celui n'ayant pas réalisé de semestre en gériatrie.*

*SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé*

Concernant la dernière partie du questionnaire : 36 participants avaient répondu à la question ouverte. Le détail des réponses est présenté en annexe 2.

## Discussion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer si un semestre de gériatrie durant l'internat était associée à une meilleure auto-évaluation des MG dans leur prise en charge de la personne âgée.

Ce travail montre tout d'abord que pour 36,1% des MG de notre étude, les patients de plus de 75 ans représentaient plus de la moitié de leur patientèle. Durant les années futures, nous pouvons émettre l'hypothèse que ce nombre va progressivement augmenter avec le « Papyboom ». L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) prédit que la population de plus de 75 ans aura doublé en 2070, soit une augmentation de 8 millions du nombre de patients âgés (3). Il est important de noter que cette étude ne prend pas en compte l'épidémie du coronavirus que nous vivons actuellement et le changement démographique que cela peut occasionner.

Il est primordial que les futurs praticiens en médecine générale soient parfaitement formés à la prise en charge des patients âgés.

De par son rôle central le MG doit à la fois dépister les maladies chroniques, coordonner les soins et les intervenants et parfois adresser le malade à un confrère spécialiste. Chez le patient gériatrique, en plus de ses missions de soins classiques le MG doit aussi savoir repérer les critères de fragilités, la perte d'autonomie et les facteurs de risques socio-économiques afin de mettre en place un plan d'action personnalisé de santé (2).

La relation de confiance établie entre le MG et le patient avec sa famille facilite la discussion autour des diagnostics ou des prises en charges complexes et l'adhérence au plan de soins (7). En effet, comme l'explique une thèse réalisée en 2016, les patients sont proches de leurs MG : « un interlocuteur privilégié qui le connaît et le suit », « moins un numéro chez son médecin généraliste que chez le spécialiste ». Pour les patients, il s'agit d'un médecin qui « le connaît bien » et qui a une « bonne connaissance du milieu familial », « du parcours du patient et de son histoire de vie ». La proximité est rassurante pour les patients (8).

De plus, le MG est le principal médecin qui réalise des visites à domicile et peut donc évaluer l'environnement du patient. Ces visites permettent de favoriser le maintien à domicile, de diminuer les hospitalisations et donc les dépenses de santé. De plus, elles diminuent le taux de mortalité chez les personnes âgées (9). Des études ont montré l'efficacité des visites, si les interventions sont multiples, si elles sont l'occasion d'évaluation gériatrique multidimensionnelle et si elles ciblent les personnes à faible risque de décès (10).

Dans notre étude, la réalisation d'un stage en gériatrie était associée à une plus grande satisfaction de la prise en charge globale que les praticiens offraient à leurs patients âgés (95,3% vs 77,9%,  $p = 0,03$ ). Effectuer un semestre en gériatrie durant le DES de médecine générale permet de se confronter aux pathologies du vieillissement et à leur prise en charge, au dépistage de la fragilité ou encore à la réflexion sur la polymédication et sur la iatrogénie qu'elle entraîne. Une thèse s'intéressant à la formation de pédiatrie des internes de médecine générale rapporte qu'un stage hospitalier est complémentaire des stages ambulatoires. Le fait qu'il s'agisse d'une formation délivrée par des pédiatres permet un enseignement de la pathologie pédiatrique sur le terrain (11). De la même façon on peut supposer qu'un semestre en gériatrie apporte un savoir-faire supplémentaire car les internes y reçoivent une formation pratique auprès de spécialistes en gériatrie.

L'encadrement par des spécialistes est d'autant plus important que les aspects pratiques de la gériatrie ne sont pas assez enseignés durant notre formation théorique (externat et internat). Une thèse amiénoise a analysé les conditions de prise en charge par les médecins généralistes des patients âgés dépendants (PAD). Sur 49 médecins interrogés, 72,9% rencontraient des difficultés dans la prise en charge de la PAD : 92 % d'entre eux décrivaient des difficultés face aux pathologies des PAD et 91% des difficultés face à leur orientation vers des structures adaptées. 22% des médecins en difficultés estimaient manquer de formation spécifique sur la prise en charge de la dépendance (5).

