

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA
SANTÉ

ANNEE : 2021

N° : 183

THESE
PRESENTÉE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

Tiffany CAPRON

Née le 2 juin 1989 à Saint-Martin Boulogne

La Personne âgée en médecine générale :

Représentations des internes et besoins en formation

Etude qualitative par focus group

Président de thèse : Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de thèse : Docteur Fabien ROUGERIE

Liste des Professeurs et Maîtres de conférences de la

Faculté de médecine de Strasbourg



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

1 FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)**
- **Doyens honoraires : (1976-1983)**
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. GOICHOT Bernard
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LÜDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms		CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie	
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation	
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire	
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)	
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie	
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)	
CLAVERET Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)	
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)	
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie	
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie	
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie	
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie	
DERUELLE Philippe P0189	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique	
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)	
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)	
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie	
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique	
FAITOT François P0215	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale	
FALCOZ Pierre-Ermanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie	
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale	
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)	
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie	
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)	
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire	
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile	
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie	

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julia M0114 / P0209	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP0 CS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacia
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	* Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUVERE Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULLEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-HP)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLOUDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DAL-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01	Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03	Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04	Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01	Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre		45.01 Bactériologie-Virologie : hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0089	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre		47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGHER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Prs RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, 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.

Admise à 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 les crimes.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach,

Vous me faites le grand honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie pour votre aide précieuse, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, les corrections que vous y avez apporté, les conseils que vous m'avez dispensés. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect le plus profond.

A Monsieur le Professeur Thomas Vogel,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de faire partie des membres de ce jury. Vous avez été mon mentor lors de mes premiers pas d'interne, j'ai appris auprès de vous la rigueur et la passion qu'exige cette discipline qu'est la gériatrie, elles ont guidé mon parcours en médecine générale jusqu'à aujourd'hui et je pense pour le reste de ma carrière. Je vous en serais toujours reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Emmanuel Andres,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'être membre de ce jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Fabien Rougerie,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée ces deux dernières années dans ce travail en dépit des nombreux obstacles qui se sont dressés face à nous. Vos corrections et vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Je souhaiterais vous exprimer toute ma reconnaissance.

Aux participants des groupes de discussion,

Vous m'avez accordé votre confiance, votre temps. Je vous remercie infiniment d'avoir partagé avec moi vos réflexions et vos doutes, ils font la force de ce travail, l'humanité que je voulais y apporter. Rien n'aurait été possible sans vous. Merci.

Aux nombreux membres de MAIA, PRAG, secrétaires universitaires et bien d'autres encore,

Je vous remercie infiniment pour votre gentillesse, la patience dont vous avez fait preuve face à mes nombreuses sollicitations et vos réponses qui m'ont éclairée dans mes multiples questionnements.

A « mes petites mains »,

Mathieu, Ségolène, Maman, c'est un peu votre thèse à vous aussi.

A Maman et Papa, à qui je dois tout et sans qui je ne serais rien.

Votre amour, votre travail et vos sacrifices ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Les valeurs profondes que je défends, je vous les dois. Et même si nous ne sommes pas toujours en accord quant à nos visions respectives du monde qui nous entoure, je sais que je peux toujours compter sur votre soutien dans les projets que j'entreprends. Vous étiez, êtes et serez l'un des piliers fondateurs de ma vie.

A Mathieu,

Nous nous sommes rencontrés il y a près de quatre ans et il me semble pourtant t'avoir toujours connu. Ton amour, ta patience (et il en fallait !) ont émerveillé mon existence, ton soutien m'a permis de surmonter les moments de doutes, nos réflexions de me projeter au-delà des apparentes réalités. Je me sens plus forte à tes côtés.

A Nathan,

Le chemin a été long mais la voie que tu as décidé de suivre aujourd'hui me remplit de joie et de fierté. Je n'ai aucun doute à ce sujet, tu es fait pour ça !

A ti'nicho,

Ton humour aussi noir soit-il m'a aidé à garder le moral et relativiser les moments difficiles. D'ailleurs tu connais la blague du docteur ?

*« – Docteur, je suis vraiment inquiet. Votre diagnostic est différent de celui votre confrère.
– Oui, je sais, c'est toujours comme ça, mais l'autopsie prouvera que j'avais raison. ».*

A mémé,

Il y a longtemps que tu attends ce moment. Que tu sois présente ou non aujourd'hui, j'espère de tout mon cœur que tu es fière du chemin que je viens d'accomplir et de la voie que je me trace.

A mémère Colin,

Ma plus farouche adversaire au jeu de dada ! Mais seulement après « les Feux de l'Amour » ! Les moments que nous avons partagés font partie de mes plus beaux souvenirs d'enfance.

A pépère,

Tu es parti avant que je ne te dise Au revoir. Mais je n'ai pas de doute, aujourd'hui tu serais fier de moi. Au revoir pépère.

A mémère Annick,

Nous ne nous sommes jamais connues et pourtant le souvenir que tu as laissé à nos proches m'a accompagnée toute ma vie. J'espère être digne de toi.

A Ségolène,

Ton grain de folie a été la première chose qui m'ai attirée chez toi, il m'a redonné le sourire pendant toutes ces années. Mais c'est ton sens du partage et de l'amitié qui sont tes plus grandes qualités, je n'oublierai jamais l'aide et le soutien inestimables que tu m'as apporté dans ce travail de thèse. Merci.

A Gaëlle et Nolwenn,

Nos voyages resteront toujours gravés dans ma mémoire et bien qu'aujourd'hui il soit plus difficile de nous retrouver, vous restez et resterez toujours à mes côtés.

A Lucie,

Tant d'années, tant de bons moments, tant d'épreuves et une certitude : quelles que soient les distances, quels que soient nos parcours de vie, nous serons toujours amies.

A Magali,

Ta simplicité et ton naturel ont toujours été une bouffée d'oxygène pour moi.

A Tiffany,

Ta gaité naturelle et ton franc-parler sont les qualités que j'apprécie le plus chez toi. Conserve-les, toujours.

Table des matières

<i>Introduction</i>	33
I. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?	33
II. La personne âgée dans notre société	34
A. Le culte de l'éternelle jeunesse	34
B. Le coût du vieillissement	36
C. L'impact sur les soignants	40
D. Âgisme et coronavirus	42
E. Le cas n'est pas la généralité	45
F. Conséquences de l'âgisme sur la santé	48
III. Les politiques de santé en faveur des personnes âgées	49
A. Le rapport Laroque et les prémices du vieillissement réussi	49
B. Les politiques de santé actuelles	52
a. Politiques mondiales et européennes	52
b. Politiques nationales	53
c. Politiques locales	55
C. La loi d'adaptation de la société au vieillissement et le nouveau projet de loi	56
IV. Réflexions sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé et ses compétences en la matière	59
A. Les origines de cette thèse, mes difficultés et <i>a priori</i> sur l'âge d'hier à aujourd'hui	59

B.	Le rôle majeur des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées _____	60
C.	Les difficultés des médecins généralistes et internes de médecine générale en France _____	62
D.	La formation magistrale en gériatrie dispensée à la Faculté de médecine de Strasbourg et dans d'autres facultés françaises _____	64
a.	Premier cycle _____	64
b.	Deuxième cycle _____	65
c.	Troisième cycle _____	66
d.	Formation continue _____	67
e.	Réforme des études médicales _____	68
E.	Hypothèses de recherche _____	68
	<i>Matériel et Méthode</i> _____	71
I.	Objectif de la thèse _____	71
II.	Choix de l'étude qualitative _____	71
III.	Choix de la population et méthode de recrutement _____	72
IV.	Présentation des groupes de discussion _____	74
V.	Le Guide d'entretien _____	77
VI.	Retranscription des focus group et analyse _____	78
	<i>Résultats</i> _____	79
I.	Caractéristiques des participants _____	79
A.	Nombre de participants, sexe et âge _____	79
B.	Localisation des facultés de formation durant l'externat _____	80

C.	Semestre en cours et remplacement	80
D.	Maquette d'internat de médecine générale	82
E.	Localisation des sites de stage chez le praticien et de SASPAS	85
F.	Formation	89
G.	Projets professionnels	90
II.	Résultats qualitatifs	91
A.	Point de vue des internes quant à l'exercice de la médecine générale	92
a.	Une médecine appréciée des internes	92
b.	Mais une médecine contraignante	96
c.	Résumé du chapitre	116
B.	La gériatrie en ambulatoire	117
a.	Distinction entre la gériatrie hospitalière et la gériatrie ambulatoire	117
b.	Les représentations des internes quant à la prise en charge de la personne âgée en soins primaires	119
c.	Les représentations des internes quant au patient âgé en ambulatoire	126
d.	Une relation médecin patient très particulière	142
e.	La discrimination liée à l'âge	177
f.	Connaissances et difficultés des internes quant à la prise en charge spécifique du patient âgé dans la pratique quotidienne de la médecine générale	184
g.	Leur retour d'expérience sur la crise sanitaire du coronavirus	203
h.	Résumé du chapitre	207
C.	La formation en gériatrie	212
a.	L'avis des internes quant à leur préparation à la prise en charge du patient âgé	212
b.	Une formation magistrale inadaptée durant l'externat	214
c.	La formation magistrale durant l'internat	215
d.	La formation en stage praticien	216
e.	La formation hospitalière	226
f.	Résumé du chapitre	231

D.	Les besoins en formation en gériatrie des internes et les propositions d'amélioration de leur enseignement _____	232
a.	Faut-il une formation en gériatrie pour les internes ? _____	232
b.	Pourquoi une formation ? _____	233
c.	Ce que devrait contenir cette formation _____	237
d.	Avec qui travailler en partenariat pour créer et dispenser cette formation _____	252
e.	Suggestions d'amélioration de leur formation en gériatrie en dehors du cadre d'une formation théorique _____	254
f.	Résumé du chapitre _____	257
E.	Les suggestions d'amélioration dans la prise en charge du patient âgé en soins primaires _____	259
a.	Des idées pour faciliter la pratique quotidienne de la gériatrie ambulatoire : _____	259
b.	Des idées à intégrer dans les politiques de santé gouvernementales : _____	260
	<i>Discussion</i> _____	263

I.	Représentations de la personne âgée chez les internes de médecine générale, impact des enjeux sociétaux et culturels sur l'expérience de la médecine ambulatoire, influences de la crise sanitaire _____	263
A.	Représentations de la personne âgée _____	263
a.	Ce qu'en dit la littérature _____	263
b.	Ce qui n'a pas été évoqué _____	265
B.	L'herbe pousse-t-elle plus verte ailleurs ? _____	265
a.	Les préjugés concernant la famille des patients âgés _____	265
b.	Représentation de la personne âgée dans les sociétés traditionnelles _____	268
C.	Impact des conditions de travail sur les représentations des internes, leurs performances et leur perception de leur qualité de vie au travail _____	270
D.	Les difficultés du monde médical et leurs conséquences _____	277
E.	La crise sanitaire du COVID-19, un futur incertain et riche en défis _____	280

F.	Que penser de tout cela ? _____	288
II.	Besoins et suggestions des internes en vue de l'amélioration de leur formation et de la prise en charge de la personne âgée _____	290
A.	Les besoins en formation _____	290
B.	Les propositions des internes _____	297
a.	Les visites à domicile _____	297
b.	L'offre en stage de gériatrie pendant l'internat _____	300
c.	Le compagnonnage _____	302
d.	Un nouvel outil informatique et un annuaire _____	304
e.	La création d'une nouvelle consultation de prévention et de dépistage de la fragilité, une sensibilisation du grand public à la perte d'autonomie _____	306
III.	Forces et Limites de cette étude _____	307
A.	Forces de cette étude _____	307
a.	L'étude qualitative et la technique des focus group _____	307
b.	Modératrice et interne _____	308
c.	Caractéristiques des participants : l'âge des participants _____	308
B.	Limites de l'étude _____	309
a.	Le recrutement _____	309
b.	Technique des focus group _____	313
c.	Les limites liées au choix de la méthode de recherche _____	316
	<i>Conclusion</i> _____	319
	<i>Annexes</i> _____	323
	<i>Bibliographie</i> _____	335
	<i>Attestation sur l'honneur</i> _____	373

Tables des Annexes

Annexe 1 : Liste des items ECN traitant du vieillissement _____	323
Annexe 2 : Formation en gériatrie dispensées dans le cadre de l'enseignement théorique des IMG dans les autres facultés de médecine françaises _____	325
Annexe 3 : Liste des diplômes d'université (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU) en gériatrie – gérontologie _____	327
Annexe 4 : Flyers explicatif remis le jour de l'intervention au Séminaire de rentrée de début d'internat 330	
Annexe 5 : Questionnaire quantitatif _____	331
Annexe 6 : Première Grille d'entretien _____	332
Annexe 7 : Grille d'entretien _____	333
Annexe 8 : Liste des offres de stages hospitaliers et ambulatoires à orientation gériatrique pour les internes de médecine générale de Strasbourg en mai 2021 (+ comparaison à l'offre de stage de novembre 2020) _____	334

Table des Illustrations

Figure 1 : Évolution des dépenses de santé avant le décès : part totale des dépenses médicales en 2011	37
Figure 2 : Dépenses de santé moyennes au cours de la dernière année de vie, par type de soins (2013)	37
Figure 3 : Sexe des participants	79
Figure 4 : Faculté d'origine	80
Figure 5 : Répartition des internes en fonction du semestre en cours au moment du focus group	81
Figure 6 : Nombre internes effectuant des remplacements libéraux	82
Figure 7 : Validation du stage praticien	83
Figure 8 : Validation du SASPAS	84
Tableau : Nombre d'internes indiquant des sites de stage praticien et/ou SASPAS présentant une part de la population des 65 ans et plus supérieure à la moyenne française et/ou une APL inférieure à la moyenne française	88
Figure 9 : Répartitions des internes en fonction de leurs projets professionnels	90
Figure 10 : Collaboration scientifique internationale et recherche sur le COVID-19	287

Abréviations

ABRAPA : Association d'aide et de service à la personne du Bas Rhin

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DFASM1 : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 1^{ème} année

DFASM 2 : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 2^{ème} année

DFASM 3 : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 3^{ème} année

DFGSM2 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2^{ème} année

DFGSM3 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3^{ème} année

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de médecine générale

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FO : Formation optionnelle

FST : Formations Spécialisées transversales

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hôpital De Jour

IMG : Interne de médecine générale

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MSU : Maître de Stage Universitaire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SNEMG : Syndicat National des Enseignant de Médecine Générale

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UMG : Unité Mobile de Gériatrie

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

I. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

La question peut paraître surprenante, ce terme ayant été choisi pour figurer dans le titre de ce travail, nous pourrions nous attendre à en connaître une définition parfaite ; or il n'en est rien.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) elle-même ne se risque pas à en donner une définition précise et désigne la personne âgée comme une personne de plus de soixante ans, tout en insistant sur le caractère hétérogène du vieillissement (1,2).

« Personne âgée » et « vieillesse » sont par ailleurs naturellement associées. Le terme « vieillesse » a pour sa part une définition dans le dictionnaire LAROUSSE, il est défini comme « *Dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions ; fait d'être vieux* » ; définition imprécise (qu'est-ce qu'une vie normale ?) et somme toute peu élogieuse ; une seconde définition y est associée : « *Ensemble des personnes âgées* » (3). Cette dernière paraît tout à fait étrange la « personne âgée » n'étant pas définie, désignée la vieillesse comme l'« *Ensemble des personnes âgées* » n'a pas de sens.

Nous n'avons pourtant pas choisi ce terme par hasard. En effet, la « personne âgée » évoque en chacun de nous une image, personnelle et partagée, floue et limpide à la fois, des émotions, des souvenirs positifs ou négatifs, un présent ou un futur, nous n'avons pas besoin de la définir lorsque nous l'évoquons dans nos discussions. Sa représentation est individuelle, construite à partir de notre vécu personnel, de l'accumulation de connaissances biologiques, médicales, politiques, économiques, démographiques ... mais également emprunte d'un imaginaire collectif et culturel témoin des valeurs de nos sociétés. Mais quelles valeurs nos sociétés industrialisées accordent-elles à la personne âgée ?

II. La personne âgée dans notre société

A. Le culte de l'éternelle jeunesse

Nos sociétés industrialisées ne sont pas tendres avec leurs aînés. Être vieux n'est pas bien vu dans un monde où jeunesse et beauté éternelles, remèdes miracles et crèmes de jouvence s'affichent dans tous les médias et sur tous les supports d'informations. La société occidentale actuelle érige la jeunesse en valeur de référence. Jeune, riche et beau sont les nouveaux objectifs d'une vie réussie, propices à l'apparition du jeunisme (4). Le dictionnaire LAROUSSE en donne la définition suivante « *Tendance à exalter la jeunesse, ses valeurs, et à en faire un modèle obligé* » (5).

Le vieillissement y est inesthétique et ne répond pas aux standards de réussite. Les notions de dépendance et de mort y sont souvent associées (6). En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la mortalité infantile ont déplacé la maladie et la mort vers le grand âge et avec elles la peur et les préjugés qui y étaient associés (7-9).

Peur et préjugés sont sources de discrimination, celle liée à l'âge ; nommée âgisme, est l'une des plus tolérée de notre société (10).

Il ne faut pourtant pas croire que les préjugés face au vieillissement sont une caractéristique de nos sociétés modernes. En effet, le Dictionnaire Richelet de 1680 donne la définition suivante du mot « *vieillard* » (celui-ci n'ayant pas à l'époque la connotation péjorative que nous lui donnons actuellement) : « *On appelle vieillard un homme depuis quarante ans jusqu'à soixante-dix ans. Les vieillards sont d'ordinaires soupçonneux, jaloux, avarés, chagrins, causeurs, se plaignent toujours. Les vieillards ne sont pas capables d'amitiés.* » (11)

Il est intéressant de noter que l'entrée dans la vieillesse en 1680, fixée à quarante ans, peut nous paraître à l'heure actuelle totalement aberrante. Nous pourrions nous interroger quant à l'évolution de cet âge d'entrée dans la vieillesse dans l'avenir.

La perception du vieillissement est une question d'époque (d'importants progrès médicaux ont été réalisés ces derniers siècles), de culture, mais également de point de vue et plus particulièrement d'âge.

En 2010, dans le cadre du Concours National des Villes, OpinionWay a réalisé un sondage sur 1032 personnes âgées de 18 ans et plus. Le questionnaire était disponible en ligne, il était nécessaire que les participants sachent se servir d'un outil informatique ; il était donc soumis à un biais de sélection. De plus, ce type d'étude est fréquemment soumis à des biais de confirmation, ses résultats sont donc à relativiser. Toutefois, il est intéressant de relever les réponses fournies à la question d'estimation de l'âge moyen d'entrée dans la vieillesse. Chez les participants de 18 à 24 ans, il était en moyenne de 60,4 ans alors que chez les participants de plus de 60 ans il y était de 75,8 ans. La perception de la vieillesse est différente d'un individu à l'autre, peut-être parce que l'espérance de vie évolue avec le temps, faisant reculer l'âge de la vieillesse au fur et à mesure de l'avancée en âge ou encore en raison de la méconnaissance des plus jeunes de cet âge de la vie (12). En effet, à la question : « *Jusqu'à quel âge vous sera-t-il selon vous possible de faire chacune des choses suivantes... ?* » les participants les plus jeunes estimaient de manière systématique un âge limite inférieur à celui proposé par les participants les plus âgés. Ainsi les 18-24 ans estimaient à 74,6 ans l'âge limite jusqu'auquel ils pourraient continuer à pratiquer une activité artistique alors que les plus de 60 ans l'estimaient à 81,9 ans. De même pour la capacité de voyager, d'avoir des rapports sexuels, de faire du bénévolat dans une association, de faire du sport ou d'avoir une activité professionnelle.

Il est intéressant de noter que 60 % des 18-24 ans estimaient que la dégradation de l'état de santé caractérisait le mieux la vieillesse pour 55% des plus de 60 ans (13). Ces derniers chiffres rappellent à quelle point la santé et son coût sont des sujets importants dans notre société, principalement chez le sujet âgé.

B. Le coût du vieillissement

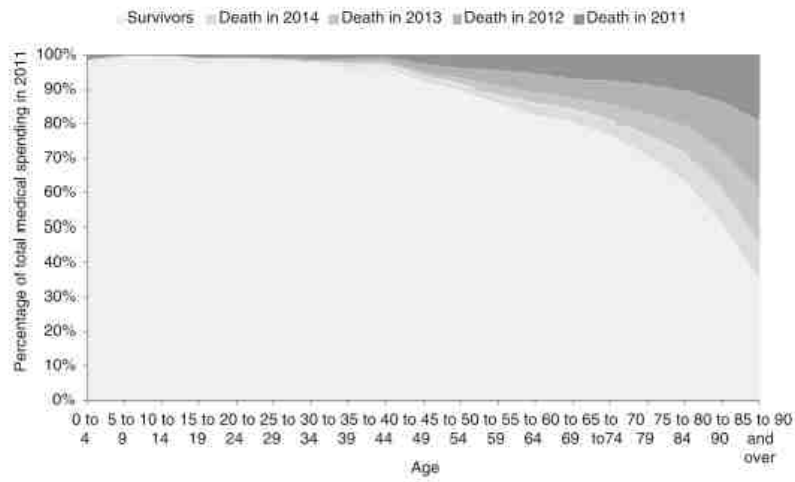
Il est fréquent de voir présenté le vieillissement en termes de coût pour la société.

Un rapport présenté en juin 2017 sur les déterminants à long terme des dépenses de santé en France estimait le vieillissement comme un des facteurs d'augmentation des dépenses publiques de santé (avec les facteurs technologiques : évolution des techniques de soins, changement des pratiques... / les facteurs institutionnels : modification des modes de gestion du système de soins, degré de contrôle de la formation et de l'installation des professionnels... / les facteurs économiques : croissance de la richesse nationale, augmentation du niveau de vie de la population) et la part du vieillissement dans la croissance des dépenses durant la période de 1990 et 1997 était de 17,7%.

L'effet de la prise en charge des morbidités sur les dépenses publiques de santé était considéré jusque-là faible. L'accent était mis sur les coûts associés aux dernières années de vie tous âges confondus, rapportant des dépenses de santé huit fois supérieures à celle d'un individu qui survit (qui ne décède pas dans les trois ans suivant les soins).

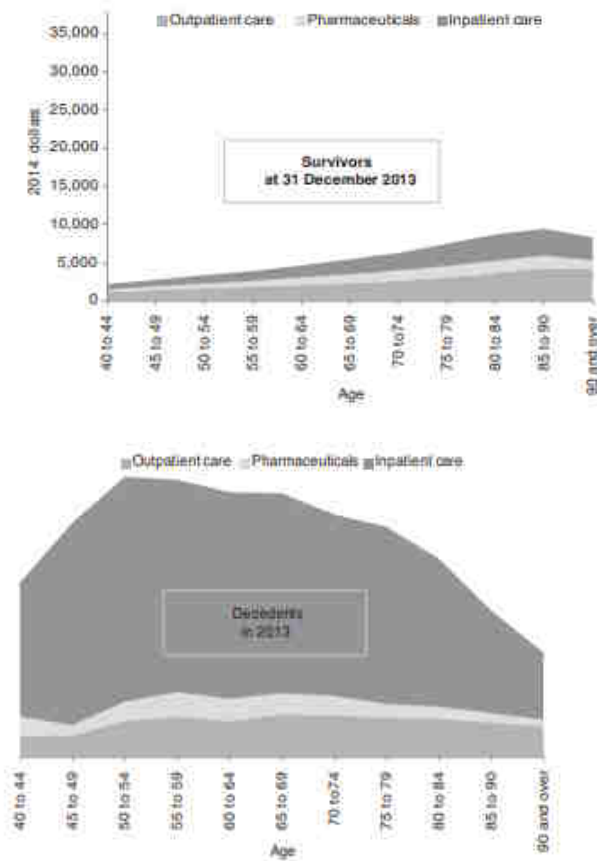
Toutefois, ces dépenses associées aux dernières années de vie étaient moins importantes pour les patients âgés que pour les patients plus jeunes, avec un pic de distribution des dépenses par âge atteint entre 50 et 54 ans pour les personnes décédées et entre 85-89 ans pour les individus qui survivent ; ainsi les personnes âgées de plus de 55 ans bénéficieraient moins de soins coûteux à la fin de leur vie que des patients de moins de 55 ans (14,15).

Figure 1 : Évolution des dépenses de santé avant le décès : part totale des dépenses médicales en 2011



Source: SNIIRAM/EGB-PMSI, 2011 to 2014.

Figure 2 : Dépenses de santé moyennes au cours de la dernière année de vie, par type de soins (2013)



Source: SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013.

Le rapport Concertation Grand âge et autonomie de mars 2019 estimait la dépense publique consacrée à l'autonomie à 30 milliards d'euros soit 1,4% du PIB en 2014 et proposait de l'augmenter à 1,6% du PIB d'ici 2030 (16).