Nous pouvons également penser que les participants ayant effectué un semestre en gériatrie sont plus satisfaits de leur prise en charge grâce à une meilleure relation avec la filière gériatrique locale suite à leur expérience dans une de ces structures. Ceci pourrait être évalué dans un travail ultérieur. La filière gériatrique a récemment été structurée autour du patient âgé. Son but est de permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale globale. Elle doit répondre à la fois aux besoins de proximité mais aussi permettre un accès au plateau technique, tout en prenant en compte les aidants proches. Le médecin traitant intervient à travers cette filière : il réalise le suivi au quotidien, en consultation, à domicile ou en EHPAD et adresse les patients quand il le juge nécessaire aux différents services de la filière (12).

Cette étude montre également que l'auto-évaluation des MG concernant leur prise en charge du syndrome confusionnel et des troubles neurocognitifs est plus satisfaisante lorsque le MG a réalisé un semestre en gériatrie. En effet, le syndrome confusionnel et les différentes

particularités de cette pathologie font partie du quotidien d'un service de gériatrie aigue. Les aspects pratiques de sa prise en charge sont parfois difficiles à conceptualiser durant la formation théorique. Une thèse montpelliéraine a mis en évidence une connaissance globalement assez faible des moyens de détection du syndrome confusionnel et une méconnaissance des échelles diagnostiques validées auprès de 249 médecins généralistes d'Occitanie (8). Un autre article rapporte que la confusion sous sa forme hypoactive semble sous diagnostiquée malgré une fréquence importante et un plus mauvais pronostic (13).

Concernant les troubles neurocognitifs, il s'agit également d'une prise en charge fréquente dans un service de gériatrie du fait de sa forte prévalence chez la personne âgée. Une étude épidémiologique réalisée en 2019, rapporte un taux de prévalence des troubles cognitifs de 40% après 60 ans et 180% après 75 ans (14). Si le diagnostic et le bilan étiologique des pathologies de la mémoire relèvent plutôt des services ambulatoires (HDJ, consultation), la prise en charge des troubles psycho-comportementaux est souvent réalisée en médecine aigue ou en unité cognitivo-comportementale (UCC).

Avec le vieillissement de la population, le médecin généraliste va être de plus en plus confronté aux troubles neurocognitifs, la formation doit donc s'adapter. Une thèse qualitative réalisée auprès de 18 médecins généralistes et 10 médecins spécialistes exerçants en centre de la mémoire conclue à la nécessité d'une formation adaptée car le MG garde un rôle important dans le dépistage et la prise en charge des pathologies de la mémoire (15).

A l'opposé, l'auto-évaluation de la prise en charge sociale des patients âgés en médecine libérale était plus satisfaisante lorsque les MG n'avaient pas fait de stage en gériatrie (85,7% vs 59,4%,  $p = 0,0005$ ). Le MG s'inscrit dans un réseau de soins primaires avec des infirmiers diplômés d'état (IDE), des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des assistants sociaux (via des centres communaux d'actions sociales (CCAS) par exemple) et des prestataires de service (aides à domicile, livraison de repas, etc.). Il est l'interlocuteur privilégié des familles notamment lorsqu'il est nécessaire de réaliser les certificats de demandes d'allocation personne âgée (APA) ou de dossier d'EHPAD car en plus de connaître l'état clinique, il connaît l'environnement de son patient (1). Si un semestre en gériatrie permet une meilleure connaissance des différentes aides sociales existantes, ce sont généralement les assistants sociaux et non les internes qui prennent en charge ce genre de problématiques au sein d'un service hospitalier. Les participants étant passés en gériatrie peuvent également constater un décalage entre ce qu'il faudrait faire pour une prise en charge optimale et la réalité du terrain. C'est principalement l'expérience acquise sur le terrain,

au fur-et-à-mesure des situations sociales complexes rencontrées qui permet aux MG d'être satisfaits de leur prise en charge sociale.