Ces chiffres peuvent paraître impressionnants au regard du grand public, mais à titre d'exemple la Suède a consacré 11,682 milliards d'euros soit environ 2,5% de son PIB au maintien de l'autonomie en 2017 (17).

Alors qu'en 2019, la France consacrait 11,2% du PIB aux dépenses courantes de santé et la Suède 10,9% (18), une étude *Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de l'OCDE* publiée en décembre 2019 montrait que 8,3% des personnes interrogées âgées de 15 ans et plus s'estimaient en mauvaise santé ou en très mauvaise santé en France en 2017 contre 5,7% des personnes interrogées vivant en Suède (19).

Lors du dernier classement mondial s'intéressant à la qualité de vie des personnes âgées en 2015, la Suède se plaçait en 3ème position et la France en 16ème (20). Ce classement s'appuie sur l'indice Global AgeWatch élaboré par « *HelpAge International à partir de données internationales tirés du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Organisation internationale du Travail, de l'UNESCO et du Sondage mondial Gallup* », il s'intéresse à plusieurs domaines intervenant dans la perception d'une qualité de vie satisfaisante et le bien-être des personnes âgées : la sécurité de revenus, l'état de santé, les capacités (les indicateurs de l'emploi et de l'éducation), l'environnement (21).

Ainsi nous pouvons suggérer que faire le choix d'une politique d'intégration des personnes âgées dans la société et y consacrer les moyens nécessaires a un impact réel en termes de santé et de qualité de vie des séniors.

La question de la santé n'est cependant pas la seule à entretenir la stigmatisation de la population âgée en France. Le coût des retraites est un autre point fréquemment débattu.

Le régime des retraites français est fondé sur un principe de solidarité, les cotisations des actifs servant à payer les pensions des retraités actuels (22). Il est fréquemment remis en question lors des différentes réformes des retraites réalisées depuis sa création.

Sur son site internet, le Secrétaire d'Etat chargé des retraites met l'accent sur le déficit du système de retraite depuis de nombreuses années et sur des projections alarmistes pour les prochaines décennies (23). Pourtant, d'après une étude publiée par l'INSEE en août 2015 (ne prend donc pas en compte la prochaine loi de réforme des retraites ni la crise sanitaire du coronavirus), « *la part des dépenses de retraites dans le PIB devrait baisser de manière marquée en France entre 2013 et 2060 (- 2,6 points)* » (24).

Un projet de loi est en cours. Vivement critiqué par le Conseil d'Etat (25,26), il a été adopté par l'Assemblée Nationale en mars 2020 et doit encore passer devant le Sénat.

Celui-ci propose un système universel par accumulation de points (le point ayant une valeur en euros modulable au cours du temps), l'âge de départ légal (sujet sensible et souvent remis en question) reste fixé à 62 ans. Cependant, il est précisé que « *le Gouvernement, en ce qu'il détermine et conduit la politique de la Nation, sera toujours libre de proposer tout projet de réforme ayant des incidences sur les équilibres financiers du système de retraite. Dans ce cas, le Conseil d'administration devra proposer les évolutions des paramètres du système permettant d'atteindre les objectifs de ce projet* », la valeur du point pourrait ainsi être une variable d'ajustement simple à mettre en place. L'âge de départ à la retraite à taux plein serait impossible à anticiper avec pour conséquence des départs retardés : « *Le système universel incitera donc au prolongement de l'activité* » (27,28).

Or en 2018 le taux d'emploi des 55-64 ans n'était que de 52,3%, en dessous de la moyenne de l'OCDE de 61,5% (29). Dans le rapport 2019 du Défenseur des droits, la discrimination à l'âge dans le monde du travail représentait près de la moitié des réclamations (30).

Une réforme des retraites en profondeur n'a pas de sens en l'absence d'une politique forte d'intégration des seniors à l'emploi. Le dernier plan d'action en faveur de l'emploi des seniors est le *Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors 2006-2010* (31) et dont l'impact a été qualifié de « *mitigé* » par l'OCDE à la mi-2012 (32). Edouard Philippe, alors Premier ministre, a

annoncé le 12 juin 2019 un grand plan pour améliorer l'emploi des seniors (33), cependant il n'a pas été rediscuté depuis.

L'image du vieillissement que renvoient nos gouvernements dans leurs politiques de santé et de retraite et les efforts qu'ils sont prêts à y consacrer ont un impact important sur les représentations que se font les sociétés de leurs aînés et la place qu'elles leur accordent. Le personnel soignant, membre actif de ces sociétés, n'est pas insensible à ces représentations et influences négatives du vieillissement (34,35).

C. L'impact sur les soignants

Les préjugés se différencient en deux catégories : explicites et implicites. Les préjugés explicites sont facilement identifiables, contrairement aux préjugés implicites qui s'expriment de manière inconsciente « *et sont souvent en contradiction avec les croyances personnelles. Ils se développent tôt dans la vie à partir de renforcements répétés des stéréotypes sociaux* ». Chaque individu qui a intériorisé les stéréotypes d'âge (positifs ou négatifs) de sa culture est susceptible de faire preuve d'âgisme implicite.

Les soignants ne sont donc pas à l'abri des préjugés. Ceux-ci sont favorisés par l'incertitude et la pression du temps, les formations universitaires se concentrant sur la personne âgée d'un point de vue pathologique renforçant les stéréotypes, mais également par l'étendue de leurs connaissances scientifiques pouvant entraîner une croyance en une objectivité personnelle favorisant les préjugés lors de la prise de décisions (34,35).

Une étude de 2013 s'est intéressée aux préjugés explicites et implicites de quatre groupes d'infirmiers (32 infirmiers d'un service des urgences et 17 infirmiers d'un service pour personnes âgées) et d'étudiants infirmiers (34 étudiants en début et fin d'études). Aucune différence n'a été mise

en évidence concernant les préjugés explicites entre les différents groupes, ce qui suggérerait qu'une exposition répétée aux personnes âgées n'améliorerait pas les comportements positifs à leur égard. Concernant les préjugés implicites, les étudiants infirmiers avaient une attitude plus positive vis-à-vis des personnes âgées que les infirmiers expérimentés, l'hypothèse émise était qu'ils avaient encore probablement une vision idéalisée du métier ou qu'ils cherchaient à faire bonne impression (biais d'auto-présentation). Une expérience de terrain et un contact régulier avec les personnes âgées ne semblent pas améliorer les préjugés liés à l'âge et pourrait même les aggraver au fil du temps. Les auteurs de cette étude mettaient l'accent sur l'importance d'intégrer une vision positive des personnes âgées durant la formation initiale et tout au long de la formation continue (36).

Une autre étude réalisée en 2005 dans deux hôpitaux universitaires de Californie sur des étudiants en médecine de 3^{ème}, 4^{ème} année et des internes, s'intéressait à leurs opinions, croyances, et pratiques médicales envers les personnes âgées. Il en est ressorti un mélange d'opinions négatives (des soins « frustrants » et « ennuyeux ») et positives (sentiment de reconnaissance et empathie) envers la personne âgée, influencées par différents facteurs hétérogènes et souvent conflictuels dont les programmes formels et dits « cachés » dans l'enseignement médical. Les auteurs émettaient l'hypothèse que les préjugés des enseignants sur l'importance qu'ils accordaient à la formation en gériatrie pouvaient influencer négativement l'intérêt des étudiants pour celle-ci. D'autres facteurs s'y ajoutaient comme les exigences médicales sur la rapidité et l'efficacité des soins, ainsi que la représentation du vieillissement comme un problème de dégradation biologique inévitable offrant peu d'opportunités d'intervention (37).

Un âgisme présent dans l'ensemble du monde de la santé. Un éditorial publié dans l'*European Geriatric Medicine* en 2011 rapportait de multiples exemples d'âgisme dans divers domaines du soins au Royaume-Uni : soins primaires, secondaires, santé publique, santé mentale, guides de recommandations, recherches... (38)

Nous pouvons penser que la crise sanitaire du coronavirus, qui a nécessité une mobilisation sans précédent des soignants mais également de toute la communauté, n'a pas amélioré les comportements et pensées âgistes. En effet, l'image de la personne âgée vue comme une charge pour la société s'est enflammée ces derniers mois, la place qu'elle y occupe a été vivement débattue et les comportements ouvertement âgistes se sont multipliés (39–47).

D. Âgisme et coronavirus

L'angoisse et l'incertitude suscitées par la crise sanitaire ont été un terreau fertile au développement et à la diffusion d'idées âgistes au sein de la société.

Le discours âgiste s'est ainsi infiltré jusqu'aux plus hautes sphères.

Dans son discours du 13 avril 2020, le Président de la République, Emmanuel Macron, demandait « *aux personnes les plus vulnérables, aux personnes âgées, en situation de handicap sévère, aux personnes atteintes de maladies chroniques, de rester même après le 11 mai confinées, tout au moins dans un premier temps* », sans préciser le caractère obligatoire ou non de cette requête (48).

Plus récemment, plusieurs membres du Conseil Scientifique Covid-19 ont signé une tribune dans la revue *The Lancet* demandant l'arrêt des mesures de confinement général et la mise en place d'un « *contrat social* » les plus jeunes membres de la communauté s'engageant à respecter les mesures de prévention contre l'infection à la COVID-19 tandis que les plus âgés et vulnérables s'auto-isoleraient (selon certains critères de vulnérabilités non définis dans la tribune) (49). Tous ne l'ont pas signé car des divergences persistent parmi le Conseil sur l'utilité de cette mesure.

Ces discours peuvent paraître légitimes, tournés vers le bien de tous mais la confusion qu'ils engendrent entre âge et fragilité, et l'absence de consensus au sein même des partis et du Conseil Scientifique sont problématiques. De plus, ils ne prennent pas en compte les conséquences parfois

graves d'un confinement sur certaines personnes âgées : isolement lié à l'absence de contacts familiaux et sociaux, perte d'autonomie, défauts de soins, syndromes de glissement... ni de l'augmentation attendue à moyen termes de la morbi-mortalité indirecte de cette crise sur cette population (50–53). D'après le dernier rapport des Petits Frères des Pauvres consacré aux effets du confinement sur nos aînés, 720 000 personnes de plus de 60 ans n'ont eu aucun contact avec leur famille durant le (premier) confinement. Malgré le fait que 87% des personnes âgées ont eu quelqu'un à qui se confier, 650 000 d'entre elles n'ont trouvé personne à qui parler, et 500 000 n'ont pas reçu l'aide dont elles avaient besoin (54).

En réponse à la tribune publié par certains membres du Conseil Scientifique, le Conseil National Professionnel de Gériatrie a exprimé son refus de l'auto-confinement sur le critère de l'âge, et proposé un contrat social fondé sur la solidarité intergénérationnelle, rappelant que les pays qui ont à ce jour le mieux affronté la crise n'ont pas mis en place de mesures discriminatoires (50).

Dans une déclaration du 20 mai 2020, Dunja Mijatović, Commissaire aux droits de l'Homme au Conseil de l'Europe, a vivement critiqué la gestion parfois chaotique et la négligence dont ont fait preuve certains Etats membres de l'Union Européenne dans les soins qu'ils ont apporté à leurs citoyens les plus âgés, la France y était citée en raison de nombreuses plaintes de familles dénonçant la gestion de ses maisons de retraite (46).

Les techniques de triage français, son opacité et la suspicion de critères d'exclusion liés à l'âge et la dépendance supposée, même si elles ont été peu débattues en public, ont suscité le questionnement et les inquiétudes de la population générale, des soignants, de l'Académie Nationale de Médecine Française et des organismes européens et internationaux de lutte pour les droits des personnes âgées (40,42,44,45,47,55–57).

Les discours stigmatisants de nos politiciens et experts officiels, la gestion difficile de cette situation de crise, l'opacité de la prise en charge des personnes âgées, l'abandon des plus fragiles ont réactivé les représentations négatives de la vieillesse au sein des débats publics dans lesquels les

médias jouent un rôle important. La valeur de la vie des personnes âgées et leurs contributions à la société y ont été souvent remis en question. Ils ont ainsi favorisé la propagation de stéréotypes et comportements âgistes (39,58).

A titre d'exemple, nous citerons cet article du journal *La Tribune* du 12 octobre 2020 publiant les résultats d'un sondage IFOP réalisé à la demande de *La Tribune* et *Europe 1* sur « *Le regard des jeunes français à l'heure du coronavirus* ». Le titre de cet article « *Coronavirus : les jeunes se vivent comme la génération sacrifiée de la crise* » fait référence à une question présentée sous forme d'affirmation « *Avec la crise du coronavirus les jeunes générations ont été sacrifiées au profit des Français les plus âgés* ». Toutefois les résultats à cette question, allant du Tout à fait d'accord à pas du tout d'accord, ont été très mitigés (54% d'accord, 46% pas d'accord), l'article fait référence à cette nuance dans les réponses des participants mais qualifie pourtant la situation de « *guerre des générations* ».

En portant notre regard sur la méthodologie utilisée dans ce sondage pour aborder le thème « *Le Regard sur la Covid 19* » nous avons pu également constater que la plupart des questions y sont abordées sous forme d'affirmations avec forte orientation péjorative auxquelles le répondant doit prendre position dans une liste restreinte de propositions de réponses ne lui laissant pas la possibilité de ne pas se prononcer (41,59). Il semble que ce sondage et l'article qui en a découlé présentent un important biais de confirmation. Or la manière dont sont présentés les résultats, le caractère scientifique qu'on a voulu leur donner posent problème dans le sens où ils proposent une vision biaisée de la société et alimentent les préjugés âgistes de ses lecteurs.

Malgré le climat âgiste imprégnant cette période de crise, cette situation a également révélé chez beaucoup de personnes ce qu'elles avaient de meilleur en elles. De multiples élans de solidarité se sont mis en place, de l'entraide entre voisins aux repas offerts au personnel soignant, sans oublier la mobilisation majeure des soignants multipliant les heures supplémentaires (60–62).

L'association *Old'Up* a profité des circonstances exceptionnelles de la première vague du coronavirus pour donner la parole aux plus anciens dans son enquête *Confinement : 5 385 Vieux prennent la parole !*

Comme son titre l'indique, 5385 personnes âgées de 65 à plus de 90 ans ont répondu par e-mail ou téléphone aux questions des enquêteurs afin de livrer leurs impressions face à la situation sanitaire et l'impact sur leur vie personnelle. La majorité d'entre eux (73%) ne semblaient pas avoir eu de difficultés particulières durant le premier confinement, qu'ils avaient vécu pour certains comme une expérience propice à la découverte, à la réalisation d'activités nouvelles ou anciennes qu'ils avaient délaissées, au maintien ou au développement d'anciennes relations...

Contrairement à l'idée voulant que les personnes âgées ne soient que bénéficiaires d'aides, il s'est révélé que celles-ci ont été des acteurs à part entière de la solidarité mise en place durant la crise, offrant leur aide à leurs proches et aux plus démunis. Ces personnes semblent également avoir développé une grande capacité d'adaptation dans le but de maintenir le contact avec leur famille grâce à l'utilisation d'outils numériques de communication : 26% disent avoir progressé dans leur utilisation des outils informatiques, 24% en avaient déjà une bonne maîtrise avant la crise.

Bien que la population de cette enquête ait été principalement composée de femmes (58%) âgées entre 71 et 80 ans (66%) cadres et professions intermédiaires (81%) vivant en couple (53%) dans une maison individuelle ou un appartement pendant le confinement (98%) autonomes (95%), elle a permis de diffuser une image différente de la personne âgée que celle habituellement véhiculée durant cette période : beaucoup de personnes âgées sont autonomes, participent activement à la vie de la société et possèdent de grandes capacités d'adaptation face aux situations qui l'exigent (63).

E. Le cas n'est pas la généralité

La dépendance n'est pas la règle passé 60 ans, elle est même l'exception chez les plus jeunes retraités.

Dans le Grand Est, en 2018, 95% des séniors vivaient à domicile, 6,4% des personnes âgées de 60 ans et plus étaient en perte d'autonomie, 2 % des moins de 75 ans et 20 % des plus de 85 ans (plus de femmes que d'hommes). Près de 87% des plus de 60 ans se déclaraient en « en assez bon à très bon état de santé », 27,2% des plus de 85 ans « en mauvais état à très mauvais état de santé ». Concernant les problèmes fonctionnels des personnes âgées de plus de 60 ans, l'atteinte motrice concernait une personne sur cinq, l'atteinte sensorielle 11,6% et l'atteinte cognitive 7,1%. Seuls 18% des 60-75 ans étaient concernés par un ou plusieurs problèmes fonctionnels, contre 65% des plus de 85 ans (64).

L'image de la personne âgée dépendante avec laquelle il n'est pas possible de discuter ou de demander l'avis en raison de troubles cognitifs est fautive. Une grande majorité des personnes âgées vivent chez elle et conservent une autonomie et une qualité de vie correcte jusqu'à des âges très avancés.

Les exemples de vieillissement réussi sont multiples : Robert Marchand a établi un record du monde en cyclisme dans la catégorie des plus de 100 ans en parcourant 100 kilomètre en 4 heures 17 minutes et 27 secondes ; Fauja Singh a débuté la course à pied durant sa huitième décennie et est détenteur à ce jour de multiples records du monde d'athlétisme dans les catégories de plus de 90 ans et plus de 100 ans dont plusieurs du marathon (Londres, Toronto...); Alla Illyinichna Levushkina chirurgienne russe continuait à opérer quatre patients par semaine à 89 ans ; en juin 2019 à l'occasion de la Coupe du monde de football féminin, l'équipe de foot sud-africaine des « *Soccer Grannies* » a disputé un match contre les « *Mamies Foot* » françaises âgées de 60 à 84 ans (65-69).

Les personnes âgées ne sont pas seulement autonomes, elles sont également des acteurs importants de notre communauté. Les connaissances qu'elles ont acquises, le témoignage d'une vie qu'elles transmettent sont autant de richesses qui ne peuvent être ignorées. Leur contribution dans de multiples secteurs d'activités, professionnels ou bénévolat, est fondamentale pour notre société (l'association *L'Outil en Main* propose une initiation de jeunes enfants aux métiers manuels, par des gens de métier bénévoles à la retraite) (70), sans oublier le volontariat dit « informel » (garder les

petits enfants, aider leurs parents, s'occuper du jardin...). Les personnes âgées sont d'importants consommateurs de biens et participent à l'économie nationale et locale, ils apportent également leur contribution financière par des legs aux organismes de bienfaisance, des dons à leurs proches...

Certaines personnes âgées continuent à apporter une contribution majeure à la société en maintenant une activité professionnelle. En 2020, les médecins généralistes de plus de 60 ans représentaient 25,9% des médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière, 53 médecins généralistes de plus de 80 ans poursuivaient leur activité professionnelle, 6% des médecins inscrits étaient des retraités actifs, soit une hausse de 216% par rapport à 2010 (71).

Un article de 2011 témoignait de la contribution économique et sociale des personnes âgées au Royaume-Uni. En 2010, les plus de 65 ans ont apporté une contribution nette de 40 milliards de livres au Royaume-Uni, celle-ci atteindra les 70 milliards en 2030. Les volontaires âgés ont consacré près de 100 heures de volontariat « informel » pour une valeur de 119 milliards de livres et 55 heures de bénévolat en 2010, ils étaient très actifs dans leurs quartiers et participaient au maintien des liens sociaux entre voisins ; près de 49% des personnes âgées faisaient du volontariat informel auprès d'enfants ou petits-enfants, 30% auprès de leurs voisins de moins de 65 ans. Les contributions financières à type de cadeaux, legs... étaient estimées à plus de 10 milliards de livres par an. Ils étaient des utilisateurs importants d'installations communautaires et commerces locaux.

Face à cette prise de conscience de la contribution économique majeure de cette population, un pan entier de l'économie a été créé à l'attention des personnes âgées, la Silver économie. De nombreux pays (Allemagne, Japon...) ont commencé à adapter leurs actions vers le développement de ce type d'entreprises. Cependant la France, en raison des difficultés qu'elle présente à aborder la question du vieillissement, semble encore réticente à se saisir de cette opportunité et lorsqu'elle le fait se limite principalement au développement de services liés aux aidants et à la prévention de la dépendance. (72-74).

F. Conséquences de l'âgisme sur la santé

Dans l'enquête *World Values Survey* 2010-2014 de l'OMS, 60% des personnes interrogées estimaient que les personnes âgées n'étaient pas respectées. Le plus faible niveau de respect était retrouvé dans les pays à revenu élevé (75,76). Or de multiples études ont fait état d'un lien entre âgisme, perception du vieillissement et état de santé.

Plusieurs études ont montré que les préjugés implicites des médecins pouvaient avoir une incidence sur la qualité des soins qu'ils dispensaient au patient, du fait d'interactions plus pauvres mais également de diagnostics et décisions thérapeutiques disparates. Certaines d'entre elles ont pu constater que la perception de préjugés négatifs par le patient pouvaient modifier son comportement de sorte à réduire son observance, son suivi ou sa confiance envers son médecin (35).

Un lien a été reconnu entre la présence de stéréotypes d'âge négatifs chez certains patients et un risque accru d'événements cardiovasculaires jusqu'à 38 ans après l'évaluation de ces stéréotypes par rapport à des patients présentant des stéréotypes d'âge plus positifs (77).

De la même façon, les auteurs d'une étude ont observé un taux de déclin du volume de l'hippocampe jusqu'à trois fois plus élevé ainsi qu'une plus grande quantité de plaques amyloïdes et d'enchevêtrements neurofibrillaires, dans un groupe de patients avec des stéréotypes d'âge négatifs en comparaison d'un groupe de patients présentant des stéréotypes d'âge positifs (78).

L'étude *Longevity increased by positive self-perceptions of aging* a conclu que des patients présentant une vision plus positive du vieillissement vivaient jusqu'à 7,5 ans de plus que ceux qui présentaient des stéréotypes d'âge négatifs, cet effet était partiellement associé à la volonté de vivre (79).

Une autre étude s'est intéressée à l'utilisation des services de santé préventifs par les plus de 50 ans. Ses résultats montraient, après plusieurs ajustements, une association statistiquement significative entre la satisfaction du vieillissement et la réalisation de test de dépistage (cholestérol,

mammographie, frottis vaginal, examen de la prostate). Au contraire des autres actes préventifs, la réalisation du vaccin n'était pas associée à la satisfaction du vieillissement (80).

Certains auteurs se sont intéressés à l'impact économique que l'âgisme avait dans le domaine de la santé. Ils ont pu constater que celui-ci avait été de 63 milliards de dollars pour l'année 2013, soit un dollar sur sept dépensé pour les 8 problèmes de santé les plus coûteux aux Etats Unis (15,4 %), un excédent de 11,1 milliards de dollars était lié à la discrimination fondée sur l'âge, 28,5 milliards de dollars pour les stéréotypes d'âge négatifs et 33,7 milliards de dollars pour les perceptions négatives du vieillissement. Ils en ont conclu que l'âgisme amplifiait le coût et la prévalence des problèmes de santé (81).

Les politiques de santé ont donc tout intérêt à développer une approche intégrative de la personne âgée et à sensibiliser dès le plus jeune âge à la problématique de l'âgisme, mais où en sommes-nous actuellement ?

III. Les politiques de santé en faveur des personnes âgées

A. Le rapport Laroque et les prémices du vieillissement réussi

La *Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse* et le rapport *Laroque* qui s'en est suivi en 1962 ont marqué les premiers pas de nos futures politiques de santé en faveur de l'intégration des personnes âgées dans la société.

Introduisant pour la première fois l'idée de maintien à domicile, le rapport *Laroque* a entrepris de revaloriser les retraites et le minimum vieillesse, d'intégrer les premières notions d'adaptation de l'environnement par une amélioration et une rénovation de l'habitat. Il a permis la multiplication des services de soins à domicile, la mise en place d'un marché de loisir et la diffusion des clubs 3ème âge destinés à favoriser les échanges sociaux et rompre l'isolement des personnes âgées.

Nous pouvons toutefois noter l'ambivalence de ce rapport dans ce qu'il décrit dès ses premières pages le vieillissement comme un « problème » sociétal, « *l'entretien des personnes âgées inactives fait peser une charge de plus en plus lourde sur la population en activité* » (Laroque, 1962, p3).

A travers le rapport Laroque, les premières notions d'intégration de la personne âgée dans la société et de maintien à domicile sont apparues, permettant l'émergence du concept de « vieillissement réussi ». Toutefois celui-ci a permis, dans le même temps, la validation de représentations négatives du vieillissement encore très présentes dans les discours politiques actuels (82–84).

La notion de « vieillissement réussi » est majoritairement issue de deux théories distinctes, la théorie des Baltes et la théorie de Rowe et Kahn.

La théorie des Baltes s'appuie sur le principe de développement individuel réussi par l'application de trois procédés adaptatifs distincts : la sélection, l'optimisation et la compensation. La sélection implique que la personne réalise des choix dans ses priorités de vie et ses projets. L'optimisation permet d'investir ces choix de façon à en tirer le meilleur profit en termes de qualité et de quantité. La compensation se met en place lorsque « le champ du possible » de l'adaptation se réduit ne permettant pas la réalisation de certaines actions. Afin d'illustrer leurs propos, ils avaient donné l'exemple du pianiste Arthur Rubinstein. En effet, celui-ci déjouait les difficultés liées à son âge en limitant le nombre de morceaux qu'il interprétait (sélection), en travaillant fréquemment ces mêmes morceaux (optimisation) et en modifiant les passages difficiles (compensation).(85,86).

Cette théorie a connu un large succès auprès des communautés scientifiques mais a été peu médiatisée en comparaison de la théorie de Rowe et Kahn.

La théorie de Rowe et Kahn s'appuie sur l'idée que le vieillissement est le produit d'un choix réalisé dans les différentes étapes de vie, principalement en ce qui concerne l'hygiène de vie. Elle réfute l'idée que l'avancée en âge conduit inévitablement à l'augmentation des risques de maladie et de handicap, en mettant en avant le fait que de nombreux risques sont liés à l'âge mais non dépendants de l'âge. Dans cette théorie, Rowe et Kahn émettent l'hypothèse que ce n'est pas le vieillissement qui

cause la maladie mais l'augmentation des risques liés à l'âge, ceux-ci pouvant être accessibles à des stratégies de prévention. Cette théorie se compose de trois domaines distincts : « *l'évitement de la maladie et de l'incapacité, le maintien d'un haut niveau de fonctions physiques et cognitives, et un engagement soutenu dans les activités productives* » (85).

Ces deux théories, du fait de la forte individualisation qu'elles impliquent, peuvent poser problème. En effet, l'individu devient seul responsable de son vieillissement, ce sont ses actions qui déterminent sa réussite. Elles supposent que chaque personne est équipée de la même manière dans l'exercice de sa responsabilité, or c'est ignorer l'influence des déterminants sociaux, importante mais non exclusive, sur son parcours de vie que de le penser.

En effet l'OMS a rappelé en 2009, l'importance des déterminants sociaux en santé : l'exclusion sociale, le travail, l'emploi, le soutien social, les dépendances, l'alimentation, le bon déroulement des premières phases du développement et de l'éducation durant la petite enfance... influencent la santé de l'individu sa vie durant (87,88). L'OCDE montre dans son rapport *L'ascenseur social en panne ? Comment promouvoir la mobilité sociale* l'importance du milieu socio-économique et des comportements en matière de santé des parents sur la santé des jeunes enfants, la santé durant l'enfance influençant de manière importante la santé à l'âge adulte (89).

Dans une société valorisant l'éternelle jeunesse comme la nôtre, les théories des Baltes et de Rowe et Kahn peuvent encourager un phénomène d'idéalisation du vieillissement réussi et en cas d'échec entraîner la stigmatisation des individus ne répondant pas à la norme voire les pénaliser de ne pas vivre une avancée en âge réussie (82,85).

Ces deux théories et leur notion du « vieillissement réussi » imprègnent fortement nos politiques de santé actuelles. Il faut rester prudent quant aux messages véhiculés par celles-ci et ne pas se laisser influencer par des notions détournées de « vieillissement réussi » car il est du devoir du médecin de « *traiter comme des semblables des êtres qui ne lui sont pas identiques* » (90) quel qu'ait pu être leur parcours de vie.

B. Les politiques de santé actuelles

a. Politiques mondiales et européennes

L'OMS a récemment dévoilé son plan pour la *Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030*, aboutissement des réflexions menées dans son plan *Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020*. Elle y reprend plusieurs des objectifs fixés par l'ONU dans son plan *Transforming our world* (91) : lutte contre la pauvreté, lutte contre la faim, s'assurer d'un vieillissement en bonne santé et promouvoir le bien-être, promouvoir une éducation de qualité, promouvoir l'égalité entre les sexes, assurer un travail décent et une croissance économique, améliorer la mise en place d'infrastructures nécessaires au vieillissement et en permettre l'innovation, réduire les inégalités, adapter les villes et les communautés aux personnes âgées, développer l'inclusion des personnes âgées dans les institutions et sensibiliser la population à l'âgisme, favoriser le partenariat de différents acteurs du domaine pour la réalisation des objectifs.

Ces dernières années, l'OMS a renforcé sa communication autour de la lutte contre l'âgisme et pour le respect des droits des personnes âgées, afin que soit reconnue leur contribution précieuse à la société. Elle soutient que le vieillissement en bonne santé ; étant fortement lié aux inégalités sociales et économiques commençant très tôt, se renforçant et se cumulant tout au long de la vie ; est l'affaire de tous et doit donc passer par une « *gouvernance et un leadership fort et efficace* ». Pour celle-ci, favoriser la création d'une communauté en soutenant la solidarité intergénérationnelle est essentiel aux générations actuelles et futures. (92,93)

Elle a lancé en 2010 le « Réseau mondial des Villes amies des personnes âgées » dont le but est de créer des environnements urbains favorisant les activités, la bonne santé et la participation sociale des personnes âgées. En Alsace, Bollwiller, l'Eurométropole de Strasbourg, La Wantzenau et Mulhouse en font partie (94,95).

Le livret vert de l'Union Européenne publié le 27 janvier 2021 reprend les principaux objectifs développés par l'OMS, toutefois il aborde peu les droits des personnes âgées (96), qui avait pourtant fait l'objet d'un travail du Conseil de l'Europe exposé dans son rapport *Human Rights, Participation and Well-Being of Older Persons in the Era of Digitalisation* en octobre 2020 (97).

b. Politiques nationales

Les politiques françaises reposent actuellement sur l'anticipation du vieillissement de sa population et la prévention de la perte d'autonomie.

En effet, le vieillissement attendu de la population française suscite des inquiétudes chez nos politiciens. En 2050, 31,9% de la population française aura plus de 60 ans (98), 16,4% d'entre eux seront en perte d'autonomie (4 millions de personnes) dont 4,3% en perte d'autonomie sévère. A politique publique de maintien à domicile inchangé, une augmentation de 50% du nombre de personnes hébergées de façon permanente en établissement est attendue entre 2015 et 2045.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) projette une augmentation très forte d'ici à 2060 de la dépense publique en faveur des personnes dépendantes atteignant 2,07 points de PIB alors que celui-ci était de 1,40 point en 2014 (99).

Le dernier plan mis en place par le gouvernement est le plan santé 2018-2022 (concrétisé par *la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* en 2019). Parmi les objectifs de ce plan se trouve la promotion des comportements favorables à la santé, notamment la prévention de la perte d'autonomie, par l'intégration de la prise en charge des pathologies complexes dans les parcours de vie, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques afin de permettre le maintien à domicile et l'amélioration du bien-être des personnes âgées, mais également l'amélioration de l'accompagnement des aidants.

Pour ce faire, il souhaite s'appuyer sur différentes mesures : favoriser les alliances inter et multi générationnelles, faire la promotion du « bien vieillir » par la médecine du travail, améliorer la prévention et le repérage des risques de fragilité lors du départ à la retraite, sensibiliser les personnes âgées et les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie et aux outils de dépistage, lutter contre l'isolement social, organiser le repérage et la prise en charge des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de l'accès à l'information, promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière afin de prévenir les risques de dénutrition.

Un autre objectif de ce plan de santé est l'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées et personnes en situation de handicap par une adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale au virage ambulatoire dans lequel s'est engagé le gouvernement pour les prochaines années.

Pour ce faire, il compte s'appuyer sur différentes mesures, notamment l'amélioration de l'accessibilité des lieux de soins, des pratiques professionnelles d'accompagnement et de l'organisation des soins en établissement de santé, une meilleure prise en compte de la complexité de la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap, la priorisation des prises en charge sur les lieux de vie, le développement de l'échange de données entre les régimes de sécurité sociale, le développement des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées, tout au long de la vie et dans tous les lieux de vie, la prévention par la mise en place d'un bilan de santé annuel pour les personnes en situation de handicap, la mise en place de mesures visant à garantir la bientraitance des personnes et le libre choix du parcours de santé, l'encouragement à l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, le soutien au développement et à l'évaluation des interventions non-médicamenteuses et des aides techniques et technologiques de l'autonomie dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées (Silver économie) et du handicap (100).

c. Politiques locales

Dans son Parcours « personnes âgées », partie intégrante de son PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028, l'ARS définit les objectifs à atteindre à l'horizon 2023 : *« contribuer à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, diminuer le recours inadapté aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans, diminuer le nombre de ré-hospitalisations non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans, coordonner les acteurs et les interventions dans les départements pour qu'au moins 20% des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile bénéficient d'un plan d'accompagnement co-construit avec la personne et son entourage, mettre en œuvre des plans d'accompagnement élaborés pour les personnes âgées à domicile, faire bénéficier aux aidants repérés par les professionnels une offre de services adaptés à leur besoin, structurer et consolider l'offre à l'ensemble du territoire du Grand Est afin de répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne âgée »* (101,102).

En Alsace, les conseils départementaux du Bas-Rhin et Haut-Rhin ont eux aussi fixé différents objectifs dans leur Schéma de l'autonomie 2018-2023.

Le Bas-Rhin a développé son plan sur 3 axes différents (103):

-Axe 1 « Mieux connaître pour mieux accompagner dont les objectifs sont : mieux connaître les besoins des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap, sensibiliser et informer le grand public et le public averti aux enjeux de la perte d'autonomie, poursuivre l'amélioration de l'accueil du public à la Maison de l'autonomie et en territoires pour une information et un accompagnement en proximité, remettre la confiance au cœur de la relation entre l'administration et la personne, renforcer, à travers le Silver développement, l'animation, le développement et l'aménagement des territoires en développant une démarche Innov'Age »

-Axe 2 « Mieux anticiper et mieux accompagner la perte d'autonomie : développer et renforcer la prévention pour éviter l'aggravation de la situation et les risques de rupture, favoriser l'aide aux

aidants et accompagner les acteurs du domicile, adapter l'offre médico-sociale aux besoins et promouvoir l'offre de qualité, aménager un parcours résidentiel pour chacun (habitat inclusif, EHPAD, colocation, habitat intergénérationnel, accueil familial...), faciliter la coordination des interventions autour des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap afin de fluidifier les parcours »

-Axe 3 « Assurer une place à chacun dans la société et développer les formes de participation et d'engagement à la vie sociale : poursuivre l'amélioration du suivi et de l'accompagnement des situations individuelles complexes (personnes âgées dans les MAIA), favoriser l'accès à la citoyenneté et favoriser les initiatives citoyennes (développement de la culture, du tourisme, faire connaître les droits...), développer la mobilité adaptée, pour permettre à chacun de se déplacer et assurer son autonomie »

Le Haut -Rhin quant à lui a développé 6 axes de travail dont les objectifs sont globalement les mêmes que dans le Bas-Rhin (excepté dans le domaine de la mobilité qui n'y est pas abordé) (104).

Bas-Rhin et Haut-Rhin ont décidé de ne pas augmenter le nombre d'EHPAD sur leur territoire mais de rénover leur parc existant.

C. La loi d'adaptation de la société au vieillissement et le nouveau projet de loi

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, la loi d'adaptation de la société au vieillissement avait pour but de favoriser l'accompagnement à domicile des personnes âgées et de renforcer leurs droits et libertés grâce à une réforme de l'APA domicile, à une reconnaissance du rôle du proche aidant et à la création d'un droit au répit, au développement et au renforcement des résidences autonomie, à la mise en place d'une plus grande transparence sur les prix des EHPAD, à l'extension du rôle de personne de confiance pour les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à

un service médico-social, au renforcement de la procédure d'acceptation du contrat de séjour en établissement et à la promotion des actions de communication pour faire connaître le mandat de protection future (105,106).

Toutefois deux ans après sa publication, l'Assemblée nationale décrit une loi à l'application « *disparate et hétérogène d'un territoire à l'autre* » en termes de délais, de contenu ou d'accompagnement. Elle pointe du doigt des résultats décevants concernant le fonctionnement du CDCA (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie), le droit au répit, le financement des aides techniques. Elle décrit un système fragile du fait de la complexité des nouveaux circuits de pilotage et de financement (107).

Un nouveau projet de loi est en cours, il a été précédé d'une *Concertation Grand Age et Autonomie* avec remise d'un rapport, le rapport *Libault*, en mars 2019 énumérant 175 propositions permettant d'améliorer la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées, d'où se détachent 10 propositions clés pour « *passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie* » (108):

1. *La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants*

2. *Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs, une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière*

3. *Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels*

4. *Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros*

5. *Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les Ehpad et les résidences autonomie*

6. *Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire*

7. *Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois*

8. *Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles*

9. *L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant*

10. *La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels »*

Toutefois en raison de la crise sanitaire du coronavirus l'adoption de cette loi a été repoussée sans date fixée à ce jour. En prévision de sa mise en place, le Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021 a entériné la création d'une cinquième branche Autonomie de la Sécurité Sociale dont la gestion et le financement est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) depuis le 1^{er} janvier 2021. Aucun financement nouveau n'est prévu pour l'instant pour cette cinquième branche, un « *Laroque de l'autonomie* » (prévu en été 2020 puis en automne puis à nouveau reporté sans autres précisions) et un projet de loi sur l'autonomie devraient donner plus de précisions. Mais à l'heure actuelle il est prévu que cette nouvelle branche soit en déficit de 0,3 milliard d'euros dès sa première année et ne devrait pas bénéficier de nouvelles ressources avant 2024 (109–111).

IV. Réflexions sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé et ses compétences en la matière

A. Les origines de cette thèse, mes difficultés et *a priori* sur l'âge d'hier à aujourd'hui

Du souvenir que j'en ai, le début de mes études de médecine n'a pas suscité en moi de réflexion particulière sur les personnes âgées, leur place dans la société et dans mon futur métier, mon stage de médecine aiguë gériatrique au CHRU de Lille en DCEM3 non plus, bien que je l'aie fort apprécié.

Ce n'est qu'au début de l'internat en stage de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique que j'ai compris qu'elles prendraient une place importante dans ma vie professionnelle. Il me faut être tout à fait honnête, elles me faisaient peur, leur complexité était difficile à gérer et la vision de l'avenir qu'elles me faisaient entrevoir me faisait reculer. Je me suis éloignée un temps des services de gériatrie et n'y suis retournée qu'en dernière année d'internat, toujours en SSR. J'ignore si c'est l'expérience, la maturité ou autre chose mais ma représentation des personnes âgées a radicalement changé durant ce stage (enfin c'est ce que je pensais), leur complexité ne me faisait plus autant peur, je profitais de la richesse de nos interactions, leurs histoires de vie me passionnaient et me permettaient de comprendre la logique de leur raisonnement et le pourquoi des difficultés de compréhension entre elles et l'équipe de soin. J'en étais certaine, ma thèse traiterait de gériatrie.

Vinrent ensuite les remplacements, ce fut la douche froide, j'étais perdue. La complexité que j'avais apprise à gérer à l'hôpital n'était plus la même en médecine de ville. Diagnostic et prise en charge thérapeutique n'étaient pas un problème, mais leurs associations à de multiples autres problématiques (sociales, familiales, financières, psychologiques...) oui. En effet, il peut paraître cocasse qu'en médecine générale il faille s'assurer que le chat ait des croquettes pour être certain que le patient ne lui donne pas ses compléments alimentaires, mais c'est une réalité que on ne peut ignorer (il s'agit d'une histoire vécue). Qui va acheter les croquettes ? Est-ce moi qui vais généreusement lui

en offrir un paquet, mais je ne serai plus là le mois prochain alors que se passera-t-il ? Ou est-ce l'assistante sociale qui trouvera une aide financière plus pérenne pour le patient et son chat ? Mais comment la contacter ? Et ces aides existent-elles ? La prise en charge sociale était le plus gros de mes soucis, j'avais pris l'habitude de faire appel à l'assistante sociale de mon service, et ne m'étais jamais posé la question de comment je pouvais gérer les problèmes sociaux en médecine de ville. Je n'ai pas réalisé de SASPAS, j'ai donc pensé que le problème venait peut-être de là. Or après avoir discuté avec d'autres remplaçants en médecine générale ayant réalisé ou non ce stage et médecins généralistes installés en Alsace, il s'est avéré que je n'étais pas la seule dans cette situation. Beaucoup (pas tous) présentaient les mêmes difficultés que moi à prendre en charge leurs patients âgés en médecine de ville, la prise en charge sociale étant la bête noire de nombre d'entre eux.

Mais qu'en dit la littérature ? D'autres internes se sont-ils posé cette question à travers leur travail de thèse ?

Qu'en est-il des internes de médecine générale de Strasbourg ? Quelles représentations ont-ils de la personne âgée en médecine de ville ? En quoi ces représentations influencent-t-elles leur pratique ? Présentent-ils le besoin de compléter leur formation dans ce domaine ?

Quelles formations en gériatrie propose la faculté de médecine de Strasbourg à ses étudiants ? La réalisation d'un SASPAS est-elle suffisante à l'acquisition des notions essentielles à la prise en charge du patient âgé en médecine de ville ? Ou faut-il compléter cette formation ? Mais comment ?

C'est de ces réflexions qu'a surgi l'idée de cette thèse et le travail bibliographique qui s'en est suivi permettant ainsi de poser les jalons de l'étude que nous entreprenions de réaliser.

B. Le rôle majeur des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées

L'organisation WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) branche Europe rappelle dans la définition européenne de la médecine générale de 2002 qu'« un système de santé basé sur des soins primaires

efficaces, avec des médecins généralistes (médecins de famille) qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires » et que « les problèmes qui se présentent aux médecins généralistes sont très différents de ceux rencontrés dans les services de soins de seconde ligne ». (112,113).

Dans le Rapport *SESPAS* 2012, Barbara Starfield met en avant les avantages majeurs à disposer d'un système de soins de santé primaires efficace. En effet, de multiples études tendent à montrer que la présence d'un médecin généraliste sur un territoire réduirait le taux de mortalité infantile et le faible poids à la naissance, le nombre d'admissions aux urgences, le nombre de chirurgies, les taux d'hospitalisation et les taux de réadmission à 30 jours pour différentes pathologies. Elle améliorerait l'accès aux soins, l'adhésion aux soins préventifs des patients, la survie à cinq ans, la perception de la santé auto-déclarée et de manière plus générale les soins axés sur la personne. Pour être efficaces, les soins primaires doivent être complétés par des services spécialisés attentifs et coopérants avec ces acteurs de soins dans la résolution de problèmes de santé complexes (114).

Une étude américaine de 2009 a constaté que l'absence de continuité des soins par un médecin généraliste (plus de huit mois entre deux visites par le même médecin) chez les patients âgés de 70 ans ou plus était associée à une surmortalité durant les 15 années de suivi de cette étude ; ces résultats restaient inchangés après ajustement à des mesures sociodémographiques, de soutien social, socioéconomiques, de mode de vie en matière de santé et de morbidité auto-déclarées. En outre, plus le nombre de visites par le médecin généraliste était élevé meilleures étaient les chances de survie (115).

Une étude de la DREES publiée en février 2014 estimait que 95 % des médecins généralistes français suivaient au moins une personne âgée dépendante à son domicile, et qu'un médecin généraliste prenait en charge en moyenne vingt et une personnes âgées dépendantes à domicile (116).

Le médecin généraliste joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale de la personne âgée à domicile.

C. Les difficultés des médecins généralistes et internes de médecine générale en France

Dans son Rapport public annuel de 2012, la Cour des comptes constatait plusieurs défauts en termes de formation en gériatrie des médecins généralistes. Malgré l'ajout du module « Vieillissement » au cursus du deuxième cycle des études médicales en 2004, l'absence d'obligation de stage en gériatrie durant l'internat et le nombre d'enseignants en gériatrie insuffisant par rapport aux objectifs fixés par le plan « solidarité grand âge » étaient considérés comme une faiblesse dans la « *formation des futurs médecins au regard des enjeux du vieillissement* ». De plus, le faible nombre de médecins généralistes réalisant une formation continue en gériatrie était soulevé (117). Nous pouvons constater que les objectifs fixés par le plan « solidarité grand âge » en termes de nombres de postes d'enseignants en gériatrie (plus de 104 postes au total) ont aujourd'hui été dépassés, il était de 146 le 1^{er} janvier 2020 (médecine interne, gériatrie et addictologie confondues) (118,119).

L'étude *Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative*, publiée en 2015 s'est intéressée aux connaissances des médecins généralistes libéraux du Rhône et de la Drôme concernant le concept de fragilité. Il s'est avéré que malgré une bonne compréhension théorique du concept, son application dans la pratique clinique soulevait des difficultés. Le manque de temps, l'isolement du médecin, la gestion des décompensations, les délais d'hospitalisation, le manque de communication avec l'hôpital, et les divergences avec le patient ou sa famille étaient soulevés. De plus, les médecins rapportaient l'absence d'outil adapté à leur pratique. Bien que la plupart des médecins pensait que la prise en charge de la fragilité relevait du champ des soins, certains ne se sentaient pas capables d'assumer cette tâche et préféreraient la confier à l'hôpital (120).

Dans une étude publiée dans la revue *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* en 2013, les auteurs ont constaté que l'utilisation des tests à visée gériatrique était inversement proportionnelle à l'intensité de l'activité du médecin généraliste et à sa sensibilisation préalable à ces tests. Ainsi 85,5 % des médecins généralistes formés en gériatrie les utilisaient spontanément contre 51 % des médecins généralistes non formés, 59 % au moins une fois par mois contre 20 % pour les autres. Quelle que soit leur formation, moins de 10 % des médecins généralistes interrogés évaluaient l'état nutritionnel et la marche. Plusieurs obstacles ont été mis en avant par les médecins : le temps excessif nécessaire, le manque de formation et de pratique quant à leur usage, l'absence de cotation CCAM, le risque d'altération de leur relation médecin/patient et de rupture de confiance, le rôle croissant du médecin spécialiste au détriment de celui du médecin traitant, leur manque d'intérêt pour ces tests. Les médecins non-formés étaient demandeurs de formation alors que les médecins déjà sensibilisés sollicitaient une mise à jour régulière de leurs acquis (121).

Une thèse soutenue en 2018 à la Faculté de médecine de Rouen s'est intéressée aux connaissances des internes de médecine générale sur le syndrome de fragilité. Cette étude quantitative tirée de 90 questionnaires d'internes a permis de constater que 83 % des internes toutes années confondues déclaraient avoir des connaissances concernant les critères de fragilité, mais que seuls 11 % d'entre eux les jugeaient satisfaisantes. De la même manière, 81,3 % des TCEM3 déclaraient avoir des connaissances et 7,5 % d'entre eux qu'elles étaient satisfaisantes et cela malgré le fait qu'ils avaient tous déjà effectué un stage chez le praticien et pour certains un stage en gériatrie. 88,6 % de l'ensemble des internes interrogés étaient favorables à la mise en place d'une formation complémentaire sur les critères de fragilité. Ces chiffres sont soumis à discussion en raison de la faible puissance et de certaines lacunes méthodologiques de l'étude, mais ils tendent à montrer la nécessité d'une formation (122).

Les personnes âgées au domicile : un maintien difficile ? Enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie, une thèse soumise en 2016 à Amiens avait pour objectif principal de faire un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale de Picardie sur

les aides à domicile. Elle a permis de constater les difficultés que présentaient des internes lors de la prise en charge des personnes âgées à domicile et leur manque de connaissances pratiques concernant les aides humaines, techniques et financières. La définition de maintien à domicile y était imprécise et consistait à une énumération de mots clés. Dans cette étude, les internes semblaient appréhender leur futur rôle de coordinateur de soins, ils se sentaient isolés et ne savaient pas comment gérer ce genre de situation. Tous avaient réalisé leur stage chez le praticien mais ceux qui étaient passés en gériatrie semblaient avoir plus de connaissances. Toutefois presque tous les internes semblaient d'accord sur la nécessité d'une formation pratique, l'idée d'une formation multidisciplinaire avec plusieurs intervenants avait été évoquée par plusieurs internes (123).

Ces travaux réalisés dans différentes régions françaises tendent à montrer un manque de formation médicale initiale et continue chez les internes et médecins généralistes dans la prise en charge globale de la personne âgée à domicile.

Nous nous sommes donc intéressés à l'enseignement de la gériatrie dispensé à la faculté de médecine de Strasbourg (de la PACES au post-internat) et dans les autres facultés de médecine françaises (durant l'internat de médecine générale et post-internat).