Ce travail n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes de participants concernant les auto-évaluations de la prise en charge des décompensations d'organe. En effet, une décompensation d'organe relève d'une prise en charge de médecine générale. Quel que soit l'organe et l'âge, les MG sont en première ligne et réalisent les premières adaptations thérapeutiques pour rééquilibrer le patient, l'adressant aux spécialistes seulement en cas d'échec. La prise en charge de ces décompensations d'organes est rencontrée durant tout l'internat du MG que ce soit durant les stages ambulatoires, les stages d'urgence ou les stages de médecine adulte.

De la même façon, nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les groupes dans l'auto-évaluation de la prise en charge des patients en fin de vie. Si, durant son semestre en gériatrie, l'interne de médecine générale va prendre en charge des patients en fin de vie, le milieu hospitalier a permis des moyens humains et thérapeutiques qui ne sont pas aussi facilement accessibles à domicile. Là aussi, l'expérience durant les stages chez le praticien peut paraître plus pertinente. La fin de vie à domicile est un sujet de plus en plus d'actualité. Une étude de l'institut française d'opinion publique (IFOP) montre que les patients souhaitent de plus en plus être accompagnés à domicile pour terminer leurs jours (81 % en 2010). En 2016 26% des décès sont survenus à domicile et 13,5%% en EHPAD (16)(17). Devant ces chiffres, nous pouvons supposer que le médecin traitant sera de plus en plus sollicité.

Enfin, concernant les pathologies neurosensorielles, l'absence de différence peut s'expliquer par le fait qu'il y a très peu d'hospitalisation pour ce motif et qu'il s'agit le plus souvent d'une prise en charge par le spécialiste d'organe (ophtalmologue ou ORL) après un dépistage par le MG.

Dans ce travail, 45% des participants avaient réalisé un stage de gériatrie au cours de leur DES et parmi eux 80% l'avaient choisi pour améliorer leurs pratiques. La volonté de la part des futurs MG d'accroître leurs connaissances est visible à travers ces chiffres. Une étude observationnelle réalisée en Midi-Pyrénées portant sur l'évaluation gériatrique montre une satisfaction des MG lorsqu'on leur offre la possibilité de compléter leur formation (18).

Notre étude retrouve que 14% des MG n'ayant pas effectué de stage et 28 % des MG ayant réalisé un stage gériatrique ( $p=0,042$ ) avaient fait ou envisageaient une formation complémentaire en gériatrie. Même si ces chiffres sont bas, ils permettent de supposer qu'un semestre de gériatrie

a permis une ouverture d'esprit sur la formation gériatrique mais cette différence peut également être en lien avec une appétence plus importante pour la gériatrie dès le début de l'internat. Une étude qualitative réalisée auprès des MG sur leur formation durant le cursus complet (internat et externat) montre qu'il faut privilégier la complémentarité entre la formation pratique et théorique. Cette étude réalisée à Brest montre l'intérêt du stage couplé ambulatoire et hospitalier, qui apporte à la fois une formation spécialisée et la mise en pratique en libéral avec une formation donnée par les professionnels du soins ambulatoires que sont les médecins généralistes (19).

L'ajout d'un stage « santé de la personne âgée » dans la maquette du DES de médecine générale permettrait de répondre aux demandes des participants concernant la formation pratique.

Au sujet de la maquette du DES, 83% des participants étaient pour l'intégration d'un stage « santé de la personne âgée » dans le DES. Seulement, la maquette actuelle ne permet qu'un semestre libre ou deux selon les régions, et chaque stage paraît indispensable à la formation de MG. 35,46% des MG estiment que le stage de gériatrie pourrait remplacer le stage de médecine polyvalente tandis que 13,47% des MG pensent qu'il pourrait remplacer le stage de « santé de la femme ». Par contre pour 28,36% des MG pensent qu'un semestre en gériatrie ne serait possible que si la maquette du DES passait à 4 ans.

### Forces de l'étude

Nous avons obtenu un grand nombre de réponses grâce à la simplicité du questionnaire, avec une échelle numérique simple qui permet une facilité d'utilisation que ce soit pour les participants ou pour la construction de l'étude. De plus, il s'agit d'une étude multicentrique.

Le nombre de réponse démontre également l'intérêt que porte la population cible (internes ou médecins) sur la question de la pratique de la gériatrie en médecine générale et la formation médicale gériatrique.

### Limites et biais

Nous pouvons mettre en évidence certaines limites à ce travail. La première est liée au recrutement. En effet, nous n'avons pas réalisé de tirage au sort et donc seuls les participants inscrits à des groupes d'internes, de remplacements ont été sollicités (biais de volontariat).

Le second biais est un biais de déclaration, les participants ayant répondu à l'enquête pouvaient avoir une sensibilité plus importante concernant la pratique de la gériatrie en médecine générale et son enseignement durant le DES.

D'autres critiques peuvent être faites vis-à-vis de la population étudiée. Il s'agissait d'une population jeune car nous souhaitons seulement interroger les MG ayant passé l'ECN, établi en 2004, afin de pouvoir les questionner sur la « maquette » du DES. La moitié des participants étaient des internes de médecine générale encore en formation mais ayant réalisé leur semestre chez le praticien et leur semestre de médecine adulte. Ils n'avaient donc qu'une expérience limitée en médecine libérale mais étaient possiblement plus concernés aux questions autour de la formation.

Par ailleurs, ce travail reste descriptif et le NSN n'a pas été atteint et nous avons seulement réalisé une analyse bivariée.

Enfin, l'analyse statistique est réalisée en bilatérale et non en supériorité. De plus, même si les deux groupes sont comparables, il serait intéressant de réaliser une analyse en sous-groupe ajustée sur les différents critères de l'échantillon de population pour être sûr que l'âge, ou encore que le sexe n'influence pas les auto-évaluations.

Il est à noter que cette étude a été réalisée durant la période de COVID, la surcharge de travail des médecins généralistes a pu diminuer le nombre de réponses au questionnaire. De plus, l'épidémie actuelle a pu modifier les modalités de prise en charge médicale, sociale et éthique autour de la PA.

## Conclusion

Avec l'évolution démographique de la population, le médecin traitant sera de plus en plus confronté à la prise en charge de la personne âgée. Il s'agit d'une prise en charge variée avec de nombreuses spécificités. Les MG estiment, à travers de nombreuses études, qu'ils doivent être mieux formés. Dans cette étude, la réalisation d'un semestre en Gériatre est associée à une plus grande satisfaction des MG dans leur prise en charge globale du patient gériatrique. S'il est également associé à une plus grande satisfaction de leur prise en charge du syndrome confusionnel et des troubles neurocognitifs, il n'améliore pas leur auto-évaluation dans la prise en charge des décompensations d'organe, des déficiences neurosensorielles ou lors d'une fin de vie. A l'opposé, les MG ayant réalisé un stage en milieu gériatrique sont statistiquement moins satisfaits de leur prise en charge sociale.

87,5% % des MG ayant réalisé un stage et 80,5 % des MG n'ayant pas réalisé de stage sont en faveur de l'ajout dans la maquette d'un stage « santé de la personne âgée », mais la réflexion autour des modalités de cet ajout nécessite d'être poursuivie.