D. La formation magistrale en gériatrie dispensée à la Faculté de médecine de Strasbourg et dans d'autres facultés françaises

a. Premier cycle

La Première Année Commune des Etudes de Santé ne contient pas d'items relatifs à la prise en charge de la personne âgée (124). La Licence Science pour la Santé mise en place depuis la rentrée 2020-2021 à Strasbourg et devant remplacer la PACES ne contient pas non plus d'item relatif à la

personne âgée, cette information a été confirmée par courriel par les secrétariats de premier cycle et de tutorat de la faculté de médecine de Strasbourg (125,126).

La Faculté de médecine de Strasbourg propose à ses étudiants de DFGSM2 (2ème année de médecine) un cours magistral d'une heure en sémiologie d'introduction à l'examen clinique réalisé par le Pr KALTENBACH : « Particularité de l'examen clinique chez le sujet âgé ». Les objectifs visés par ce cours sont : être capable de définir la notion de fragilité, connaître les spécificités de la médecine des personnes âgées, connaître les principes de l'évaluation multidimensionnelle gériatrique (127).

b. Deuxième cycle

En DFGSM3 (3ème année de médecine), les étudiants bénéficient d'un groupe d'enseignement de sciences biocliniques et psychologie médicale d'une heure intitulé « les peurs du grand âge » et enseigné par le Pr KALTENBACH (128).

Durant le deuxième cycle des études de médecine et en vue de la préparation de l'ECN (Examen Classant National) de nombreux items sont consacrés aux pathologies liées au vieillissement (liste en Annexe 1), le module 5 consacré au Vieillissement est étudié durant la 4ème année ou DFASM1 et traite les items des UE4 : Perception - Système nerveux - Revêtement cutané (item 106), UE 5 : Handicap - Vieillissement - Dépendance – Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement (item 119, 120, 126, 128, 129, 130), UE10 : Le Bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses (item 319) (129,130).

A Strasbourg, l'enseignement de second cycle est coordonné par le Pr VOGEL et le module de gériatrie organisé de la manière suivante :

- deux tables rondes de 2 heures chacune consacrées au vieillissement de l'appareil auditif et cochléo-vestibulaire, à la ménopause et à l'andropause ;

- un Séminaire de 3 heures enseigné par les Prs VOGEL et KALTENBACH traitant de la personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques, du vieillissement normal : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels, des données épidémiologiques et sociologiques et de la prévention du vieillissement pathologique ;

- quatre séances de travaux dirigés de 2 heures chacune abordant les troubles de la marche et de l'équilibre, les troubles cognitifs du sujet âgé, l'autonomie et la dépendance chez le sujet âgé, la polyopathie et la fragilité ;

En DFASM3, le Module Vieillesse est à nouveau traité par le Pr VOGEL à travers une session de 4 heures dans le cadre du Module de synthèse clinique et thérapeutique et préparation à l'Examen Classant National (131).

Différentes pathologies liées au vieillissement sont enseignées à travers les multiples modules d'enseignements de la DFGSM3 (3ème année) à la DFASM 2 (5ème année) mais ils ne sont pas tous exposés ici car trop nombreux. Les items relatifs à ces pathologies sont répertoriés dans l'Annexe 1.

c. Troisième cycle

Des formations en gériatrie sont dispensées au sein des différentes facultés de médecine françaises, une recherche systématique sur les sites de ces facultés réalisée en octobre 2019 puis révisée en janvier 2021, ainsi que les retours de mails des secrétariats de DMG et responsables de DMG de ces facultés nous ont permis de réaliser une liste de ces formations disponible en Annexe 2. Sur trente-cinq facultés, douze proposent une formation sur la prise en charge du patient âgé dans leur cursus d'internat de médecine générale, l'information était manquante pour onze des facultés, douze facultés ne proposaient pas ce type de formation.

Au sein de la Faculté de médecine de Strasbourg, une formation optionnelle FO 8 « Iatrogénie » traite spécifiquement de la iatrogénie chez le sujet âgé. La formation FO4a : « Santé de la femme »

propose un atelier sur la Ménopause, la formation FO 17 « Précarité et santé » fait intervenir un médecin de l'équipe mobile de gériatrie afin d'aborder le repérage et la prise en charge de la précarité chez les personnes âgées, les formations FO16 « L'activité physique, un outil de santé », FO22 « Soins palliatifs » (FO3 : « Anthropologie de la douleur » n'est plus dispensée à l'heure actuelle) traitent de problématiques très fréquentes en gériatrie sans pour autant s'orienter spécifiquement sur la prise en charge du sujet âgé (132). Nous pouvons également évoquer les GEAP pouvant aborder de manière moins formelle mais tout aussi formative qu'une formation optionnelle, la thématique de la prise en charge de la personne âgée à domicile.

d. Formation continue

Dans le cadre de la formation continue, l'université de Strasbourg propose un DIU « Mémoire et pathologies de la mémoire » avec la faculté de médecine de Nancy, un DIU de Neurogériatrie avec les UPMC de Paris et Lyon et une Capacité de gériatrie accessible uniquement aux médecins thésés (133), celle-ci sera remplacée à partir de la rentrée universitaire 2021-2022 par un DIU national intitulé « Médecine de la personne âgée » la première année, et « Coordination en Gériatrie » la deuxième année (information obtenue suite à un échange par courriel avec le Pr Kaltenbach G.).

A partir des sites des différentes facultés de médecine, du site internet du Conseil national des professionnels de la gériatrie et du site *se former à la gériatrie* de l'Université de la Sorbonne, nous avons pu répertorier en janvier 2021 les différents DU et DIU disponibles en gériatrie et gérontologie présentés en Annexe 3. Soixante-dix-neuf DU et DIU de gériatrie sont enseignés à travers la France aux médecins de différentes spécialités, mais également à d'autres professions du secteur médico-social et sanitaire (134,135).

e. Réforme des études médicales

De nombreuses réformes en cours sont susceptibles de modifier le programme d'enseignement universitaire de la Faculté de médecine de Strasbourg. La réforme du troisième cycle des études médicales mise en place en 2016 a permis la création du DES de gériatrie et entraîné la suppression du DESC correspondant.

Elle divise l'internat en trois phases : phase socle, phase d'approfondissement, phase de consolidation. Faute d'enseignants et de terrains de stage ambulatoires, le DES de Médecine Générale ne compte pas pour l'instant de phase de consolidation, mais une déclaration du CNGE d'avril 2019 suggérait qu'une quatrième année d'internat serait envisageable d'ici 2022-2023 (136). En raison de la suppression des DESC, des Formations Spécialisées Transversales (FST) et des options ont été créées, accessibles à partir de la phase d'approfondissement. En médecine générale aucune option n'a été prévue, à Strasbourg les Formations Spécialisées Transversales ouvertes aux internes de médecine générale sont : Addictologie, Douleur, Expertise médicale-préjudice corporel, Médecine scolaire, Médecine du sport, Nutrition, Sommeil et Soins palliatifs (réglementairement toutes les FST sont en principes accessibles aux internes toutes spécialités confondues, même si certaines sont indicatives selon le DES). Il n'est pas prévu de Formation Spécialisée Transversale en Gériatrie (137). Ces informations ont été confirmées par le secrétariat du Département de médecine générale.

E. Hypothèses de recherche

A partir de l'ensemble de ces réflexions nous avons émis l'hypothèse que les internes de médecine générale de Strasbourg n'étaient pas différents de leurs consœurs et confrères, collègues soignants et membres de la société occidentale. Ils seraient soumis aux mêmes représentations, préjugés liés à l'âge, feraient parfois preuve de discrimination et cela pour les mêmes raisons que le reste de la population, le manque de connaissance des âges avancés. Nous avons supposé qu'ils seraient également soumis aux mêmes difficultés pratiques que leurs collègues médecins, et

formuleraient de la même manière une demande de formation complémentaire à la prise en charge de la personne âgée à domicile.

Nous avons donc entrepris à travers notre travail de thèse de nous adresser directement à eux grâce à la réalisation de groupes de discussion. Le but était de récolter leurs impressions, représentations, émotions suscitées par leurs expériences vécues avec les patients âgés, leurs éventuels besoins en termes de formation ainsi que leurs propositions visant à adapter celle-ci à leur pratique quotidienne et aux besoins de leurs futurs patients. Nous espérons par notre travail de thèse apporter des éléments supplémentaires à l'amélioration de la formation de la médecine générale à Strasbourg et peut-être à terme changer les regards sur le vieillissement.

Matériel et Méthode

I. Objectif de la thèse

L'objectif de cette étude est d'amener les internes à s'interroger sur leurs représentations de la personne âgée en médecine ambulatoire, d'évaluer la formation reçue à ce sujet et d'identifier les besoins de formation nécessaire à leur pratique future.

II. Choix de l'étude qualitative

Le travail de thèse présenté ici est une étude qualitative. Nous avons choisi ce type d'étude car il est particulièrement approprié au relevé d'informations subjectives comme c'est le cas ici. En effet, il s'agissait d'explorer de manière détaillée les représentations, les expériences personnelles, les émotions de ces internes face à la personne âgée ainsi que d'identifier leurs besoins en formation, ce que permet plus aisément la recherche qualitative.

Le cadre théorique choisi est l'étude de cas car elle nous permet d'évaluer nos hypothèses de recherche dans un groupe donné, ici les internes de médecine générale, par la réalisation d'une enquête de terrain. De plus cette thèse emprunte également à la recherche action, dans le sens où elle interroge les internes sur leurs besoins en formation, leur offre la possibilité de faire des propositions d'amélioration de cette formation qui seront ensuite discutées sur la base d'une revue de la littérature. Toutefois l'action, ici la création d'une formation, n'a pas été réalisée dans ce travail de recherche car trop conséquente pour une personne et complexe à mettre en place dans le contexte de crise sanitaire dans lequel ce travail de thèse a été réalisé.

La technique de recueil de données choisie est la technique des focus group. En effet, tout l'intérêt de ce travail était de relever les opinions des internes, leurs besoins et leurs propositions

d'amélioration en termes de formation de la manière la plus exhaustive possible, ce que le groupe permet grâce à l'interactivité et l'émulation qu'il suscite entre ses participants (138–141).

Nous avons rempli les formalités réglementaires 2020 en recherche de santé auprès de la CNIL, la fiche d'inscription est consultable à l'adresse suivante : [Provacy4 - Print \(unistra.fr\)](https://www.unistra.fr/privacy)

III. Choix de la population et méthode de recrutement

Le choix de la population est issu du questionnement initial suscité par ce travail de recherche (né des constatations personnelles de l'auteure de cette thèse elle-même interne de médecine générale), du type d'étude choisi pour ce travail ainsi que de la recherche bibliographique que nous avons réalisée par la suite.

Il en est ressorti que la population à étudier devait être l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg afin que les données recueillies soient les plus exhaustives possible mais également en raison du fait que les propositions de modification de la formation des internes qui découleront de ce travail les concerneront au premier chef.

Ainsi les critères d'inclusion sont :

- Être inscrit au DES de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg au moment de la participation au focus group (TCEM1, TCEM2, TCEM3, année Mémoire, année Thèse)
- Avoir validé ou être en cours de validation du stage praticien niveau 1

A contrario, les critères d'exclusion sont : ne pas être inscrit en DES de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg au moment de la participation au focus group et ne pas avoir validé ou ne pas être en cours de validation du stage praticien niveau 1.

Il nous est paru pertinent d'inclure les internes ayant validé l'ensemble de leurs stages d'internat mais n'ayant pas validé leur thèse afin de recueillir également les témoignages des premiers pas de jeunes médecins dans l'exercice pratique de la médecine générale ambulatoire.

De plus, avoir réalisé ou réaliser au moment du focus group le stage praticien niveau 1 nous est paru nécessaire afin de nous assurer que ces internes aient un minimum d'expérience pratique de la prise en charge ambulatoire d'un patient âgé et de prise en responsabilité de leur rôle de futur médecin généraliste.

La représentativité de la population n'est pas nécessaire en étude qualitative, nous ne l'avons pas recherchée mais avons échantillonné nos participants de manière suffisamment large en termes de faculté d'origine, de semestre en cours, de lieux de stage à partir de notre population d'étude afin d'explorer la plus grande diversité possible de témoignages, source de la richesse des données recueillies.

Le recrutement des participants a été réalisé par différents moyens : intervention auprès des internes de médecine générale de premier semestre lors du Séminaire de début d'internat du 7 novembre 2019 (la crise sanitaire ne nous a pas permis de renouveler ces interventions par la suite), diffusion d'une annonce de recrutement par l'intermédiaire des secrétaires du bureau de médecine générale, des membres du Département de médecine générale, de médecins généralistes, de coordonnateurs de Maison de santé pluridisciplinaire et d'internes de médecine générale, publication d'annonces sur des groupes de discussion sur les réseaux sociaux.

Le recrutement a été réalisé au fur et à mesure de l'élaboration des focus group.

IV. Présentation des groupes de discussion

Les groupes de discussion ont été réalisés entre décembre 2019 et octobre 2020, à mon domicile et ont bénéficié d'un triple enregistrement, deux enregistrements vidéogrammes et un enregistrement audiométrique, cela afin de palier à l'absence d'observateur. J'ai été modératrice de chacun des groupes de discussion. Au début de chaque groupe de discussion, je me présentais comme interne de médecine générale sans préciser l'année de ma promotion ECN ni ma fonction de remplaçante de médecine générale, cela dans le but d'instaurer une relation d'égal à égal et ainsi faciliter nos échanges.

Il était proposé des rafraîchissements et des encas à chaque participant dans l'ambiance détendue de mon salon, fauteuils et chaises placés en cercle et à la même hauteur autour d'une table basse afin que chacun se sente à son aise et en confiance. Un de mes proches était présent durant les focus group 2, 3 et 4, il a aidé au service ainsi qu'à l'accueil des retardataires, surveillait le bon fonctionnement des appareils d'enregistrement, il n'a pas joué le rôle d'observateur car non formé à cette pratique.

→ Focus group n°1 :

Ce groupe a été réalisé le 10 décembre 2019 à 20 heures, a duré 99 minutes et a rassemblé les participants suivants : Louis, Mauricette, Yvonne, Rita, Martine et Norah (pseudonymes attribués au moment de la retranscription). Sept participants étaient initialement prévus pour ce groupe, une personne s'est excusée de son absence le jour de la rencontre. Une des participantes a eu 7 minutes de retard, une deuxième 35 minutes, elles se sont intégrées dans la discussion en cours. Le recrutement de ces internes s'est principalement fait suite à une intervention au Séminaire de début d'internat le 7 novembre 2019 avec distribution de flyers explicatifs (disponible en Annexe 4), ils ont été contactés par la suite par SMS ou courriel. L'ensemble des participants était en premier semestre, deux

participantes se connaissaient personnellement, deux autres participantes se connaissaient de vue. La modératrice ne connaissait aucun des participants.

→ Focus group n°2 :

Ce groupe a été réalisé le 19 mai 2020 à 20 heures, a duré 119 minutes et a rassemblé les participants suivants : Lucette, Edmond, Michel, Germaine et Marie-chantal (pseudonymes attribués au moment de la retranscription). Six participants étaient initialement prévus pour ce groupe, cinq se sont présentés, ils avaient tous été contacté par SMS ou courriel. Ces internes étaient de semestres différents, une était en quatrième semestre (aurait dû être en cinquième semestre mais un semestre invalidé), une en troisième semestre et les trois autres en premier semestre. Deux participants se connaissaient personnellement. La modératrice ne connaissait aucun des participants.

→ Focus group n°3 :

Ce groupe a été réalisé le samedi 20 juin 2020 à 15h, a duré 124 minutes et a rassemblé les participantes suivantes : Marie-Ange, Roselyne, Claudette, Thérèse, Armande, Paulette, Gisèle (pseudonymes attribués au moment de la retranscription). Le groupe était exclusivement féminin. Huit participantes étaient prévues pour ce groupe, sept se sont présentées, elles avaient toutes été contactées par SMS ou courriel, une participante a été invitée de vive voix car il s'agissait d'une de mes connaissances. Une des participantes a eu 11 minutes de retard et s'est intégrée dans la discussion en cours. Quatre participantes étaient en sixième semestre, une en premier semestre et deux avaient terminé leur internat et réalisaient des remplacements de médecine générale. Deux participantes se connaissaient personnellement, deux participantes se connaissaient de vue. Je connaissais personnellement une des participantes.

→ Focus group n°4

Ce groupe a été réalisé le 20 octobre 2020 à 20h, a duré 102 minutes et a rassemblé les participantes suivantes : Simone, Joséphine, Edith et Nana (pseudonymes attribués au moment de la retranscription). Sept participants avaient initialement été contacté par SMS ou courriel, trois se sont désistés quelques minutes avant ou après le début de la discussion, il a été décidé en commun accord avec les participantes de poursuivre la discussion, quatre personnes nous semblant un minimum suffisant à une conversation stimulante. Ce groupe était également exclusivement féminin. Deux participantes étaient en sixième semestres et deux avaient terminé leur internat et réalisaient des remplacements de médecine générale. Deux participantes se connaissaient personnellement. Je connaissais de vue une des participantes que j'avais rencontré durant un remplacement.

Chaque participant des groupes de discussion s'est vu remettre un questionnaire (disponible en Annexe 5) à remplir en fin de discussion afin de relever leurs caractéristiques (sexe, âge) et les informations relatives à leur parcours universitaire et leurs projets professionnels. Un consentement de participation à l'étude a été demandé à l'oral au début de la discussion et confirmé par écrit à la fin de la discussion.

Plusieurs difficultés se sont présentées lors de l'organisation de ces groupes de discussion, la crise sanitaire du coronavirus et les deux premiers confinements ont imposé d'importantes adaptations ayant pu avoir des répercussions sur la disponibilité, le discours des participants, leur comportement et la retranscription qui a suivi (difficultés à poser une date, port du masque, distance d'un mètre...). Les vacances d'été 2020 ont également retardé la réalisation des groupes de discussion en raison de dates de disponibilité qui n'étaient pas concordantes entre les participants.

V. Le Guide d'entretien

Tout l'intérêt du guide d'entretien est qu'il permet au modérateur du groupe de guider la discussion selon des thèmes définis à l'avance tout en laissant une liberté de parole aux participants.

Nous avons réalisé notre guide d'entretien à partir d'une recherche bibliographique sur différentes bases de données bibliographiques : PubMed, SUDOC, Cismef, BDSP, CAIRN, EM Premium disponibles sur le portail des Bibliothèques universitaires de Strasbourg.

Une fois notre premier guide d'entretien réalisé (disponible en Annexe 6), nous l'avons testé sur le Focus group n°1 afin d'évaluer sa pertinence et sa compréhension. Celui-ci a nécessité par la suite quelques adaptations, principalement dans la formulation des questions afin d'en faciliter la compréhension. Il n'a été que peu modifié par la suite et est disponible en Annexe 7.

Les thèmes abordés dans le guide d'entretien étaient : le sentiment général des participants face à une personne âgée en médecine générale, leur avis quant à leur préparation à la prise en charge de ces patients, les outils/ressources qu'ils connaissent et sur lesquels ils s'appuient, le mode d'acquisition et la possibilité de transmission de ces connaissances, leur avis quant à la création d'une formation à Strasbourg et leurs propositions. Ces thèmes ont tous été abordé pendant les différents groupes de discussion mais pas toujours dans l'ordre du guide.

En raison de l'absence d'observateur et du manque d'expérience de la modératrice à la réalisation de focus group, la trame d'entretien a été affichée sur un mur et était visible des participants lors de la réalisation des deux premiers focus group. Du fait de la prise de confiance progressive de la modératrice, il a été décidé de ne pas afficher cette trame durant les groupes 3 et 4. L'utilisation de la grille d'entretien s'est par ailleurs révélée plus souple au fur et à mesure des rencontres permettant de laisser place à la libre parole et à la spontanéité des participants.

VI. Retranscription des focus group et analyse

La retranscription des groupes de discussion a démarré juste après la réalisation de chacun de ces groupes. Nous avons rapporté par écrit l'intégralité des paroles des participants de la manière la plus fidèle possible avec le degré d'interprétation que suppose la transcription du contenu oral en contenu écrit. Les informations paraverbales et non verbales tels que les silences, erreurs, hésitations, onomatopées, postures ont également été rapportées dans les retranscriptions.

L'anonymat des participants a été réalisé au moment de la retranscription.

L'analyse descriptive des résultats a été réalisée sans l'aide de logiciel d'analyse, par codage axial des verbatims. Les focus group ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, survenue au groupe n°3 avec réalisation d'un groupe supplémentaire afin de confirmer la saturation. L'analyse a été reprise par deux intervenants extérieurs pour les groupes 2 (intervenant 1) 3 et 4 (intervenant 2) afin de croiser les regards et permettre une analyse objective des résultats. Les groupes 2, 3 et 4 ont été choisis car ils nous paraissaient les plus riches.

Afin de renforcer la validité de nos résultats, nous avons eu recours à la triangulation des données en les comparant aux retours des différents participants suite à l'envoi par courriel des analyses de leur groupe correspondant, ainsi qu'aux données de la littérature.

Résultats

I. Caractéristiques des participants

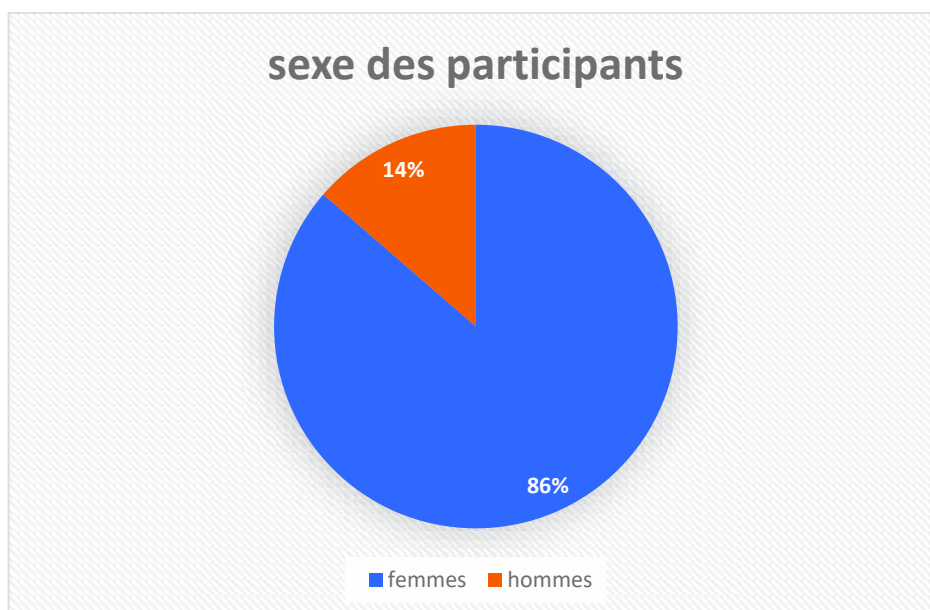
Les données suivantes ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire remis à l'ensemble des participants à la fin de chaque groupe de discussion et remplis par leurs soins.

A. Nombre de participants, sexe et âge

Vingt-deux internes de médecine générale ont participé aux quatre différents focus group réalisés pour les besoins de cette étude. Les participants avaient entre 24 et 31 ans. L'âge moyen était de 26.4 ans et l'âge médian de 26 ans.

Concernant le sexe des participants, nos groupes de discussion étaient représentés par une majorité de femmes : 19 femmes et 3 hommes soit respectivement 86.4 et 13.6 % de notre échantillon.

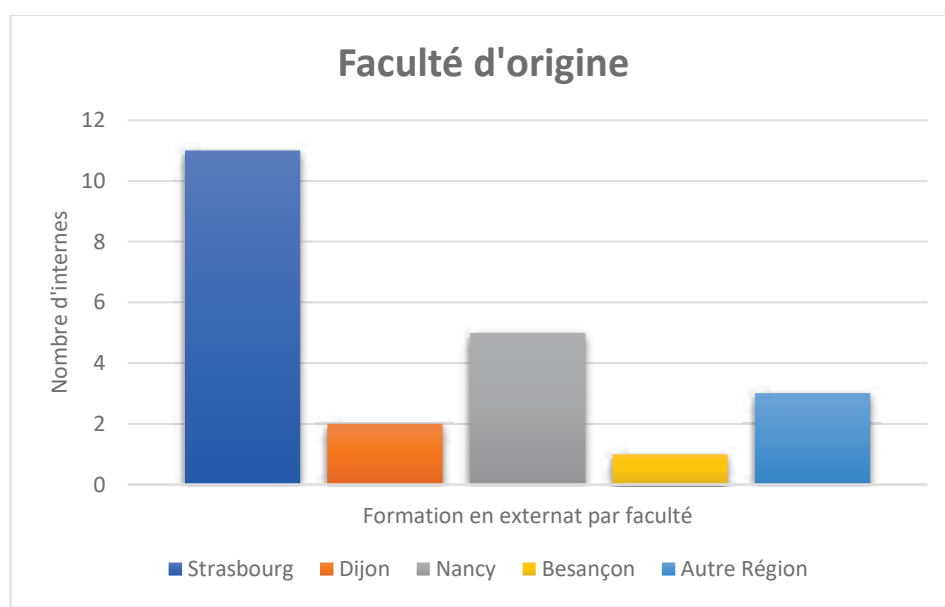
Figure 3 :



B. Localisation des facultés de formation durant l'externat

Sept facultés étaient représentées à travers les quatre groupes de discussion. Onze participants soit 50% de l'ensemble des participants avaient réalisé leur externat à Strasbourg. Huit participants soit 36.4% d'entre eux avaient réalisé leur externat dans une faculté du Nord Est de la France (autre que Strasbourg) : 1 à Besançon, 2 à Dijon, 5 à Nancy. Trois participants soit 13.6% d'entre eux venaient d'une région ne se situant pas dans le Nord Est de la France : 2 à Tours, 1 à Saint-Etienne.