## Références bibliographiques :

1. Houiller A. Le médecin généraliste peut-il être recours principal du dispositif d'annonce et d'accompagnement des maladies graves non cancéreuses ? [These de médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
2. Riolacci N. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? France: Haute autorité de santé (HAS); 2013 déc.
3. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. Montrouge: INSEE; 2016 nov [cité 7 juin 2021]. (Collection INSEE Première). Report No.: 1619. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. Boisguérin B, Delaporte A, Gateaud G, Jabri K, Seimandi T, Richet J. En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. Etudes Résultats [Internet]. sept 2020;(1164). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1164.pdf>
5. Crozat MA. Prise en charge de la personne âgée dépendante par les médecins généralistes amiénois : difficultés, pratiques et solutions [These de médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
6. Ahmed NN, Farnie M, Dyer CB. The Effect of Geriatric and Palliative Medicine Education on the Knowledge and Attitudes of Internal Medicine Residents: Geriatric palliative education. J Am Geriatr Soc. janv 2011;59(1):143-7.
7. Ruzniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. Laennec. 5 juin 2012; Tome 60(2):24-37.
8. v
9. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality—A randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. nov 2012;55(3):639-44.
10. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. JAMA [Internet]. 27 févr 2002 [cité 21 juin 2021];287(8). Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.287.8.1022>
11. Massot J, Chapeau V. Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Grenoble sur leur stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier [These de médecine générale]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020.
12. Lelièvre D. circulaire n°dhos/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. 2007.
13. Zarate-Lagunes M, Lang P, Zerky D. Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés

d'un diagnostic facile. Rev Med Suisse. 5 nov 2018 ;6(178):2392-7.

14. Rochoy M, Chazard E, Bordet R. Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2019 ;17(1):99-105.

15. Huynh L. Place du médecin généraliste dans le diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs en ville : visions croisées des médecins généralistes et spécialistes en Ile de France [Thèse de médecine générale]. [Faculté de Médecine PARIS DESCARTES]; 2018.

16. Observatoire national de fin de vie. Fin de vie à domicile, vivre la fin de vie chez soi. Observatoire national de fin de vie ; 2010.

17. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. INSEE - Focus - [Internet]. 12 oct 2017 [cité 30 août 2021]; division Enquêtes et études démographique(95). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>

18. Legrand L. État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin de santé lourdaise. [Thèse de médecine générale]. [Faculté de Médecine de Ranguel]: Université toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

19. Ogor E. Étude de l'adéquation entre la formation médicale initiale et la pratique quotidienne de la médecine générale ambulatoire : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de spécialistes en médecine générale diplômés à la faculté de Brest [Thèse de médecine générale]. [Brest]: Université de Brest-Bretagne Occidentale; 2014.

## *Annexe 1 – Questionnaire diffusé*

Formation Gériatrique durant le DES de médecine générale :

Avec l'arrivée du baby-boom nous serons de plus en plus confrontés dans notre pratique future à la prise en charge de patients âgés poly-pathologiques ou fragiles. La nécessité d'être formé au même titre que la pédiatrie ou de la gynécologie paraît nécessaire.

J'aimerais à travers ma thèse faire le point et avoir votre avis sur l'intérêt d'un semestre en milieu gériatrique dans votre pratique quotidienne de la médecine générale.

Attention : si vous n'avez pas passé les ECN ou si vous êtes interne en première ou deuxième année, le questionnaire ne vous concerne pas. Merci pour votre intérêt malgré tout.

Durée : 3 min à 5min environ

Vos réponses sont anonymes.

Partie I :

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

- Réponse courte

3. Dans quel milieu exercez-vous ? :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

4. Vous êtes :

- 3<sup>ème</sup> de DES de Médecine Générale
- Médecin généraliste remplaçant ou installé ayant passé les ECN
- Médecin généraliste n'ayant pas passé les ECN (Exclusion)
- Médecin généraliste exerçant dans une structure telle que : Hôpital, SSR, EHPAD (exclusion)

5. Dans quelle subdivision avez-vous réalisé votre internat ?

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| ▪ Amiens            | ▪ Nancy        |
| ▪ Angers            | ▪ Nantes       |
| ▪ Besançon          | ▪ Nice         |
| ▪ Bordeaux          | ▪ Océan Indien |
| ▪ Brest             | ▪ Paris        |
| ▪ Caen              | ▪ Poitiers     |
| ▪ Clermont- Ferrand | ▪ Reims        |

- Dijon
- Grenoble
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Martinique – Pointe à Pitre
- Montpellier-Nîmes
- Rennes
- Rouen
- Saint Etienne
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours

6. A combien estimez-vous le pourcentage de personnes âgées (>75 ans) dans votre patientèle ou durant vos stages (De 0 à 100%) ?