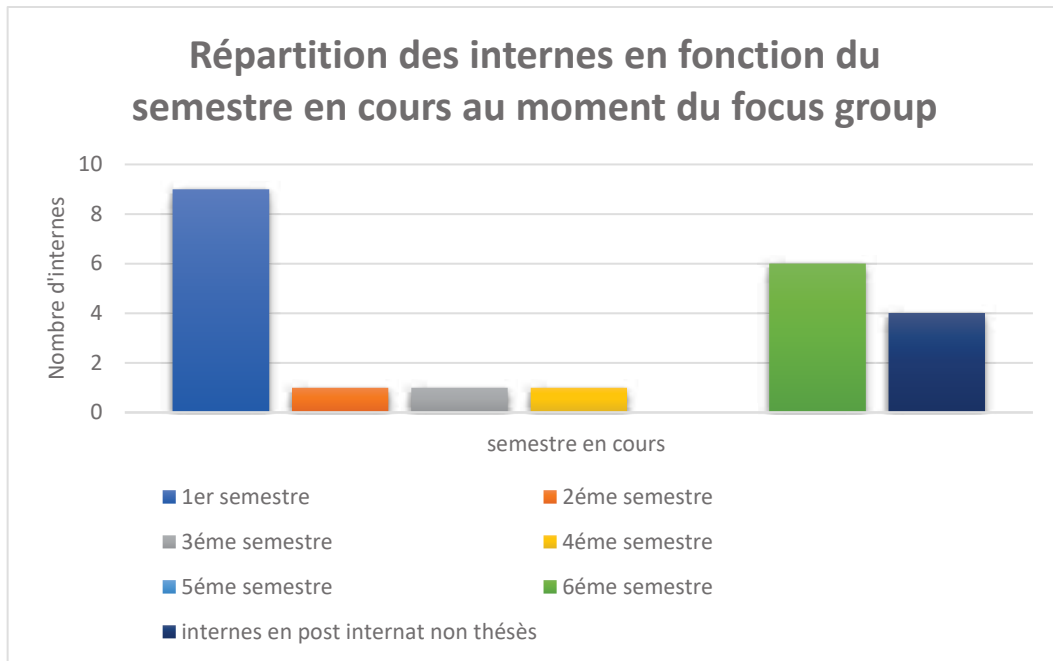
Figure 4 :



C. Semestre en cours et remplacement

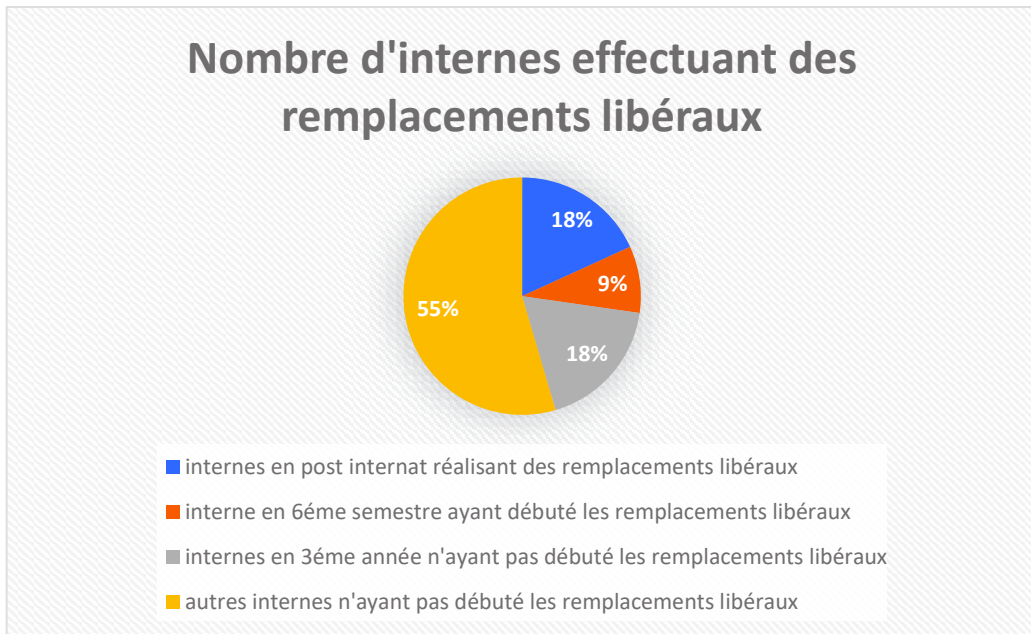
L'ensemble des participants poursuivaient un cursus de médecine générale, aucun n'avait encore obtenu sa thèse. Les trois années d'internat étaient représentées avec une majorité d'internes en premier et sixième semestre. Une participante était en quatrième semestre en raison d'un stage invalidé et faisait partie de la promotion se trouvant en cinquième semestre au moment du focus group.

Figure 5 :



Quatre participantes avaient effectué l'ensemble des semestres d'internat et réalisaient au moment de la discussion des remplacements de médecine générale. Toutes avaient choisi de réaliser des remplacements en médecine libérale. Trois d'entre elles avaient débuté les remplacements depuis moins d'un an, une depuis deux ans. Deux internes en sixième semestre avaient également commencé à réaliser des remplacements en médecine libérale durant leur stage SASPAS, en cours au moment du focus group.

Figure 6 :

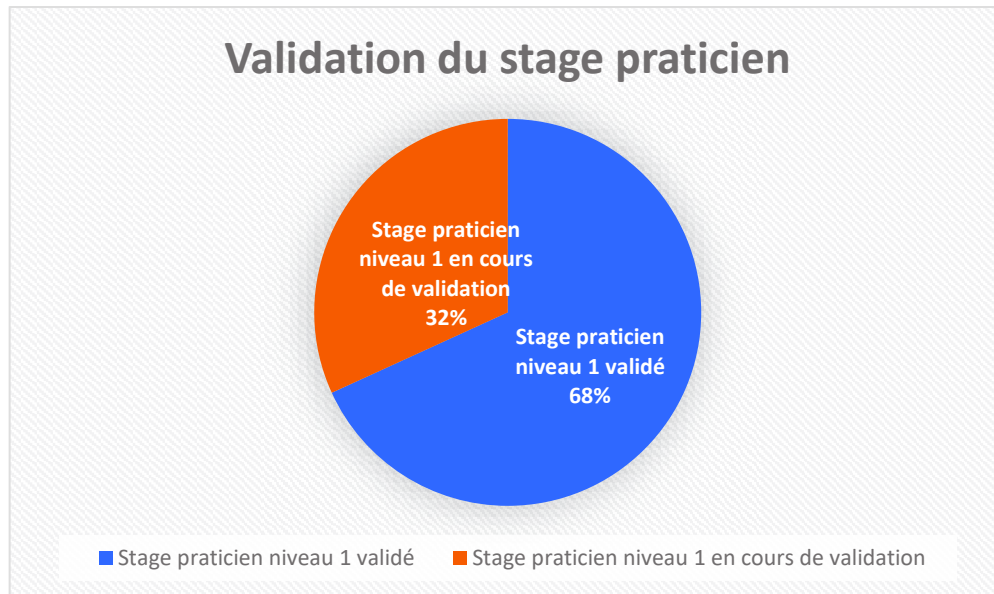


D. Maquette d'internat de médecine générale

→ Stage chez le praticien niveau 1

Quinze internes avaient validé leur stage chez le praticien niveau 1 au moment de leur participation au focus group, sept étaient en stage praticien au moment de leur participation au groupe de discussion.

Figure 7 :

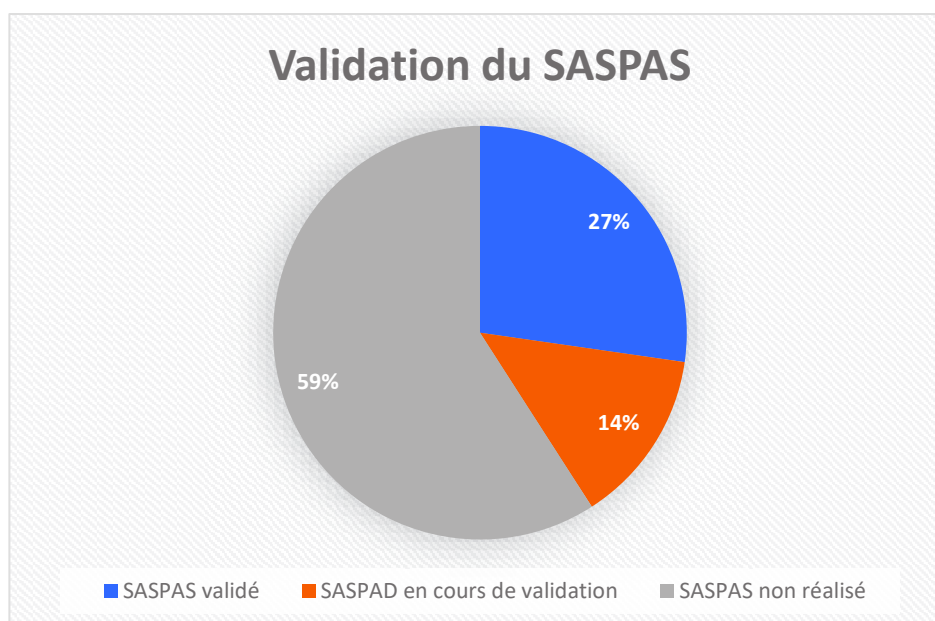


Aucun interne n'a déclaré avoir réalisé ou être en cours de réalisation d'un stage praticien à orientation gériatrique. Une interne a réalisé son stage praticien chez un médecin coordonnateur d'EHPAD. Seuls seize participants ont précisé l'orientation gériatrique ou non de leur stage praticien.

→ SASPAS

Six internes avaient validé le stage SASPAS parmi les vingt-deux participants, trois internes effectuaient ce stage au moment de leur participation au focus group.

Figure 8 :



Une interne a réalisé un SASPAS à orientation gériatrique, en Hôpital de jour gériatrique. Sept participants sur neuf ayant validés ou en cours de validation du SASPAS ont précisé l'orientation gériatrique ou non de ce stage.

→ Stage en Gériatrie

Cinq internes avaient validé un stage de Gériatrie hospitalière durant leur internat, une interne en a validé deux, une interne a réalisé un stage divisé entre deux services de gériatrie. Les services représentés étaient la gériatrie aigüe (trois internes), le SSR (deux internes) et la psychogériatrie (une interne).

Il a également été demandé aux internes d'indiquer les éventuels stages en gériatrie réalisés pendant leur externat. Neuf internes ont réalisé un stage en gériatrie hospitalière pendant leur externat : quatre en gériatrie aigüe, un en SSR, quatre n'ont pas précisé le type de service dans lequel ils ont fait leur stage en gériatrie.

Une interne a réalisé un stage en gériatrie durant son externat et son internat.

Externat et internat confondus, onze internes ont réalisé au moins un stage dans un service de gériatrie.

→ Stages hospitaliers impliquant la prise en charge fréquente de personnes âgées

Huit internes ont validé un stage en médecine polyvalente dont une interne en a réalisé deux. Treize internes ont validé leur stage d'urgence.

E. Localisation des sites de stage chez le praticien et de SASPAS

Nous avons demandé aux internes d'indiquer les villes dans lesquels exercent leurs maîtres de stage universitaire (MSU) en stage chez le praticien et en SASPAS.

A partir de ces données, nous avons classé ces villes en fonction de deux indicateurs distincts qui nous paraissaient pertinent pour notre travail : L'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes et la part des 65 ans et plus dans la population de la ville concernée.

« L'APL est un indicateur local qui tient compte de l'offre et de la demande issue des territoires environnants. Calculée à partir de l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins. Elle prend en compte les cabinets de médecins généralistes libéraux, cabinets secondaires inclus, les omnipraticiens et les médecins à exercice particulier ; les consultations effectuées dans les centres de santé. L'offre de consultations externes de médecine générale proposée par les hôpitaux n'est pas prise en compte.

L'APL prend en compte dans son calcul :

- un recours dégressif avec la distance entre 0 et 20 minutes.*
- le nombre de consultations et visites réalisées sur une année.*
- La demande de soins : les besoins de recours à un médecin généraliste varient notamment en*

fonction de l'âge. Pour tenir compte de ces variations, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge. » (142)

L'APL en France était de 3.9 en 2018, la part des 65 ans et plus était de 19.4% en 2017 (valeurs les plus récentes au moment de la rédaction).

→ Part des 65 ans et plus dans la population

Dix-huit internes ont indiqué au moins un site de stage praticien niveau 1 situé dans une ville où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française. Parmi eux, neuf en ont indiqué au moins deux.

Six internes ont indiqué au moins un site en SASPAS situé dans une ville où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française. Parmi eux, deux en ont indiqué au moins deux.

Parmi les internes ayant réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS, cinq ont réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS dans une ville où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française.

→ APL

Onze internes ont indiqué au moins un site de stage praticien niveau 1 situé dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française. Parmi eux, six en ont indiqué au moins deux.

Cinq internes ont indiqué au moins un site en SASPAS situé dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française. Parmi eux, cinq en ont indiqué au moins deux et trois au moins trois.

Parmi les internes ayant réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS, un interne a réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française.

→ Part des 65 ans et plus dans la population et APL

Lorsque nous associons ces deux indicateurs, nous pouvons constater que parmi les internes neuf ont indiqué au moins un site de stage praticien niveau 1 situé dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française et où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française dont un en a indiqué au moins deux.

Trois internes ont indiqué au moins un site de SASPAS situé dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française et où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française.

Parmi les internes ayant réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS, un interne a réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS dans une ville où l'APL est inférieure à la moyenne française et où la part des 65 ans et plus est supérieure à la moyenne française.

Tableau : Nombre d'internes indiquant des sites de stage praticien et/ou SASPAS présentant une part de la population des 65 ans et plus supérieure à la moyenne française et/ou une APL inférieure à la moyenne française

		Stage praticien niveau 1	SASPAS	Stage praticien niveau 1+ SASPAS
Part des 65 ans et plus dans la population de la ville supérieur à la moyenne française	-Au moins 1 site de stage	18 internes	6 internes	5 internes
	-Au moins 2 sites de stage :	9 internes	2 internes	
APL de la ville inférieure à la moyenne française	-Au moins 1 site de stage :	11 internes	5 internes	1 interne
	-Au moins 2 sites de stage :	6 internes	5 internes	
	-Au moins 3 sites de stage :		3 internes	
Part des 65 ans et plus dans la population de la ville supérieur à la moyenne française et APL de la ville inférieure à la moyenne française	-Au moins 1 site :	9 internes	3 internes	1 interne
	-Au moins 2 sites :	1 interne		

Au moins dix-huit d'entre eux ont réalisé un stage ambulatoire dans au moins une ville à forte concentration en personnes âgées et donc ont une forte probabilité d'avoir été en contact et d'avoir soigné ce type de population. Au moins onze d'entre eux ont réalisé un stage ambulatoire dans une ville où l'offre de soins était faible, ils ont donc probablement été confrontés à cette problématique. De plus, au moins neuf d'entre eux ont indiqué un site de stage dans une ville où l'offre de soins était faible avec une population âgée importante, ces internes ont donc possiblement été confrontés aux difficultés de manque de moyens et de surcharge de travail de la médecine gériatrique ambulatoire.

Toutefois, il est important d'indiquer que sept de ces internes ; en première année d'internat ; était en stage chez le praticien depuis deux mois dont trois avaient cité au moins une ville avec une APL faible et une concentration en personnes âgées élevée, une interne avait indiqué une ville à forte concentration en personnes âgées mais APL élevée. Une interne ayant réalisé un stage praticien niveau 1 et un SASPAS n'a pas indiqué les villes dans lesquels ces stages se sont déroulés.

Au vu des différents stages praticiens, SASPAS et stages hospitaliers, nous pouvons légitimement penser que l'ensemble des internes a été dans la situation de soigner une personne âgée et a été confronté à certaines difficultés pouvant être associées à leur prise en charge.

F. Formation

Cinq internes ont déclaré avoir suivi une formation complémentaire, deux ont obtenu un Diplôme universitaire (DU) en Santé de l'enfant et trois un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) durant leur internat (deux en gynécologie médicale, une en Infection par le virus de l'Immunodéficience humaine, une en Médecine et traumatologie du sport) aucun d'entre eux n'a validé ou étaient en cours de validation d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC). Aucun d'entre eux n'a suivi de formation complémentaire en gériatrie.

G. Projets professionnels

Huit internes parmi les vingt-deux participants envisageaient une installation précoce après la fin de leur internat en cabinet de médecine générale libérale dont quatre souhaitaient exercer en milieu rural/semi-rural, parmi eux un interne avait des ambitions politiques.

Trois internes envisageaient du remplacement libéral puis une installation en cabinet de médecine libérale.

Trois internes envisageaient un exercice mixte en salariat et en libéral.

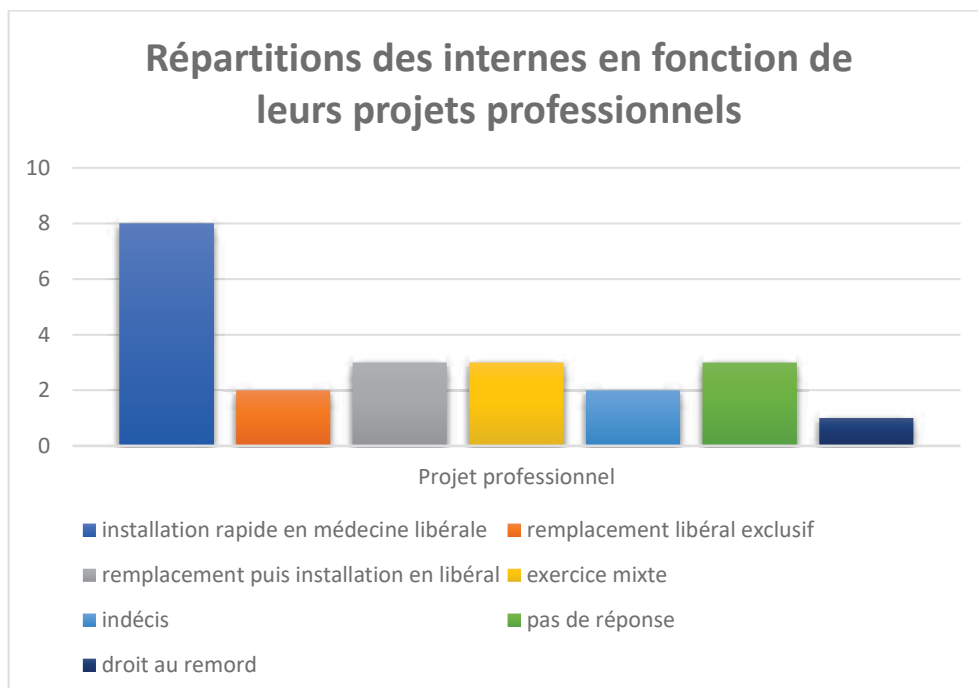
Deux souhaitaient réaliser du remplacement en médecine générale libérale de manière exclusive.

Deux internes étaient indécises.

Trois internes n'ont pas donné de réponse ou ont donné une réponse en dehors du sujet (deux internes), celles-ci ont été considérées comme n'ayant pas donné de réponse.

Une interne a exprimé le désir de faire valoir son droit au remord pour une autre spécialité, elle a cependant évoqué un projet de médecine salariée.

Figure 9 :



II. Résultats qualitatifs

Les différents focus group se sont révélés extrêmement riches d'informations, cinq thèmes se sont détachés de ces discussions, ceux-ci ont été traités de façon exhaustive :

- Le point de vue des internes quant à l'exercice de la médecine générale
- La gériatrie en médecine ambulatoire
- La formation en gériatrie
- Les besoins en formation des internes et leurs propositions pour l'amélioration de leur enseignement
- Les différentes suggestions des internes afin d'améliorer la pratique de la gériatrie en ambulatoire en dehors du cadre universitaire.

Dans un souci de compréhension et de clarté, la présentation des résultats qualitatifs a été réalisée de la façon suivante :

- Les verbatims (extraits de discours des participants) sont retranscrits dans une autre police que celle utilisée dans le texte analytique, entre guillemets et sur fond gris (excepté lorsqu'ils sont intégrés dans le texte analytique).
- Le paratexte et les segments de phrase explicitant un implicite sont notés entre crochets et en italique.
- Les silences, pauses, hésitations dans le discours, ainsi que les fins de phrase terminées par un autre participant sont représentés par des points de suspension.
- L'emphase (exagération dans la façon de parler et dans les gestes des participants) est mise en gras.
- Certains passages du discours des participants jugés non pertinents pour ce travail n'ont pas été rapportés dans les résultats ci-dessous et sont représentés par des points de suspension entre crochets, ils sont consultables dans les transcriptions écrites de chaque groupe de discussion (non intégrés dans le travail de thèse mais remis sur demande à Mme Capron Tiffany).

- Les fautes de français ainsi que les répétitions et onomatopées exprimées par les participants n'ont été corrigées ou supprimées que lorsque celles-ci nuisaient à la compréhension du discours et cela afin d'en garder l'authenticité.

- Un résumé des résultats est proposé à la fin de chaque thème abordé (excepté pour le dernier thème abordé qui est une synthèse de toutes les suggestions des internes faites afin d'améliorer la pratique de la gériatrie en ambulatoire en dehors du cadre universitaire).

A. Point de vue des internes quant à l'exercice de la médecine générale

Afin de comprendre les implications et les défis que relève l'exercice de la gériatrie ambulatoire, nous avons tout d'abord exposé le point de vue de ces internes quant à l'exercice de la médecine générale.

a. Une médecine appréciée des internes

❖ La médecine de l'anticipation et de la prise en charge à long terme

La notion de prise en charge à long terme a plusieurs fois été évoquée. Elle est considérée par les internes comme un atout dans la résolution de cas complexes et une caractéristique propre à la médecine générale.

-Paulette : « [...] le temps de nouer une relation de confiance qui ne peut se faire qu' au bout de plusieurs fois [...] c' est souvent des situations où il faut aussi du temps et donc du temps pas de la consultation même mais du temps de revoir plusieurs fois. »

-Nana : « [...] on peut pas tout brosser en quinze minutes... Donc moi souvent je leur dis "Repassez la semaine d' après pour bah pour vérifier les vaccins, les prises de sang, tout ça » ... »

La prévention est un autre point clé de la médecine générale relevé par les internes, leur permettant d'anticiper certains problèmes et d'éviter les complications souvent délétères qu'ils engendrent.

❖ Une médecine variée, humaine et proche des patients

Comme le suggère Marie-Chantal, la médecine générale donne accès à une grande diversité de pratiques et permet à chacun de développer ses compétences dans différents domaines qu'il affectionne.

-Marie-Chantal : « ... toutes les activités sont différentes en médecine générale je pense... »

Chez ces internes, le médecin généraliste est un médecin proche de ses patients, entretenant avec eux une relation privilégiée, le comparant parfois à un membre de la famille.

Cette relation privilégiée ; de confiance ; est un atout pour le médecin. Elle lui permet d'avoir une connaissance approfondie du patient dans son milieu de vie afin d'adapter sa prise en charge à celui-ci, d'obtenir une meilleure adhésion et de plus grandes chances de succès de son traitement.

- Michel : « [...] c' est aussi une grosse part de la médecine générale par rapport aux autres, le côté un peu social, relationnel avec les gens [...] Il fait un peu partie de la famille [*le médecin traitant*] ... Y' en a ils le connaissent depuis vingt ans, il vient à la maison tous les 3 mois pour aller les voir, ils connaissent toute leur vie. »

❖ Une liberté d'adaptation

La médecine générale offre une liberté d'adaptation qu'on ne retrouve pas nécessairement dans le salariat. Le médecin généraliste est libre de choisir ses horaires, d'adapter son emploi du temps comme il le souhaite.