- <25%
- Entre 25 et 50 %
- Entre 50 et 75 %
- >75 %

7. Durant votre internat, avez-vous fait un stage en milieu gériatrique ?

- Oui
- Non

## Partie II Auto-évaluation

1. En Cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous **votre prise en charge** globale de vos patients âgés ? :

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

2. En Cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre prise en charge **d'un syndrome confusionnel** chez vos patients âgés ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

3. En Cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre prise en charge **d'une démence ou d'un trouble cognitif** chez vos patients âgés ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

4. En cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre **prise en charge sociale** chez vos patients âgés ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

5. En cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre prise en charge d'une **pathologie neurosensorielle** chez la personne âgée ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

6. En cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre prise en charge d'une **décompensation d'organe** chez la personne âgée ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

7. En cabinet de médecine générale, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), comment évaluez-vous votre prise en charge d'une **fin de vie** chez la personne âgée ?

(Pas du tout satisfait) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très satisfait)

Partie III Si vous avez fait un stage en gériatrie :

1. Dans quel domaine avez-vous fait votre stage en gériatrie ?

- EHPAD
- SSR/USLD
- Service de médecine aigue
- HDJ/Consultation
- Encadrement par un gériatre dans un autre contexte (urgence...)

2. Qu'est-ce qui vous a principalement motivé à choisir ce stage en milieu gériatrique ?

- Améliorer votre formation théorique des pathologies gériatriques
- Améliorer sa relation avec la personne âgée
- Car vous envisagiez sur une surspécialisation en gériatrie (une capacité, un DESC)
- Autre (Dernier choix, Stage à charge de travail léger, pour raison géographique)

Partie IV : Avis concernant la formation en gériatrie durant le DES

1. Avez-vous envisagé ou réalisé une formation complémentaire en gériatrie (DU, FMC) ?

- Oui
- Non

2. Durant le DES de MG, pensez-vous qu'un stage à orientation gériatrique soit :

- Inutile
- Peu utile
- Utile
- Très utile
- Sans avis

3. Pensez-vous que le stage en gériatrie doit-être obligatoire dans la maquette de DES ?

- Oui seulement si l'internat passe à 4 ans
- Oui dans le cadre du stage de médecine polyvalente
- Oui en remplacement du stage des urgences
- Oui en remplacement du stage santé de la femme
- Oui en remplacement du stage santé de l'enfant
- Oui en remplacement du stage SASPAS
- Non

4. Avez-vous des remarques, envies particulières concernant la formation gériatrique durant l'internat ? (Réponse ouverte)

*Annexe 2 : Réponses des participants classés par thème concernant la question : « Avez-vous des remarques, envies particulières concernant la formation gériatrique durant l'internat ? »*

Participant 1 : « Je remplacerai le semestre de santé de la femme par un semestre choix libre avec la possibilité de choisir le stage de gériatrie ou autre »

Participant 2 : « Je trouve qu'une formation gériatrique est fondamentale pour la médecine générale à venir »

Participant 3 : « oui, je pense qu'il faudrait soit des cours, soit des stages en gériatrie ou en consultation de gériatrie (couplé/pendant le stage ambulatoire par exemple), en EHPAD ...ça me semble indispensable »

Participant 4 : « Peut-être un mixte entre ambulatoire et hospitalier »

Participant 5 : « Ouvrir des postes, permettre le choix mais ne pas rendre obligatoire forcément ».

Participant 6 : « Je suis convaincu qu'il faut renforcer la formation gériatrique pour les généralistes, mais sans léser le reste de la formation ».

Participant 7 : « Précision pour la dernière question : Stage de gériatrie à intégrer dans la maquette en remplacement d'un des stages SASPAS (on en a 2 obligatoires en dernière année à Toulouse)

A noter qu'à Toulouse, nos choix de stages de médecine po sont assez orientés gériatrie pour la plupart ».

Participant 8 : Proposition : « 3 mois de médecine gériatrique, 3 mois de médecine adulte/polyvalente/post-urgence. 3 mois de gynécologie/3 mois de Pédiatrie »

Participant 9 : « J'ai énormément appris durant mon stage de gériatrie. Surtout sur les pathologies neuro et psychiatriques, prise en charge sociale etc. Mais la prise en charge est plus optimale en hospitalier. En libéral, c'est difficile d'accorder assez de temps pour les personnes âgées qui pourtant en ont besoin ».

Participant 10 : « On fait déjà beaucoup de gériatrie aux urgences, en médecine interne, en cabinet...par contre de la dermatologie, de la rhumatologie, ça manque à la formation »

Participant 11 : « Ne pas forcément imposer un stage de 6 mois en gériatrie. Peut-être avoir des formations complémentaires / cours lors de passage dans des services avec une part importante de patients gériatriques (médecine polyvalente, cardio...) »

Participant 12 : « Ce serait bien de garder le peu de liberté qu'on a sur notre seul stage libre »

Participant 13 : « Stage indispensable »

Participant 14 : « Stage indispensable »

Participant 15 : « Nous n'avons pas assez de cours sur la prise en charge en pratique de la formation gériatrique en tant qu'interne notamment en soins palliatifs. La plupart des cours rabâchent des définitions que l'on peut trouver dans les livres, HORS, il faudrait savoir quoi faire en pratique dans une situation de fin de vie par exemple (quand mettre les morphiniques, quelles doses etc.). Par ailleurs il serait intéressant de passer quelques jours en hôpital de jour gériatrique pour voir des bilans de chutes, des bilans mémoire etc. ».

Participant 16 : « Non »

Participant 17 : « Je pense qu'il serait pertinent d'engager une voie moins "cloisonnée" de l'internat de médecine générale. Quelle est la pertinence d'obliger les internes à faire à minima 6 mois de gynécologie alors que beaucoup d'entre eux verront des pathologies dermatologiques ou gériatriques bien plus fréquemment (certains ne faisant même pas de gynécologie) ? Nous devrions avoir plus le choix : pas de stage de spécialité imposé, choix plus important dans les choix de stages (ce qui augmenterait notre intérêt dans les stages et éliminerait les stages non formateurs) ... Bref, tout un travail compliqué dans un monde où les départements de médecine générale sont obtus ».

Participant 18 : « Formations à la prise en charge neuro-gériatrique et fin de vie »

Participant 19 : « Le syndrome confusionnel étant un motif d'hospitalisation en urgence, il est difficile d'évaluer sa prise en charge en cabinet ».

Participant 20 : « La gériatrie on en voit dans plein de stages de médecine ! »

Participant 21 : « Des cours pour auto formation en ligne seraient je pense aussi utiles et moins contraignants »

Participant 22 : « cela serait intéressant de laisser le choix de remplacer la gynécologie par la gériatrie, selon les appétences de l'interne »

Participant 23 : « Peut-être faire des Mix 3 mois gériatrie 3 mois médecine polyvalente comme pour la pédiatrie /gynécologie tant que l'internat de médecine générale dure 3ans »

Participant 24 : « Importance de l'évaluation gériatrique standardisée et du dépistage de fragilité qui n'est qu'insuffisamment enseigné à la fac ».

Participant 25 : « Pour ma part, j'ai fait une formation en SAS PAS avec une journée en gériatrie consultation et HDJ. J'ai trouvé cela très intéressant et instructif, ça m'a permis d'être un peu plus à l'aise avec la gériatrie, même si ce n'est pas suffisant à mon sens »

Participant 26 : « Ce stage pourrait être une alternative au stage santé de la femme pour les internes peu intéressés par la gynéco »