-Edith : « [...] en ambulatoire c' est plus facile de gérer son temps, tu peux toujours essayer de trouver un créneau de RDV [...] où tu sais que tu vas pas être appelé pour une admission à l' hôpital en même temps quoi !... Bon après le temps il est... tu l' étends un peu comme tu veux quoi, tu l' étires comme tu veux dans ta journée de consultation ... »

❖ La médecine de la coopération interprofessionnelle

Les internes mettent en avant l'importance de la communication et de la coopération ville-ville/hôpital ; entre médecins mais aussi avec de multiples professions gravitant autour du patient et intervenant dans sa prise en charge. Le rôle central du médecin généraliste est considéré comme essentiel au bon déroulement des opérations aussi bien en tant qu'informateur qu'acteur de la situation. Le médecin généraliste possède de précieuses informations sur le patient, orientant ou modifiant de façon radicale son pronostic lors d'une hospitalisation, il est l'interlocuteur privilégié pour la suite de la prise en charge une fois le patient sorti.

- Lucette : « [...] du coup on a une personne de soixante-dix/ soixante-quinze qui était venue chez nous complètement au fond du lit ! [...] Y' avait une limitation thérapeutique qui était dès le début quoi ! [...] **casée démente**, irrécupérable. J' ai appelé le médecin traitant le lendemain [...] « Oh non elle est pas du tout comme ça ! Elle a toute sa tête ! » [...] ça a changé complètement son pronostic [...] c' était vraiment hyper important parce que sans cette communication [...] y a vraiment dees pertes de chance [...] »

❖ Les maisons médicales et la médecine rurale

Les types d'exercice et zones d'installation ont été discutés par les internes (principalement dans le groupe 2), certains ont été plus plébiscités que d'autres : l'exercice rural et l'exercice en groupe.

Ils voient dans l'activité en zone rurale un exercice valorisant leurs capacités d'investigation, offrant une diversité de champs d'actions possibles dans la prise en charge des patients qu'impose l'isolement. L'isolement favorise la collaboration des différents acteurs gravitant autour du patient et la création de liens privilégiés entre ceux-ci, ne pouvant compter que les uns sur les autres pour régler les différents problèmes qui s'opposent à eux, la création d'un réseau comme cité par les internes est primordiale. Les médecins étant moins nombreux en campagne, ils se connaissent et sont moins soumis à l'anonymat fréquent des grandes villes.

-Michel : « [...] et puis y' en a un autre qui est perdu à la campagne qui a un réseau **énorme**, enfin il connaît tous les spécialistes du coin, il connaît les infirmières eet les aides sociales [...] ils se tiennent au courant de tel ou tel patient et puis ils arrivent à faire une prise en charge comme ça **sans** faire appel à l' hôpital. Moi je trouve ça génial ! »

-Germaine : « Après c' est un p' tit endroit où tout le monde se connaît, où tout le monde est plutôt sympa. On n' est pas dans une grosse ville [...] »

Ce besoin de coopération se ressent également dans le désir qu'ils expriment de travailler en groupe (maison médicale, maison de santé pluriprofessionnelle, cabinet de groupe ...). Le cabinet isolé ne semble plus leur convenir, Edmond l'exprime clairement, son visage reflétant un certain dédain pour cette pratique solitaire de la médecine. Un attrait pour l'exercice de groupe et l'exercice semi-rural déjà retrouvé dans 2 enquêtes réalisées par plusieurs syndicats d'internes et de remplaçants (143,144). En effet, le mode d'exercice en cabinet de groupe offre de multiples possibilités d'actions,

une facilité et une rapidité d'accès à différents intervenants leur permettant de fluidifier leurs prises en charge et donc de leur apporter un plus grand confort de travail. Cette pensée est exprimée par Germaine qui utilise à plusieurs reprises le superlatif « hyper » pour « hyper- pratique » « hyper-rassurant ».

-Germaine : « [...] les maisons de santé [...] y' a le labo à côté, y' a le radiologue. C' est pratique, et ça, je trouve ça hyper rassurant en tant que médecin généraliste [...] pour les cas complexes c' est quand même hyper pratique... »

-Edmond : « [...] je pense que à mon avis ça va bientôt être la fin des cabinets...

-Germaine : ... **tout seul !** »

b. Mais une médecine contraignante

❖ La charge de travail

➤ La charge administrative

La charge de travail lourde du médecin généraliste a de nombreuses fois été évoquée par les internes.

Les contraintes administratives leur semblent écrasantes, ils n'y ont pas été formé et les considèrent pour partie ne relevant pas du travail d'un médecin. Ils ne remettent pas en question la totalité de ces tâches mais critiquent leur nombre important et l'impact à court, moyen et long terme sur la qualité des soins qu'ils dispensent à l'ensemble des patients. Ils critiquent également le manque de reconnaissances et de rémunération de certaines d'entre elles particulièrement chronophages.

-Mauricette : « [...] mes médecins ils font déjà tellement de papiers [...] C' est pas de la médecine tu vois au bout d' un moment. »

-Nana : « [...] tous les appels qu' on passe... après les consultations... c' est vrai que des fois ça manque de valorisation tout ça. »

➤ Le nombre de consultations et la pression de la salle d'attente

Le stage chez le praticien leur a permis de prendre conscience de la manière dont travaille celui-ci : la durée moyenne d'un RDV, l'enchaînement des consultations, des horaires de travail parfois larges et mal définis, la pression quasi constante imposée par une charge de travail toujours croissante, source de stress et de fatigue.

Nous pouvons relever du dépit et de l'indignation dans les propos des internes.

Le ton monte parfois et l'utilisation de la négation ainsi que de termes à caractère péjoratif est fréquente, ceux-ci évoquant une charge comme « pression » « faut » « en plus » « paperasse ».

Certains internes comme Thérèse utilisent le masque de l'humour et la caricature afin d'exprimer leur désespoir et leur agacement face à des situations difficiles.

-Thérèse : « ... Et parfois du coup tu leur demandes **et là ils te racontent pleins de trucs** et ta p' tite consult où t' avais juste marqué « renouvellement d' ordonnance » elle se transforme... et là t' as la secrétaire qui t' appelle « ça va ? » « Oui ça va oui... » « Ils s' impatientent dans la salle d' attente » « Oui oui ! » [...] «

Cette « pression de la salle d' attente » est parfaitement exprimée par Michel dans le mot « coalition », les patients formant une « coalition » face au médecin et « la p' tite mamie ». Nous pouvons noter que l'ensemble des internes sourit lorsque Michel raconte cette anecdote et semble

partager son avis, ce qui suggère qu'il s'agit d'une expérience fréquente, partagée de tous, chacun s'appropriant cette histoire.

- Michel : « [...] il est dix-neuf heures, y' a seize patients dans la salle d'attente y' a la p' tite mamie qui arrive, on se dit « bon, on va peut-être pas y passer une heure, on veut rentrer aussi » et les patients on les entend dehors ils sont d'jà en train de former... une petite coalition [...] »

Nous pouvons relever l'expression qui s'affiche sur le visage d'Edmond lorsque Michel dit avoir eu seize patients en salle d'attente à dix-neuf heures, il écarquille les yeux, semble ébahi par l'information qu'il vient d'entendre, peut-être n'avait-il pas conscience de cette possible (sur)charge de travail auparavant ? Cette réaction suggère qu'Edmond n'avait pas connaissance de certaines contraintes pouvant être associées au travail de médecin généraliste, bien qu'il ait choisi cette spécialité.

➤ Le manque de temps

La thématique du temps a été de nombreuses fois abordée au cours des conversations, il s'agit d'une préoccupation majeure chez ces internes de médecine générale.

Le nombre important de patients, l'impossibilité de prévoir en avance une journée de travail, l'aspect aléatoire des motifs de consultations et donc de leur durée de prise en charge posent des problèmes de gestion et d'organisation du temps pour les internes.

-Simone : « C' est trop aléatoire. »

La sollicitation fréquente et parfois excessive des patients et de leur famille, la surcharge de travail qu'elle engendre renvoie l'image d'une médecine générale débordée par ses patients.

-Simone : « C' est des charges [*informer la famille*], je trouve qu' on nous sollicite encore plus [*en ambulatoire*].

-Edith : C' est ça. Il faut encore programmer la visite et puis ça va pas être juste la visite ça va être tac tac tac tac tac. »

-Louis : « [...] on avait des consultations en rendez-vous de quatorze heures à seize heures mais même là le créneau de rendez-vous c' est déjà le vingt janvier » [*discussion de décembre 2019*]

Par conséquent prendre du temps pour un patient peut parfois se révéler être un risque pour ces internes comme l'exprime Roselyne, mimant une balance bénéfice/risque.

-Roselyne : « [...] c' est un peu le risque d' avoir parfois une consultation où on a pris le temps, on a expliqué, la personne nous a dit « Oui ! » comme si elle avait tout compris alors qu' en fait des fois ils rentrent chez eux le soir et leurs enfants rappellent [...] »

Le risque exprimé semble être celui d'être submergé par le poids de cette charge de travail car tout ajout de contraintes supplémentaires demande du temps qu'ils n'ont parfois pas.

Le discours de ces internes met en avant une logique de productivité primant sur un travail de qualité. Cette logique semble ancrée dans leurs esprits mais ils la subissent plus qu'ils ne l'acceptent, comme peut le montrer le visage effaré de Thérèse face à la charge de travail d'un médecin généraliste.

-Thérèse : « Ouais ! Mais je me dis le problème c' est que y' a tellement de trucs [...] »

Bien qu'ils y soient contraints, les internes dénoncent ces pratiques. Concentrer un maximum de travail dans un minimum de temps ne leur semble pas réaliste et se fait fatalement au détriment de la

prise en charge du patient et de la relation que le médecin entretient avec celui-ci, sa cadence de travail l'obligeant à ne pas respecter son rythme ni son intimité. Car comme le suggère Edith, prendre du temps et impliquer le patient dans sa prise en charge, permet à moyen et long terme d'améliorer l'adhérence et l'efficacité d'un traitement ce qui permet au final de gagner du temps.

-Edith : « [...] avec la médecine générale t'as tellement de truc... qui te tombent dessus que c'est pas normal que d'un autre côté tu puisses pas prendre le **temps** dont tu as besoin, comme tu disais, tu vas le faire avec le premier patient, le deuxième patient et pas le troisième. »

-Edith : « [...] ça m'a pris... dix minutes mais je lui ai expliqué ce que c'était le diabète [...] elle a dit "D'accord ! Mais j'ai compris ! [...] merci de me l'avoir expliqué !" et en fait je l'ai revu deux mois après [...] et son diabète ça allait mieux [...] il faut des fois prendre le temps d'expliquer [...] »

Cet impératif de temps peut avoir des conséquences délétères chez le médecin pour qui il est parfois difficile de réaliser correctement son travail avec la désagréable sensation de le "bâcler" faute de temps. Ces situations peuvent conduire à des détresses émotionnelles chez celui-ci lors de situations qu'il n'arrive plus à gérer.

-Nana : « Ouais ! C'est ça, sinon on a l'impression de bâcler et ça sert à rien. »

Simone suggère toutefois que le sentiment des internes de manque de temps peut également être dû au fait qu'ils ne connaissent pas les patients contrairement au médecin traitant qui lui connaît ses dossiers, son organisation...

-Simone : « [...] moi chuis en SASPAS chez un médecin [...] quand je débrieife avec lui il connaît parfaitement les antécédents [...] clairement il met deux fois moins de temps que moi parce que moi je connais pas [...] enfin je les lis vite fait [...] »

Une opposition est faite entre le rythme de travail hospitalier « à l' hôpital on a plus de temps » et ambulatoire, celle-ci est un indice du lien que font les internes entre rémunération et rythme de consultation. La médecine hospitalière est majoritairement une médecine salariée, elle est donc soumise à une réglementation horaire avec un salaire défini, régulier et des droits sociaux protégeant le salarié mais nécessitant de respecter certaines règles de travail définies dans le contrat de travail contrairement à la médecine libérale dont la rémunération dépend en grande partie du nombre de consultations réalisées mais qui offre une plus grande liberté d'exercice.

-Lucette : « [...]c' est sûr à l' hôpital on a plus de temps, en médecine générale... moins on finit tard. »

➤ La pression financière

La médecine libérale offre une plus grande liberté d'exercice mais elle impose également une pression financière quasi constante, l'absence de sécurité salariale force donc à privilégier un rythme de travail constant parfois croissant. Les charges financières sont une des nombreuses craintes exprimées par les internes, les poussant à la multiplication des actes, à la réduction du temps de consultation, à l'élargissement de leurs horaires de travail au détriment de leur vie personnelle et de leur qualité de vie. Ils ont parfaitement conscience de cette réalité et semblent être tiraillés entre leur désir de faire de la bonne médecine pour tous et la nécessité d'équilibrer les comptes de leur entreprise.

-Edith : « ... quand j' étais SASPAS ... Y' en avait une qui disait “ Ouais mais tu sais ! Tu vas pas pouvoir faire ça toute ta vie ! Parce que tu vas pas réussir à t' en sortir financièrement, tu te rends pas

compte avec toutes les charges et tout ! Si tu fais pas plus vite ton boulot, t' y arriveras jamais... tu vas travailler jusqu' à vingt-trois heures et puis tu vas gagner quoi deux mille euros par mois !” [...] »

-Marie-chantal : « [...] je sais pas on verra dans le futur si y aura des nouvelles formes de rémunération mais... je pense que ça peut être un frein pour certains [...] mais c' est vrai que passer une heure avec une personne... pour vingt-cinq euros alors que on peut en faire quatre dans l' heure [...] »

-Germaine : Faut payer le cabinet, faut payer les charges, faut manger. »

Ici Germaine sourit de manière ironique devant l'évidente réalité de ses propos et la possible contradiction entre ses envies et ses besoins. Les internes mettent en lumière un problème majeur : la rémunération actuelle des médecins généralistes ne leur permet pas d'exercer leur métier dans de bonnes conditions et des conséquences négatives se ressentiront soit pour les patients soit pour les médecins ou les deux. L'évocation d'une nouvelle forme de rémunération par Marie-Chantal sonne ici comme un espoir d'amélioration de la qualité de vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes.

Cette charge de travail importante et constante a un impact important sur les internes et leur vision de la pratique de la médecine générale. Elle est en partie responsable et s'ajoute à une charge morale pouvant influencer sur leur santé mentale.

❖ La charge mentale

➤ Des difficultés dans la gestion des patients et de leur comportement

• Des patients exigeants

Le comportement des patients à l'égard de leur médecin généraliste donne parfois l'impression aux internes qu'il est un prestataire de service, le service étant l'ordonnance délivrée à la fin de la consultation, le travail préalable d'interrogatoire, d'examen... étant passé sous silence, ignoré du patient volontairement ou non, qui ne consulte que pour son sésame final. Lucette accentue le ton sur le pronom relatif **que** « être **que** celui » afin d'insister sur le manque de respect dont peuvent faire preuve certains patients envers eux et leur travail. La comparaison avec un distributeur est frappante et image parfaitement le sentiment de ces internes d'être assimilés à des objets aux ordres de leurs patients, une déshumanisation du médecin qui se poursuit par la métaphore de « l'usine », (lapsus de Lucette) l'usine évoquant un travail à la chaîne d'employés anonymes et parfois de machines sous les ordres d'un patron, ici le patient, soumettant le médecin à son seul rôle de prescripteur.

-Lucette : « [...] l'impression d'être **que** celui qui va prescrire des trucs [...] avant d'aller acheter ses médicaments et tout ça un peu l'usine enfin pas l'usine mais... le distributeur c'est ça ! Le passe-droit pour avoir son truc [...] »

Les internes dirigent principalement leurs critiques envers les patients adultes jeunes. Ils ont la sensation que ces patients sont plus exigeants, avec de multiples revendications et demandes de prise en charge surévaluée et peu stimulantes intellectuellement pour l'interne, ils sont parfois intolérants comme le souligne Norah : « Et surtout ils **veulent** un arrêt de travail ! ». L'ironie est palpable mais dénonciatrice d'un épuisement des internes face à des comportements qu'ils ne jugent pas acceptables

de la part de ces patients. Nous pouvons relever du sarcasme dans le discours mais aussi de l'exaspération avec l'utilisation d'un vocabulaire exprimant le poids, la négation est largement employée.

-Rita : « Mais c' est l' **entre- deux** !

-Yvonne : **Ouais** ! Ils sont **chiant**s !... Ils sont jamais contents, ils ont toujours quinze trucs en même temps [...] Quinze **TRUCS d' un coup** ! »

-Edith : « [...]je me sens plus à l' aise avec ça que des fois avec la personne de vingt ans... qui va être là « je tousse depuis un an » « Euuuh oui ah bon ? ». »

Cependant cet avis n'est pas partagé de tous. Germaine relativise les exigences des patients jeunes, s'identifie à eux et les comprend, elle évoque l'idée que la maladie ; bénigne ou non ; pour le patient jeune est une contrainte importante dans sa vie de tous les jours et est mal perçue par celui-ci, il lui semble donc légitime de penser qu'une consultation chez le médecin peut ne pas être un acte agréable pour lui ce qui aura possiblement des conséquences délétères sur son comportement.

-Germaine : « [...] que **nous**, les jeunes de vingt, trente, quarante ans la santé c' est le truc qui fait chier parce que si ça merde on peut pas taffer, on peut pas faire ci, on peut pas faire ça, c' est pas la même vision. »

Les demandes parfois exagérées des patients peuvent être responsables d'un épuisement de ces jeunes médecins qui parfois n'attendent qu'une chose, relâcher le poids que l'on fait peser sur leurs épaules. En effet, Thérèse dit avoir été « lâche » et que son désir de ne plus avoir en charge la patiente et sa famille était « horrible ». Même si l'autocritique est nécessaire à un bon développement personnel et professionnel, cette opinion péjorative, presque méprisante quant à son propre comportement face à

une situation complexe est problématique. En effet, être confronté de manière répétée à des situations nous poussant dans nos retranchements et fragilisant le respect que nous nous portons à nous-même ne peut être que délétère pour la santé mentale de chacun.

-Thérèse : « [...] J' avoue c' était lâche mais j' étais contente d' avoir fini le rempla en me disant « je l' ai plus sur les bras ! » et c' est horrible... »

- Une décision partagée difficile

Le thème de l'épuisement est très présent dans les discussions. Les internes expriment des difficultés à se confronter aux choix des patients, à leurs désirs parfois perçus comme irrationnels, au devoir du soignant à qui il incombe d'informer et de faire comprendre les raisons des décisions prises pour qu'elles soient comprises et acceptées par le patient, ce qui n'est pas toujours le cas et peut être mal vécu par le médecin.

-Michel : « [...] faut aussi que la personne soit... coopérante. »

Louis : « [...] faut se fatiguer parfois sur des semaines, des mois, parce que c' est très difficile des fois de supprimer un seul truc [...] »

- Mais la contrainte morale de continuer à soigner ses patients

L'acte de soigner peut parfois s'assimiler à une contrainte chez le médecin généraliste et ici chez les internes de médecine générale, celui-ci n'ayant d'autres choix que de suivre le patient qu'il connaît depuis plusieurs décennies malgré des difficultés qu'il n'arrive pas à surmonter et parfois le

désir d'abandonner face à ces difficultés. Les internes semblent sous-entendre que la contrainte morale de soigner un patient est plus forte chez le médecin généraliste que dans les autres spécialités.

- Michel : « Une fois que tout le monde a dit non bah y' a plus que le médecin généraliste ! On peut pas dire « Je veux plus suivre le patient, démerdez vous, voilà ! Ça fait vingt ans maintenant tu... » Enfin **moralement**, c' est compliqué. »

➤ Le poids des responsabilités, devoir être omnipotent ?

Malgré les différentes structures, ressources disponibles, les internes ont la sensation que le poids des responsabilités leur incombe. Ils ont le sentiment d'avoir un devoir d'omnipotence, de connaissance et de compétences dans des domaines extrêmement variés et pouvant ne pas être de l'ordre de compétences médicales.

Yvonne : « Le patient il va attendre de **toi** ! Son médecin traitant que ça soit toi qui le fasse ! Dans sa tête ce sera toi hein ! »

D'après eux, les patients ; qui s'adressent directement et systématiquement à leur médecin de famille ; demandent que la prise de décision soit faite par ce médecin. Il s'agit d'une marque de confiance mais peut également être une contrainte pour le médecin. Cela se ressent par l'utilisation répétée du pronom personnel « toi ».

-Mauricette : « En fait faut être expert-comptable, assistante sociale... »

Des responsabilités non médicales qu'ils remettent en question mais se sentent dans l'obligation d'assumer pour certains.

-Paulette : « Après est-ce que c' est vraiment notre rôle ? [...] Parce que nous en soi on va pas se mettre à jouer les intermédiaires [...] si y' a pas d' arguments médicales en soi...

-Thérèse : [...] souvent en fait c' est le médecin qui se retrouve à tout gérer [...] »

➤ Le manque de considération et de reconnaissance

Le manque de reconnaissance est un sentiment très marqué chez les internes, fréquent parmi leurs pairs spécialistes « Faut être spé ! Faut être neurochir ! ».

Le manque de reconnaissance dont peuvent faire preuve leurs pairs d'autres spécialités est illustré par les internes à travers l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaires où le médecin généraliste est rarement convié alors qu'il est un acteur principal dans la prise en charge du patient et est souvent détenteur d'un savoir que n'ont pas ou rarement les participants de ces réunions. Le ton des internes est ironique mais la situation n'en reste pas moins « pénible » pour eux, ne se sentant pas valorisé dans leur travail.

-Edmond : « Pourtant le médecin traitant a son avis dans les réunions de concertation pluridisciplinaire et...

-Lucette : On lui demande pas souvent !

-Edmond : Il est invité, il est invitééé...

-Marie-chantal : Ouais, c' est pénible.

-Michel : Alors que finalement c' est lui qui connaît le mieux le patient ! Alors que tous les autres ils l' ont pas vu ! alors prrr ! ouais sur un dossier !»

Le manque de reconnaissance de la part de leurs pairs peut parfois se manifester par le manque ou l'absence de coopération dans la prise en charge urgente ou non d'un patient complexe. Nous

ressentons ici un agacement des internes face à des comportements considérés parfois comme abusifs de la part de leurs confrères d'autres spécialités.

-Michel : « [...] on appelle le SAMU pour leur expliquer la situation ils disent « Bahhh... tant que vous arrivez à vous débrouiller avec les moyens bah vous la gardez, vous vous démerdez quoi [...] » [...] »

Les internes critiquent un manque d'égard de la part de leurs confrères/consœurs spécialistes avec parfois l'absence de correspondance, des dossiers incomplets comme dans l'exemple du dossier médical partagé (DMP) non rempli par le médecin spécialiste. Ils dénoncent des intentions vénales chez certains d'entre eux (le secteur 2 est ici critiqué) et un manque de rigueur les obligeant à reprendre le travail de ceux-ci lorsqu'ils n'ont pas pris le temps d'informer le patient. Il est intéressant de constater qu'une explication simple à ce qu'ils considèrent être un manque de considération à leur égard n'a pas été évoquée concernant leurs confrères spécialistes : le manque de temps de ceux-ci.

-Simone : « [...] combien j' ai de patients qui viennent après en consult pour me dire “J' ai rien compris...ce que m' a dit le cardiologue ou le gastro-entérologue... vous pouvez me réexpliquer parce que je sais pas ce que je vais faire, je sais pas pourquoi je fais l' examen” et eux les ont pris dix minutes ils leur ont demandé [...] un tarif exorbitant vu... qui sont secteur... des dépassements et nous on va être payé vingt-cinq euros à expliquer pendant une demi-heure quoi... »

-Nana : « [...] jamais eu de lettre d' un ophtalmo... »

-Edith : « [...] il [*le patient*] va pas aller chez le médecin généraliste juste pour qu' il scanne la lettre du spécialiste qu' il est allé voir parce que le spécialiste il avait pas le temps de le faire [...] »

Le médecin généraliste est souvent le médecin traitant du patient dont il s'occupe parfois depuis plusieurs décennies. Michel critique le comportement de certains confrères/consœurs spécialistes qu'il accuse ne pas prendre leurs responsabilités dans la prise en charge du patient, engendrant un sentiment d'abandon et de solitude chez le médecin généraliste lors de situations complexes à gérer pour lui et où le vide se crée autour du patient.

-Michel : « Parce que les autres c' est bien ils peuvent dire « Bah c' est pas de mon ressort ou ... ». [...] Une fois que tout le monde a dit non, bah y' a plus que le médecin généraliste ! On peut pas dire « Je veux plus suivre le patient, démerdez vous, voilà ! Ça fait vingt ans maintenant tu... » Enfin **moralement**, c' est compliqué. »

Les propos évoqués ici ; reflets des préjugés et stéréotypes de différents membres de la profession médicale ; sont évocateurs d'un manque de compréhension, de connaissance de l'autre et peut-être d'un manque de communication entre confrères/consœurs de différentes spécialités. Toutefois ils semblent également révéler des difficultés et un sentiment de malaise plus général de la profession de médecin généraliste.