Participant 27 : « en passant dans les services obligatoire dans la maquette de médecine générale à Montpellier nous prenons en charge un grand nombre de personnes âgées je ne pense pas souhaitable que l'internat passe à 4 ans (les internes sont déjà assez maltraité.e.s et exploité.e.s pendant 3 ans) la maquette de médecine générale est déjà très remplie, je pense que laisser un peu de place pour quelques stages libres n'est pas plus mal, je suis contre le fait de la rendre obligatoire, et ce d'autant plus qu'on voit tous.te.s des personnes âgées pendant nos stages. - peut-être que mon point de vue est biaisé par le fait de travailler en ville et d'avoir plusieurs services de gériatrie autour de moi, qui rende l'accès à la gériatrie facile dès qu'on en a besoin (sur le "vous êtes un homme/une femme"), il serait plus inclusif de rajouter "autre : ...." merci) »

Participant 28 : « j'ai fait une formation sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, c'était vraiment précieux et enrichissant »

Participant 29 : « Stage de cardio/neuro réalisé pour ma part en hôpital périphérique donc beaucoup de gériatrie au final + stage en soins palliatifs aidant pour la fin de vie. Pratique urbaine avec CH et service de gériatrie facilement disponible pour bilan/hospitalisations. Difficultés plus au niveau social pour les aides financières et humaines à domicile lors de la perte d'autonomie ».

Participant 30 : « Envie d'apprendre les particularités sur les prescriptions médicamenteuses »

Participant 31 : « ce serait bien que ce soit obligatoire mais pour cela il faudrait ouvrir plus de stages. Le nombre de stage actuel ne permet pas de passer systématiquement en gériatrie »

Participant 32 : « Le DES d'urgence devrait également avoir un semestre obligatoire en gériatrie »

Participant 33 : « A noter qu'à Rennes, la maquette est un peu différente : on fait un stage couplé 3 mois gynécologie/pédiatrie donc 2 stages « Soma » la plupart des internes passent donc 6 mois en médecine polyvalente et 6 mois en Gériatrie. Cordialement »

Participant 34 : « Plus de cours adaptés à la prise en charge gériatrique (iatrogénie...) »

Participant 35 : « Un cours en e-learning »

Participant 36 : « Formation complémentaire disponible à la faculté »

## 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.*

**Titre :** Auto-évaluation de la prise en charge de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude de l'impact d'un semestre de gériatrie durant l'internat.

Résumé :

**Introduction :** Le médecin généraliste (MG) est de plus en plus en confrontation au suivi des patients âgés (PA). Le Diplôme d'études spécialisées (DES) doit le préparer aux prises en charges (PEC) gériatriques.

Notre objectif était d'analyser l'impact d'un semestre de gériatrie sur l'auto-évaluation des MG de leur PEC globale du PA.

**Méthode :** Étude descriptive quantitative basée sur un auto-questionnaire diffusé en France de janvier à juin 2021 auprès de MG et d'internes en 3<sup>ème</sup> année de DES.

**Résultats :** 141 questionnaires ont été analysés. 48,9% des participants étaient des internes, 51,1% des MG. L'âge moyen était de 29,1 ans. 36,2% des participants avaient plus de 50% de PA dans leur patientèle. 64 (45,6%) participants avaient réalisé un stage gériatrique, 95,3% d'entre eux étaient satisfaits de leur PEC gériatrique globale contre 77,9% des praticiens n'ayant pas réalisé le stage ( $p = 0,003$ ). Le stage permettait une meilleure auto-évaluation de la PEC des troubles neurocognitifs (68,8% vs 52,0%,  $p = 0,042$ ) et du syndrome confusionnel (81,3% vs 61,0%,  $p = 0,0089$ ). 97,2% des participants estimaient qu'un stage de gériatrie durant le DES était utile ou très utile et 83,7% étaient favorables à l'intégration d'un stage « santé de la personne âgée » dans le DES.

**Conclusion :** Dans ce travail, un stage de gériatrie était associé à une meilleure auto-évaluation des praticiens concernant leur PEC globale des PA. Ce travail encourage l'intégration d'un semestre de gériatrie dans la maquette du DES de médecine générale, mais les modalités restent à définir.

**Mots-Clés :** Formation Gériatrie, Vieillissement population, 3ème cycle des études médicales, Internat, auto-évaluation