En effet, ces internes ont parfois la sensation d'être abandonnés "laissés pour compte" par leurs confrères mais également par les politiques et la société, ne reconnaissant pas en la médecine générale un exercice "lucratif".

Ils dénoncent un manque de moyens alloués au secteur des soins de santé primaire.

-Michel : « [...] Donc c' est le médecin traitant [...] c' est à lui de gérer donc parfois avec les moyens du bord ! un petit peu à la MacGyver donc [...] on est seul au monde j' ai l' impression. »

Ils semblent sous-entendre que la médecine générale est parfois une médecine de « bricolage » en raison d'un manque de moyens et de considération.

Ils ont également le sentiment de ne pas être reconnu financièrement à leur juste valeur.

-Louis : « Et les consult de méd G sont moins bien payées, le problème c' est ça aussi. » [*Que des consultations de spécialistes*]

Nous pouvons noter chez les internes un sentiment d'abandon de la part des politiciens mais également de la population générale car « c' est la mentalité » et que « Enfin tout le monde s' en fout ! ... » .

➤ Une pression de l'assurance maladie

Les demandes de l'assurance maladie sont jugées parfois excessives pour les internes et s'ajoute au poids des différentes charges déjà existantes. Elle est évoquée dans l'expression « une usine à gaz » qui signifie que la chose demandée est compliquée à réaliser. L'exemple de la majoration du taux de consultation pour avoir droit à un assistant médical cité par Mauricette en est une. Celle-ci exprime d'ailleurs son agacement quant à ces réunions « je peux pas dire j' ai assisté au truc, j' ai subi la réunion mais j' étais j' en pouvais plus ! ». Yvonne quant à elle exprime le manque d'aide, de soutien de l'assurance maladie sur laquelle elle ne pense pas pouvoir compter pour l'informer, la former. « ...ON L' A FAIT ! VOUS LE SAVIEZ PAS, FALLAIT CHERCHER ! [...] ils vont pas te faire une formation cotation non plus quoi ! Faut pas croire ça ... »

-Mauricette [*rapporte une réunion avec une représentante de l' assurance maladie concernant les assistant médicaux*] : « [...] en gros pour avoir une assistante médicale, ils ont pris les chiffres de

consultation des médecins, ils ont dit il faut que vous augmentiez de tant de pourcent [...] « si vous faite ça ! on vous finance... **Aux deux tiers** un assistant médical. » [...] »

➤ La prise de conscience face aux difficultés globales qu'affronte le domaine de la santé

Les internes semblent extrêmement lucides face aux difficultés du monde médical. D'après eux, le manque de considération, le manque de moyens ne concernent pas uniquement la médecine générale mais l'ensemble du système de santé.

-Joséphine : « [...] à l' époque c' était plus le patient au centre du truc et puis l' hôpital était pas déficitaire, y' avait du **temps**, y' avait des **moyens**, mais ça ça joue aussi. »

Joséphine évoque la perte d'une éthique professionnelle chez les soignants en raison des politiques budgétaires imposées sur l'Hôpital et ses services. Cette pression financière permanente serait responsable de prises en charge incomplètes, ne se concentrant plus sur le soin nécessaire au patient mais sur l'équilibre budgétaire. Elle entrainerait le développement d'un environnement de travail nuisible au personnel hospitalier favorisant l'apparition de comportements inadaptés, de maltraitance envers les patients mais également d'un manque de communication, de considération des médecins généralistes et de la médecine de ville de manière plus globale. Une atmosphère délétère poussant à la division du monde médical.

-Joséphine : « [...] y' a une part du système de santé ... y' a plus la même éthique qu' à l' époque [...] surtout à l' hôpital, la personne âgée oui elle est là... mais faut vite qu' elle parte de l' hôpital parce que sinon au bout de 5 jours l' hôpital est déficitaire donc... je veux dire on prend pas conscience de qui va récupérer la personne en sortant, qui va réviser les ordonnances en sortant... »

Ces contraintes de réduction du déficit, de maintien du budget du service et du personnel pousseraient des médecins à privilégier certains patients, certains soins qu'ils savent plus lucratifs pour leur service et cela au détriment de patients présentant un état de santé plus sévère mais dont les soins sont plus lourds et plus coûteux avec une hospitalisation plus longue.

-Joséphine : « Et au final le service là il était gagnant [...] Financièrement ça prenait un lit, [*des hospitalisations pour des motifs non justifiés*] c' était 5 jours... Mais au final l' hôpital il gagnait son blé là-dessus... »

-Simone : « [...] j' allais voir mon chef je disais « Mais on peut pas, on va pas le garder, il a **rien**, il mérite pas d' être là quoi ! Enfiin... » Y' en a justement d' autres qui ont besoin de lits quoi ! [...] En plus c' est des patients faciles, c' est des patients pas chiant... c'est des patients autonomes. Tu vois donc... clairement mon chef de service il était pour le garder un p' tit peu, je le comprends [...] ouais mais non en fait... »

Bien que les internes dénoncent avec agacement ces comportements pernicieux ; l'ironie perceptible dans leur discours marque leur désapprobation face à ces pratiques ; ils les comprennent. En effet le manque de moyen, la surcharge de travail permanente, les cadences de travail difficiles à tenir, la fatigue des équipes soignantes, le manque de considération des élus politiques et de l'administration hospitalière... ne peuvent que pousser à ce type de conduites.

Cette souffrance du monde médical ne s'arrête cependant pas aux portes de l'Hôpital public. Simone la décrit également au sein de structures privées comme par exemple certains établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le sentiment de révolte émanant de son discours est manifeste, elle use de manière répétée d'un vocabulaire familier évoquant l'indignation mais

également l'incrédulité, le ton est accusateur, Simone semble toutefois résignée et impuissante face à ce constat.

-Simone : « Quand on voit le coût d' une EPHAD quoi alors que je suis désolée... mais le service il est pas là quoi [...] y' a pas assez d' aides-soignantes, elles sont maltraitées aussi enfin... Moi pour y avoir travaillé pendant mon externat [...] ce que je voyais ça faisait peur quoi [...] Eeeet la personne elle paye deux milles balles par mois pour être là ! [...] ça c' est juste **hallucinant** [...] tu peux pas te dédoubler quoi [...] et ça c' est désastreux [...] c' est pareil pour les toilettes à l' hôpital, enfin c' est pareil partout mais... on va pas révolutionner le monde... mais l' argent c' est le problème. »

Ce climat de souffrance, de mal-être lié à des difficultés économiques et entraînant des comportements inadaptés et nocifs, semble ne pas s'arrêter au monde médical mais s'étendre à l'ensemble de la société. Edith dénonce un abandon des plus fragiles, une injustice sociale s'aggravant de jour en jour et pour partie conséquence d'une marchandisation de la santé dans notre société.

-Edith : « Hum, puis avec les gens qui ont... la retraite qu' on diminue encore plus, pareil les gens ils ont encore moins de moyens...

-Simone : Ouais ça va être compliqué je pense [...] »

-Edith : « ...Moi je trouve que... la santé et le soin ça devrait pas dépendre des moyens qu' on a quoi. Enfiin t' es personne âgée, t' as travaillé toute ta vie... t' es plus autonome ... tu peux pas vivre dans un EPHAD parce que t' as pas les sous et ta famille a pas les sous, tu fais quoi ? Tu crèves dans ton coin !? [...] »

Une politique de marchandisation que Simone dénonce également par le récit de comportements abusifs observés chez certaines familles de patients. Des comportements qui ne seraient en réalité que

le reflet de nouvelles valeurs de société, celle de consommation sans limite et de satisfaction immédiate de besoins individuels. A travers ses propos, elle semble suggérer que la monétisation à l'excès de l'acte de soins aurait transformé le patient en client, celui-ci ayant intégré ce statut ne peut qu'adopter les comportements qui s'y associent. Il va à l'hôpital comme il irait à l'« hôtel » et consomme le soin comme n'importe quel produit, des comportements d'autant plus marqués qu'il n'aurait pas ou peu connaissance de la valeur aussi bien financière, humaine que matérielle des soins qu'il reçoit.

Simone évoque également les comportements individualistes de certaines familles, satisfaisant leurs besoins immédiats (ici les vacances) au dépend du bien-être de leur parent.

-Simone : « [...] j' avais des patients, j' avais les enfants au téléphone ils disaient “ Ah mais là chuis en vacances en fait” “Ouais mais en fait l' hôpital c' est pas gratuit ! [...] ” [...] c' est pas un **hôtel quoi** l' hôpital non plus [...] faut aussi que chacun prenne ses responsabilités [...] l' hôpital il a bon dos aussi quoi. »

➤ La lassitude et l'épuisement de la jeune génération de médecins

La charge de travail constante, les difficultés à gérer les patients difficiles, le manque de reconnaissance, la pression sociétale et politique, l'expression d'une souffrance globale du monde de la santé semblent provoquer une lassitude chez la nouvelle génération d'internes qui se trouve confrontée à une réalité du terrain dont elle n'avait pas conscience auparavant. La déception est palpable dans leurs propos.

-Mauricette [*en parlant de son actuel stage chez le praticien*] : « Mais... moi j' étais bien d' avoir des patients avant. »

Cette réalité s'oppose parfois à leurs projets de vie comme le désir d'une vie familiale stable.

-Yvonne : « Putain ! Je rentrerai pas dans mes frais... je pourrai pas voir mes gamins ce soir ! »

Cette opposition entre les désirs des internes et la réalité du travail de médecin généraliste libéral pourrait être responsable d'orientation de carrière vers le salariat et un abandon du libéral.

-Louis : « [...] notre promo finalement, enfin l'impression que j'ai c'est que finalement deux tiers feront du salariat et qu'il y aura plus personne qui s'installera [...] »

Pour certains, le mode de travail de leur maître de stage est inenvisageable et pourraient les motiver à arrêter la médecine.

-Mauricette : « [...] « Mais je peux pas faire ça en fait ! », ce que fait mon médecin mais je ne fais pas ça moi, c'est pas possible, j'arrête ! Je fais pas ça moi. »

c. Résumé du chapitre

Point de vue des internes quant à l'exercice de la médecine générale

Les internes ont une vision positive de la médecine générale qu'ils perçoivent comme une médecine variée, humaine et proche des patients, offrant des possibilités d'anticipation et de prise en charge à long terme diversifiées ainsi qu'une liberté d'adaptation très appréciée. Le rôle central du médecin traitant et la coopération interprofessionnelle sont fortement plébiscités, ceux-ci se révélant être des atouts essentiels à la prise en charge optimale des patients.

Toutefois ils ont conscience des contraintes liées à cette pratique. Les charges administratives lourdes et chronophages, le nombre important de consultations, la sensation de manque de temps et de pression financière constante pèsent lourdement sur leurs épaules, les poussant au questionnement et aux doutes quant à leurs souhaits de pratique futur. A cela s'ajoutent une charge mentale importante, une confrontation fréquente à des patients exigeants parfois non-coopérants, un sentiment de devoir d'omnipotence et de contrainte morale à soigner dans un monde qu'ils pensent ne pas reconnaître leur valeur. Le manque de reconnaissance de la part de leurs pairs d'autres spécialités ; hospitaliers ou non ; des politiques de santé et de la société est un sentiment exprimé dans l'ensemble des conversations des différents focus group. Une souffrance dont ils savent faire partie d'un cri d'alarme plus global, celui du monde de la santé, prisonnier d'une société primant la consommation et l'individualisme aux valeurs de partage et d'entraide aux personnes les plus vulnérables.

B. La gériatrie en ambulatoire

a. Distinction entre la gériatrie hospitalière et la gériatrie ambulatoire

❖ Deux types de prise en charge très différentes

Dans les différentes discussions, les internes tendent à comparer la gériatrie hospitalière à la gériatrie ambulatoire. Ils décrivent un accès plus simple, plus rapide aux différents intervenant à l'hôpital mais également une pratique de la gériatrie plus complexe, plus lourde, plus spécialisée et non représentative de la médecine ambulatoire.

-Mauricette : « [...] on est tellement biaisé par l' hôpital, qu' on a tous les moyens qu' on veut comme ça en claquant les doigts. »

-Edith : « ... la personne âgée à l' hôpital c' est pas la même chose que la personne âgée en ambulatoire.

-Simone : Bah c' est quand même beaucoup plus compliqué... les pathologies ne sont pas les mêmes, c' est en aigue ils vont pas bien... »

Ces deux types d'exercices, hospitaliers et ambulatoires, observés par les internes lors de leurs stages, loin de s'opposer semblent se compléter et leur donner une vision d'ensemble essentielle à leur apprentissage de la médecine gériatrique.

-Edith : « Mais c' est clair que si j' avais juste fait le stage à l' hôpital je serais perdu en ambulatoire ça c' est sûr ! Après c' est en complément... »

❖ Une vision parfois négative de la prise en charge hospitalière des patients âgés

La prise en charge hospitalière du patient âgé n'est pas toujours vue de manière positive par les internes. Elle n'y est pas toujours optimale ni adaptée au patient âgé qui est parfois hospitalisé dans un service non spécifique aux besoins en soins liés à son âge (si cela s'avère nécessaire).

-Joséphine : « [...] Moi j' ai pas un très bon souvenir, alors en médecine interne on a eu que de la géria ça c' est clair ! Mais je trouve que c' était vraiment la prise en charge pas très adéquate. »

De plus, ils décrivent des situations parfois tendues entre l'hôpital et la médecine de ville avec absence de coopération, de communication celle-ci étant décrite comme « désastreuse », voire l'absence de prise en compte du médecin de ville dans la prise en charge du patient.

-Joséphine : « Moi je trouve que l' hôpital [...] le médecin généraliste il est **oublié**. En plus des fois ils se rendent pas compte qu' ils chamboulent toute l' ordonnance, que le patient il va rentrer à la maison, qu' il va rien comprendre...

-Simone : qu' il a depuis dix ans, et que tu dois rattraper derrière... »

b. Les représentations des internes quant à la prise en charge de la personne âgée en soins primaires

❖ Une pratique médicale enrichissante avec de vastes perspectives d'anticipation et de prise en charge à long terme

Du fait de sa multidisciplinarité la gériatrie ambulatoire est appréciée des internes. Les multiples pathologies, le travail de recherche qu'elle nécessite en font une médecine riche d'enseignements et pleine d'intérêt pour de jeunes praticiens en demande de défis médicaux.

-Lucette : « Mais, moi j' avoue que c' est mes préférés. Bah non mais intellectuellement c' est hyper intéressant... ils ont pleins de pathologies [...] »

Il s'agit d'une médecine du long terme, nécessitant la réalisation de consultations répétées sur plusieurs années, elle s'inscrit dans la durée permettant une grande souplesse d'adaptation.

-Nana : « [...] je me dis c' est l' occasion de faire le **point**, avoir un regard un peu neuf [...] moi c' est plutôt aussi l' effet de reprendre un p' tit peu leur histoire... trier leurs médicaments voir ce qu' ils savent de leur maladie, ça je trouve ça intéressant, j' aime bien... »

Les internes semblent avoir conscience des possibilités d'anticipation que leur offre la gériatrie ambulatoire. Le médecin généraliste est régulièrement le premier et l'interlocuteur privilégié des patients âgés, il est le premier à constater les problèmes, il a la possibilité d'entrer dans les maisons de ses patients et de les soigner dans leur milieu de vie lors des visites, constate les changements sur le long terme et peut agir directement auprès du patient avant la survenue de complications graves.

-Mauricette : « C' est-à-dire que ce sont des gens qui vont à peu près bien, qu' on voit à domicile, on peut faire encore plein de chose pour que ça se passe bien chez eux... »

L'anticipation est primordiale avec le patient âgé car elle permet d'éviter des situations d'urgences, sociales le plus souvent. La fragilité doit être dépistée dès ses premiers signes, aussi bien pour le bien être du patient que dans un souci d'allègement de la charge de travail du médecin et de la charge de travail hospitalière.

-Marie-Ange : « La situation sociale qui pose problème je pense c' est aussi un problème d' anticipation et... ça je pense qu' on a un rôle important à jouer là-dedans, de prévenir et de faire des bilans gériatriques [...] même quand tout va à peu près bien mais juste y' a des tout p 'tits signes de début de problème... »

La prise en charge ambulatoire du patient âgé est une priorité chez ces internes qui ne souhaitent recourir aux urgences qu'en dernier recours.

-Louis : « [...] on est vraiment très interventionniste c' est-à-dire qu' on va mettre un maximum, on envoie **jamais personne** aux urgences, presque jamais. »

❖ Mais une prise en charge anticipée qui n'est pas toujours faite

Les internes sont très critiques envers leur consœurs/ confrères médecins généralistes. Leur expérience de la gériatrie étant encore principalement hospitalière, nous pouvons penser que le contact avec des patients âgés hospitalisés a pu engendrer une vision biaisée de la réalité (celle vue dans les hôpitaux), oubliant les patients âgés pris en charge en médecine ambulatoire de manière adaptée qu'ils ne rencontreront que de façon exceptionnelle à l'hôpital ou durant leur stage praticien. Bien que ce

point de vue ne puisse être représentatif de la pratique de la gériatrie en médecine ambulatoire, nous ne pouvons ignorer leurs critiques car fondées sur des constatations réelles.

-Mauricette : « On a en fait [...] sur des gens qui sont hospitalisés... l'aboutissement de plein de procédures qui auraient dû être faites en amont [...] »

Ils ont pu constater des prises en charges non conformes aux bonnes pratiques de la médecine, ne prenant pas en compte l'anticipation nécessaire chez le patient âgé et aboutissant à des comportements non confraternels, non éthiques de la part de leurs confrères médecins généralistes, utilisant parfois la médecine hospitalière comme un raccourci dans la prise en charge du patient âgé.

-Joséphine : « [...] des fois aux urgences tu reçois aussi le dimanche après-midi... un patient qui vient avec une lettre du médecin : Maintien à domicile difficile [...] il laisse le courrier pour le fils et puis lui il le voit pas ! »

-Nana : « Et après ouais quand on hospitalise en aigue des fois les passerelles sont un peu plus facile à obtenir après mais c' est vrai que spontanément **pour** un placement, c' est cher payé... »

Des comportements souvent délétères pour le patient âgé qui n'est parfois pas consulté lors de ces prises de décisions.

-Nana : « [...] qui savaient même pas pourquoi ils [*les patients âgés*] étaient là aussi. Quand tu leur posais la question au box et bah « pfff ! », tu lisais le courrier pour le savoir. »

La critique principale ici, semble être le manque d'investissement et de motivation de certains médecins généralistes que certains internes (principalement du groupe 1) attribuent à une lassitude et une fatigue s'accumulant avec les années. Un *a priori* dont ils ne semblent pas avoir conscience.

Ils opposent la vulnérabilité de ces médecins s'accroissant avec les années, à leur motivation et leur énergie à participer à de nouveaux projets et qu'ils associent à leur jeunesse.

-Louis : « Je trouve que effectivement c' est plus le médecin est vieux et moins il est dans l' intervention ».

-Yvonne [*en parlant de l' ancienne génération de médecins généralistes*] : « Mais peut-être qu' il se lasse aussi au bout d' un moment.... Enfin je veux dire **Nous** on est **jeune...** »

Toutefois au-delà d'un manque de motivation, nous pourrions également y voir un manque de connaissance de la part de ces médecins généralistes quant aux différents bilans, outils, partenaires disponibles afin d'assurer le maintien à domicile de leurs patients âgés, un manque de temps pour s'y attarder, une incompréhension face à l'hétérogénéité des offres d'aides disponibles dans le secteur médico-social. Nous pouvons aussi suggérer un attrait moindre pour ce type de patientèle, ne les poussant pas à s'y intéresser... Les raisons peuvent être diverses et variées.

❖ Des défauts d'organisation du cabinet

➤ Des cabinets parfois non adaptés

Une remarque faite par les internes est celle des cabinets médicaux parfois inadaptés aux personnes âgées et plus généralement aux personnes présentant un handicap moteur. En effet, malgré la loi du 11 février 2005 fixant les critères d'accessibilité aux personnes handicapées dans les établissements recevant du public, peu de critères concernent la salle de soins et le matériel à usage médical qui s'y trouve (table d'examen, marche pied...), la barre de rappel horizontale n'y est par

exemple pas obligatoire. De plus, des dérogations ont été accordées à certains cabinets médicaux (145).

Thérèse : « [...] dans les cabinets [...] c' est pas du tout adapté, y' a pas de rampe pour qu' ils se tiennent, ils sont à moitié en train d' se casser la figure [...] »

➤ Des dossiers médicaux parfois mal tenus et l'absence fréquente de directives anticipées

Les internes, lors de stages praticien ou de remplacements, ont pu constater chez certains médecins généralistes un manque de tenu des dossiers médicaux, qui n'étaient pas à jour. Bien qu'il s'agisse d'un problème propre à chaque médecin, le manque de tenue du dossier peut rapidement être problématique pour de jeunes médecins inexpérimentés lors d'un remplacement particulièrement chez des patients âgés, entraînant des erreurs, des retards et pouvant avoir des répercussions sur l'ensemble de leur travail. Cela semble anodin mais ces obstacles peuvent avoir des conséquences importantes sur le ressenti, l'appréciation du stage ou du remplacement, nous pouvons d'ailleurs remarquer le rire de dépit et l'agacement de Paulette lorsqu'elle rapporte son expérience.

Paulette : « [...] par rapport au dossier médical parfois c' est pas toujours bien rempli... donc parfois voilà t' appelle... la personne répond paas, tu sais pas qu' en fait c' est la fille qu' il faut joindre... Moi ce qui m' était arrivé une fois j' avais été appelée pour une patiente et en fait quand je suis arrivée chez elle [...] j' ai dû appeler le SAMU, sauf que cette dame **âgée**, elle vivait avec sa fille qui avait un handicap [...] enfin c' était un gros micmac et j' y' ai passé maiiii une heure quoi ! [...] Mais en fait j' avais rien dans le dossier et ça je trouve que c' est quand même primordial [...] »

Les directives anticipées, et souvent leur absence, ont été citées durant l'une des discussions. Ce qui est critiqué est l'absence d'anticipation, d'information du patient, de communication entre les soignants pouvant mettre parfois ceux-ci en difficulté lors de situations aiguës graves.

-Mauricette : « [...] la notion de directives anticipées [...] c' était enfin **inexistant** ! »

❖ Un accès aux différents intervenants plus difficile en ambulatoire

Les internes semblent avoir constaté certaines difficultés à identifier et contacter les différents intervenants pouvant graviter autour d'un patient âgé : infirmières, kinésithérapeutes...

-Mauricette : « On arrive sur le terrain, bah des fois on est là, faut du kiné, faut du truc, on sait qu' il faut faire des choses mais on sait pas comment. »

De plus l'appel à des intervenants extérieurs implique une conscience professionnelle de leur part et une confiance de la part du médecin, ce qui peut ne pas être toujours le cas et est source de difficultés.

-Simone : « [...] dès l' instant que tu rajoutes des personnes... c' est jamais simple, après c' est... constructif et c' est bien quand ça se passe bien mais [...] »

-Nana : Faut que tout le monde joue le jeu aussi hein... »

❖ Des délais de prise en charge et des résultats d'examen parfois très long à obtenir

Les internes critiquent également les délais de prise en charge qui sont parfois très longs, retardent un diagnostic, un soin, une prise en charge.

-Armande : « Mais par contre [...] en fonction de l' endroit. Les délais c' est trois mois ... »

Des délais de prise en charge mais également des résultats d'examens parfois long à recevoir en ambulatoire.

-Simone : « Mais il [*le compte rendu d' échographie*] est pas interprété [...] Dans la journée ! Voyons ! Sinon c' est pas drôle ! [...] Le scanner, au bout d' un mois. »

❖ Un manque d'intérêt au niveau politique, sociétal et des restrictions budgétaires

En plus du manque de considération de la part des politiques envers les médecins généralistes, les internes sont confrontés aux problèmes budgétaires et au manque de financements alloués aux personnes âgées pour sa prise en charge ambulatoire et hospitalière. Ces défauts de prise en considération des besoins du patient âgé accentuent les inégalités sociales avec pour conséquences une altération de la qualité des soins et une dégradation de la qualité de vie de ces patients.

-Thérèse : « [...] quand l' ergo vient et [...] qu' en fait finalement c' est trop cher et que le conseil général peut pas donner toutes les aides et tout, ça c' est compliqué aussi.... Mais bon ça on peut pas y faire

grand-chose, c' est au niveau des décisions, bah de l' argent alloué aux personnes âgées au niveau de l' Etat quoi. »

-Joséphine : « ... là actuellement on est... dans la situation où il faut essayer de se démerder pour que la personne âgée reste le plus longtemps à la maison possible avec les soins qu' on a [...] »

Ils dénoncent une politique d'austérité abandonnant les plus fragiles, oubliant le principe de solidarité que l'Etat et la société a envers les personnes âgées fragiles.

-Edith : « ...Moi je trouve que... la santé et le soin ça devrait pas dépendre des moyens qu' on a quoi. Enfiin t' es personne âgée, t' as travaillé toute ta vie... t' es plus autonome ... tu peux pas vivre dans un EPHAD parce que t' as pas les sous et ta famille a pas les sous, tu fais quoi ? Tu crèves dans ton coin !? [...] »

Une pensée générale résumée par Joséphine dans l'exclamation suivante : « ...Ne soyez pas malade ! Ne soyez pas vieux ! »

c. Les représentations des internes quant au patient âgé en ambulatoire

❖ Définition d'un patient âgé

Comme nous nous y attendions aucune définition de la personne âgée n'a été clairement citée par les internes. La notion de patient âgé semble être floue à leurs yeux. La limite de soixante ans fixée par l'OMS (1) ne leur semble pas refléter la réalité de leur pratique et ne s'accorde pas à leurs

représentations de la personne âgée. En médecine, la prise en charge d'un patient âgé ne leur semble pas être une question d'âge civil mais avant tout d'âge physiologique.

-Edmond : « Alors que soixante ans c' est même pas vieux... »

-Germaine : C' est jeune !

-Edmond : ... C' est même pas une personne âgée ! Précision ! Ce n' est pas une personne âgée !

-Lucette : Bon après dans l' âge physiologique plutôt soixante-dix du coup ! »

Une différence est tout de même marquée entre le troisième et le quatrième âge, ce dernier ne semblant pas avoir les mêmes besoins que le premier, il nécessite un investissement plus important du médecin en termes de prise en charge.

Edmond : « [...] parce que... soixante-dix ans et quatre-vingt-douze ans ... C' est quand même pas pareil... ne serait-ce que pour l' examen clinique déjà, je trouve. »

❖ Un regard qui évolue avec le temps

Au fil des années, de la pratique et de la prise de confiance dans le domaine professionnel, l'image du patient âgé semble évoluer chez les internes. Tout d'abord considéré comme effrayant au vu de la charge de travail qu'il entraîne, le patient âgé est perçu au fil des années comme un patient stimulant intellectuellement du fait de la complexité de sa prise en charge et des défis qu'il sollicite, principalement dans le domaine ambulatoire.

-Joséphine : « Et puis je pense que le regard par rapport à la personne âgée il change aussi. Je vois par rapport à mon début d' internat, ça me faisait peur [...] la prise en charge et maintenant de le voir du côté ambulatoire ça fait moins peur... »

❖ Une image globalement positive du patient âgé

➤ Des patients plus faciles, moins exigeant, qui vont plus facilement adhérer à la prise en charge

Les patients gériatriques sont vu comme des patients plus faciles moins exigeant que la patientèle adulte plus jeune, qui adhèrent plus facilement à leur prise en charge.

-Rita : « Je sais plus comment m' y prendre avec les personnes âgées qui vont plus adhérer et qui vont vouloir partager q' que chose avec toi. »

Rita évoque « une relation différente », ils sont « plus simples » pour Mauricette, « plus faciles » pour Norah. Yvonne quant à elle utilise un vocabulaire évoquant la douceur, son visage est détendu, elle se sert de l'humour afin de dépeindre les aspects positifs de la personne âgée.

-Yvonne : « [...] le vieux tu sais pourquoi il vient, et il est mignon... il est gentil, il va t' écouter, tu vas lui refaire son ordonnance, tu vas discuter avec lui, il va te dire « oui ! j' arrête de manger des bredeles ! » [...] »

Le patient âgé est généralement apprécié des internes car ils ont la sensation de faire partie intégrante de sa vie qu'il partage par le récit de son expérience longue de plusieurs décennies, un échange se crée enrichissant la vie des deux protagonistes, ce que Lucette évoque comme le « côté humain » de la médecine.

-Lucette : « [...] ils ont toujours des choses à raconter... tu les sens pas égoïstes, tu les sens quand même... Dans l'échange enfin... pas tous hein ! [...] J'ai pas l'impression d'être **que** celui qui va prescrire des trucs [...] t'as vraiment l'impression de faire partie de la vie de la personne... »

➤ Des patients en relative bonne santé

L'expérience presque exclusivement hospitalière de la gériatrie semble avoir intégré dans le schéma de pensée des internes la vision d'un patient âgé en mauvaise santé.

Les stages chez le praticien leur permettent d'accéder à une vision différente de la gériatrie. Ils sont en contact de patients âgées dans leur milieu de vie en relative bonne santé, souvent encore actifs ce qui renforce leur image positive de la gériatrie ambulatoire.

-Mauricette : « La première impression que j'ai eue est que j'ai fait des stages en gériatrie à l'hôpital pendant l'externat c'est que je suis presque contente de voir des personnes âgées en ambulatoire qui vont à peu près bien et dont le vieillissement n'est pas pathologique [...] je trouve que la gériatrie en médecine générale est vraiment un truc de **positif** [...] »

➤ Des patients qu'on connaît bien, qu'on voit régulièrement, habitués aux examens

Les patients âgés sont des patients qui consultent régulièrement leur médecin généraliste, ce qui renforce l'idée chez les internes que ce sont des patients qu'ils connaissent bien du fait de la proximité et de la régularité des consultations. Ils en ont fait eux même l'expérience pendant leur stage chez le praticien.

-Norah : « Ouais et puis c' est des patients qui nous voient souvent, et puis les chroniques et on apprend à les connaître au fur et à mesure, même là au bout d' un mois et demi, y' en a que j' ai déjà vu quatre **fois** ! [...] On a aussi plus de contacts avec eux je suppose... »

D'après Mauricette, les patients âgés seraient plus faciles car habitués aux examens.

Mauricette : « Ils sont habitués aux examens, ça aussi c' est plus simple parce que ... on a rien besoin de dire...ils sont d' accord. »

➤ L'image positive du médecin reflétée par le patient âgé

- Le respect du médecin comme détenteur de savoir et instance supérieure

Les internes semblent nostalgiques d'un statut qu'ils ont la sensation d'avoir perdu en tant que médecin ou qu'ils perdent progressivement. Un statut qui leur semble encore exister chez la patientèle âgée porteuse d'anciennes valeurs de respect du savoir médical et de prestige de la profession faisant du médecin un notable respectable et respecté.

-Nana : « [...] ils ont [...] un respect du médecin [...] “Merci Docteur !” enfin beaucoup d' éloges finalement... »

Ils sont parfois étonnés et amusés de constater l'autorité que leur confrère leur statut de médecin face à un patient avec plus d'expérience de la vie.

-Paulette : « [...] t' arrives t' as même pas trente ans et elles te disent « Ah oui docteur... ». C' est assez amusant l' autorité qu' on peut avoir parfois auprès d' eux. »

La question est : est-ce une caractéristique générationnelle, cette population étant porteuse d'anciennes valeurs se perdant avec le temps ? Ou est-ce l'évolution naturelle des patients prenant conscience de l'importance du médecin généraliste et de son travail lors de leur avancée en âge ?

-Germaine : « C' est l' ancienne médecine... je pense qu' ils ont une vision du médecin qui n' est pas celle des années 2000-1990, je pense...

-Lucette : Est-ce que ça va changer, du coup ? »

- L'enthousiasme des patients âgés face à la nouvelle génération de médecins

D'après les internes, les patients âgés semblent plus enclins à les accueillir et les aider lorsqu'ils en ont besoin. Ces patients sont souvent plus enthousiastes face à l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins et à la possibilité de leur transmettre un savoir accumulé par les années, ce qui ajoute à la sympathie que les internes ressentent à leur égard.

-Mauricette : « [...] je sais que nous les petits jeunes [...] ils sont à fond « c' est bien ! ». ”

-Thérèse : « [...] y' en a ils [*les patients âgés*] aiment vraiment ce côté « Je vais apprendre quelque chose aux p' tits jeunes et tout » ... »

Les internes se sentent appréciés pour leur travail, valorisés. Ils semblent flattés de la considération que leur portent ces patients.

- Des patients reconnaissant de l'investissement du médecin

La patientèle âgée est généralement reconnaissante des efforts des internes, de leur investissement dans leur travail ce qui leur donne une impression d'utilité.

Lucette : « [...] je vais être **attentive**, je vais faire un examen clinique **complet** [...] je trouve queeee ils apprécient [...] »

Ces patients traduisent souvent leur reconnaissance vis-à-vis de l'investissement du médecin par des présents offerts en remerciement, moins fréquents chez les patients plus jeunes. Le présent a ici une forme symbolique forte, il permet au patient de rembourser la dette qu'il a envers le médecin pour l'avoir soigné ainsi que d'exprimer sa gratitude et son attachement à celui-ci. Le médecin quant à lui trouve une forme de récompense dans la reconnaissance du patient face à son investissement professionnel.

-Simone : « Et je trouve que effectivement, ils sont beaucoup plus reconnaissants ...

-Joséphine : De temps en temps ils te ramènent des pommes ou des noix...

-Simone : Ouais c' est ça ! Ou même des chocolats ! Et moi j' en ai jamais eu des jeunes patients ... »

❖ Mais des patients complexes

➤ Le vieillissement une période de bouleversement du corps et de l'esprit

Le vieillissement s'accompagnera de transformations physiques et psychologiques. La personne âgée, constatant l'apparition progressive d'une détérioration de son corps de plus en plus visible et qui se fera de plus en plus sentir avec le temps, devra apprendre à l'accepter.

-Edmond : « [...] Mais c' est vrai que quand je reçois des gens en consultation... qui sont bien âgééé... physiquement, ça va être la mauvaise blague, mais qui ont plus trop de cheveux... qui ont ouais des rides tout ça... j' me mets à leur place et je me dis « Pfff bah l' avenir est... » [*moue exprimant le dégoût*] »

Cela pourra parfois avoir des conséquences psychologiques difficiles à gérer pour celle-ci.

-Armande : « [...] Donc c' est un peu les premières fois [...] où ils sont devant le fait où ils doivent dire « Je comprends pas » ils sont un peu gênés par rapport à ça... ils ont un peu de mal à l' accepter... à le dire quoi. »

Les internes ont remarqué une accentuation ou une modification des traits de caractère lors de l'avancée en âge qu'ils ne s'expliquent pas.

Armande : « [...] chais pas si c' est leur caractère qui s' affirme de plus en plus mais y' a vraiment [...] deess caractéristiques spécifiques [...] Les personnes âgées des fois, elles sont plus revendicatrices ou plus super attachantes [...] »

➤ L'apparition progressive de pathologies multiples et parfois de la perte d'autonomie

- Des patients souvent polypathologiques

Le vieillissement du corps et de l'esprit aura parfois pour conséquence l'apparition de multiples pathologies interagissant les unes avec les autres et compliquant le tableau clinique du patient. Une complexité qui se ressentira sur la durée et le nombre de consultations.

Paulette : « Oui et puis après j' étais d' accord aussi avec la complexité des cas parce qu' ils sont souvent polypathologiques... Donc c' est vrai que quand ils viennent pour « J' ai mal au coude » Ça peut être tout et n' importe quoi !...

Marie Ange : Et puis souvent ils viennent pour « J' ai mal au coude » mais en fait y' a encore cinq choses qui se cachent derrière et dont ils parlent pas forcément spontanément [...] »

Les multiples pathologies apparaissant avec le temps nécessiteront une prise en charge médicale et thérapeutique difficile à gérer pour le médecin, et un effet domino rendant parfois difficile son acceptation par le patient du fait des répercussions sur sa qualité de vie.

-Edith : « [...] je comprends quand t'as quinze médicaments que des fois [...] des fois ils disent « J' en prends cinq après j' ai plus faim en fait ! ». »

De plus, le peu d'espoir de guérison de certaines pathologies est parfois responsable d'un sentiment de frustration de ces internes rendant les soins à la personnes âgée difficiles voire démotivants, nous pouvons ressentir la lassitude dans la voix et le comportement de Lucette.

-Lucette : « [...] faire les MMS, je trouve quand ils sont au début... de la démence, c'est vraiment dur [...] Typiquement le MMS, moi des fois je me dis « Pffff ! Pourquoi je le fais ? Est-ce que ça a un intérêt ? » [...] Et en fait on va faire quoi ? Bah pas grand-chose derrière », donc c'est vrai que ça je me sentais des fois désarçonnée [...] »

-Lucette : « [...] on est **préparé** à soigner des **maladies** curables et celles qui sont pas curables...bah on a pas on a pas trop le discours [...] »

- Des patients en perte d'autonomie

Dans certains cas, la sénescence entraînera des conséquences physiques pour le patient. Une perte d'autonomie liée à une perte de capacités physiques, cognitives ou sensorielles pourra progressivement apparaître avec l'âge pouvant aller jusqu'à un état grabataire.

Les internes ont conscience de l'impact qu'aura la perte d'autonomie sur la prise en charge du patient âgé et ressentent du dépit face à la lourdeur de la tâche.

- Edmond : « [...] quand on demande à quelqu'un de par exemple de... « Tournez-vous et puis soulevez votre haut pour qu'on puisse écouter », si la personne elle est pas... cognitivement capable de faire ça c'est difficile [...] »

L'apparition d'une lenteur d'exécution des gestes face à un médecin jeune et pressé pourra être source de difficultés pour la personne âgée.

-Roselyne : « [...] quand on voit la p'tite mamie qui marche à deux à l'heure pour entrer dans la salle d'attente, on a envie de lui de lui dire « Aller aller on y va ! », mais... on peut pas les presser parce quee bon c'est pas de sa faute si elle marche à deux à l'heure... »

Cette préoccupation du temps est telle qu'ils disent adapter leurs consultations avec la personne âgée afin de les optimiser au maximum. Toutefois cette optimisation maximale peut être mal perçue par celle-ci qui peut y voir un manque de respect ce dont les internes semblent avoir conscience.

-Marie-Ange : « [...] souvent bah la personne âgée elle préfère p' t-être se débrouiller même si ça prend cinq minutes de plus, après on en revient à la question du temps, c' est p' t-être aussi pour aller plus vite en consultation.

-Thérèse : J' allais dire, parfois je le fais, moi, c' est parce que sinon je sais que ça va prendre trois heures pour qu' il se déshabille et tout... »

L'utilisation de l'humour et de la caricature est fréquente, peut-être afin de relativiser la situation, d'obtenir le concours et l'adhésion des autres participants dans le but d'apaiser leur conscience face à des comportements pouvant être socialement réprochés.

Les internes ont mis l'accent sur deux pertes de capacités principales durant l'avancée en âge : la perte d'audition et les troubles cognitifs.

-Lucette : « [...] les personnes qui sont simplement **sourdes** ett en fait finalement il faut juste parler distinctement avec une voix plus grave, **fort**, prendre le temps et c' est vrai que [...] quand on est... dans un impératif de temps... »

La perte d'autonomie liée à la perte des capacités cognitives entraînera progressivement une dépendance importante de la personne âgée. Les internes semblent mal à l'aise avec ce trouble, difficile à gérer. Nous le percevons dans l'hésitation de Marie-Chantal, qui ne semble pas être dans sa zone de confort.

- Marie-chantal : « [...] en fonction de l' état cognitif c' est compliqué de savoir comment... l' attitude à prendre je trouve. »

Toutefois cet *a priori* sur la consultation de la personne âgée n'est pas l'avis de tous. En effet d'après Paulette, gériatrie ne rime pas nécessairement avec longue consultation.

-Paulette : « Moi j' associe pas forcément consultation de gériatrie avec **long** ! Parce qu' il suffit d' avoir... une jeune de vingt-cinq ans qui est un p' tit peu stressée [...] tu peux passer beaucoup plus de temps qu' avec une personne âgée. »

➤ Déni de la perte d'autonomie chez le patient âgé, confrontation à la maladie et à la mort

Les internes ont pu constater au fil de leurs stages le déni de certains patients âgés face à leur perte d'autonomie.

-Michel : « [...] j' ai fait un MMS à quelqu' un et [...] au bout d' un moment il se rendait compte qu' il arrivait pas à le faire [...] on arrivait pas jusqu' au bout [...] Mais on sentait qu' il comprenait que ça allait pas et puis il s' énervait, il se braquait [...] »

Déni et acceptation cités par Claudette font partie des étapes du deuil physiologique, nous pouvons ainsi considérer cette phase comme un deuil des capacités passées du patient et dont la perte, comme le décès, sont irrévocables et nécessitent un temps d'adaptation plus ou moins long selon les personnes.

-Claudette : « ... j' imagine d' où ça vient, tu veux pas renoncer à l' autonomie que tu avais avant et donc c' est une peu deee faire l' autruche que de nier le problème eeeet refuser tout déambulateur, canne, aide à domicile [...] T' as envie de rester autonome quoi ! Comme avant ! Si ils acceptent les aides extérieures ou les aides techniques, ça veut dire qu' ils sont plus capables de le faire... Tant qu' ils acceptent pas.... Ils restent dans leur déni quoi. »

-Martine : « [...] parce qu' y a beaucoup de patients aussi qui vont se dire « Bon bah j' suis vieux donc si j' ai mal...aux jambes c' est normal, si j' arrive pas à marcher c' est normal ». »

Le patient âgé sera également confronté à l'épreuve du deuil, vieillir entraînant fréquemment la perte des êtres chers, il devra apprendre à gérer les différents deuils auxquels il sera confronté tout au long de sa vie.

-Lucette : « [...] et du coup on est dans un paradoxe parce que elle [*l'épouse du patient*] s' y attend, parce que il [*le patient*] est plus en bonne forme parce que c' est la viiiiie... et en même temps bah c' est normal aussi qu' elle soit triste [...] quand est ce qu' on catégorisera le deuil pathologiique ? »

Le vieillissement est souvent associé à l'idée de maladie et de mort chez les internes. L'évocation d'une pente par Edmond est significative, la pente étant par définition une descente, le patient avance irrémédiablement vers le bas jusqu'à la fin.

-Edmond : « [...] Je me dis « c' est des gens qui sont du mauvais côté de la pente de la vie. » [...] des fois je me dis « Pfff, je sais pas comment ils font parce que moi je serais vraiment flippé à l' idée de me dire queee je suis pas loin de la fin. »

➤ La solitude chez la personne âgée

L'isolement chez la personne âgée est un sujet fréquemment évoqué par les internes. Le rôle du médecin comme lien social est essentiel. Cette solitude suscite la pitié chez les internes qui y sont souvent confrontés mais semblent mal à l'aise avec elle. En effet, l'ambiance devient soudainement pesante lorsqu'Edith l'évoque dans la discussion.

-Edith : « [...] des fois quand c' est des personnes qui sont **seules** chez elles, isolées... elles ont aussi besoin de parler [...] »

L'isolement du patient âgé peut parfois compliquer la prise en charge du patient de par les conséquences psychologiques qu'il engendre. Ces conséquences psychologiques auront parfois des répercussions physiques sur celui-ci mais également sur l'organisation, les décisions... qui en découleront.

- Lucette : « [...] y a l' angoisse parce qu' elle est seule [...] elle a entre guillemets que ça à faire de sa journée donc elle ressasse sur ses angoisses sur ses douleurs [...] »

- Michel : « [...] le patient a plus personne quiiii qui vient à la maisooooon [...] »

➤ La confusion médecin-infirmière

Une remarque faite par plusieurs internes (principalement dans les groupes 3 et 4) est la confusion fréquente faite entre la femme médecin et l'infirmière, plus fréquente d'après eux chez le patient âgé. L'agacement est perceptible dans le ton de la voix de Gisèle. Le problème ici semble être

le manque de reconnaissance face à un statut et une autorité de médecin, essentiels à l'instauration d'une confiance, d'une écoute attentive et d'une coopération du patient à sa prise en charge.

-Gisèle : « [...] en tant que femme médecin... le rapport des fois notamment avec les personnes âgées... certaines hein pas toutes ! Mais c' est l' **infirmière quoi aussi** ! [...] et je trouve que c' est difficile d' affirmer sa place en tant que médecin et d' avoir un peu de poids dans la discussion et la relation avec le patient quand d' **emblée** on est infirmière quand on rentre dans la chambre ! »

Toutefois Paulette relativise cette situation qu'elle considère moins fréquente en médecine de ville. En effet, le patient consultant en ambulatoire s'attend à voir un médecin, il ne remet donc pas en question ce statut qu'il ait un homme ou une femme face à lui.

-Paulette : « Sache qu' on a moins ce ressenti en ville, du coup [...] les personnes âgées elle te voient comme le médecin. »

Nous pouvons expliquer cette confusion fréquente par le fait que la notion d'interne est souvent mal connue dans la population générale et parfois difficile à comprendre chez le patient âgé. De plus, ces patients ont pour beaucoup vécu pendant une grande partie de leur vie une période de l'Histoire où la femme médecin était encore peu représentée dans la profession médicale et où l'image du médecin était celui d'un homme mature et expérimenté.

-Edith : « [...] quand on est une **femme, jeune**, passer pour le médecin c' est très ... »

-Simone : On est l'**infirmière** ! [...] Après la notion [...] quand on se présente on dit « l' interne » ... ça ils connaissent pas...

-Edith : [...] moi je dis je suis le **médecin** !

-Simone : Le médecin, ouais ! Mais ça ils l' intègrent pas. »

Cette discrimination liée au sexe est en réalité très commune et ne se limite pas au milieu médical, les actualités font également écho de nombreuses discriminations dont sont victimes les femmes. Nous pouvons supposer que les personnes âgées présentant ce genre de comportement ne seraient en fait que le fruit d'une société tolérant ces actes discriminatoires que nous pourrions qualifier de communs car largement répandus dans la population générale.

➤ Mais des patients comme les autres, avec des demandes multiples et parfois non pertinentes

L'image du patient âgé est parfois celui d'un patient exigeant, aux demandes multiples parfois non pertinentes, chronophages, celui d'un patient ne prenant pas en compte le contexte et qui exaspèrent ces internes, l'ironie employée par Michel en est une preuve et la blague de Germaine « Y' a la liste de courses ! » un exemple caricatural. Il est intéressant de noter que « la liste de courses », bien qu'elle ait ici une connotation péjorative, pourrait n'être que le reflet d'une personnalité distraite, d'une capacité d'adaptation au vieillissement physiologique ou encore le premier signe de troubles cognitifs. Les raisons du comportement de la patiente pourraient ne pas être celles auxquelles ces internes pensent.

-Michel : « [...] y' a la p' tite mamie qui arrive [...] Bon bah on va essayer d' aller droit au but et puis... Oui là c' est pas possible parce qu' il y a le petit bobo ici et puis y' a l' ordonnance et puis y' a ça et puis y' a six mois on lui avait donné ça ! Faut essayer de le retrouver ! [...]

-Germaine : Y' a la liste de courses ! »

Plusieurs internes ont évoqué un manque de capacités d'adaptation chez ces patients pouvant entraîner des difficultés de coopération avec le médecin. Nous pouvons remarquer la grimace de Thérèse caricaturant un patient acariâtre.

-Armande : « [...] ils ont vraiment des idées arrêtées [...] sur leur caractère [...] »

-Thérèse : « « Vous êtes l' infirmière ? Non mais c' est l' heure du repas là ! vous me dérangez ! » Tu parles... »

Les interventions de Joséphine et Simone mettent en lumière un fait paraissant évident mais peu évoqué par les internes, le patient âgé est une personne comme les autres. A l'instar des patients adultes jeunes, il en existe des faciles, des difficiles, des gentils, des agaçants, des revendicateurs.... et "c' est normal !". Ainsi l'âge ne représenterait qu'une caractéristique et non une identité.

-Joséphine : « [...] effectivement c' est toujours des consultations plus ou moins agréables... Après y 'a... pleins de types de patients et de personnes âgées. »

-Simone : « [...] Bon ils sont pas tous sympa je suis bien d' accord... mais c' est normal ! »

d. Une relation médecin patient très particulière

❖ Une relation qui devient centrale pour le patient

D'après les internes, la relation entre le médecin et le patient évolue avec le temps. L'âge avançant et les problèmes de santé apparaissant, la santé devient une préoccupation centrale pour le

patient. Le médecin généraliste devenant un acteur principal dans sa vie, il ne devient plus une contrainte mais une nécessité, sa présence est primordiale et appréciée.

-Germaine : « La santé elle est plus importante pour eux je pense on voit beaucoup de p'tits vieux discuter entre eux c'est la santé le sujet numéro un et les médicaments... »

-Germaine : « Ils sont contents de voir leur médecin en général. »

❖ Difficultés rencontrées par le médecin dans sa relation avec le patient âgé

➤ Les problèmes de communication entre médecin et patient âgé

Les multiples atteintes à l'autonomie de la personne âgée pourront entraîner des problèmes de communication entre le médecin et son patient, notamment les troubles de l'audition et la démence cités précédemment.

-Lucette : « [...] on va omettre certaines choses, on va passer... parce qu'il y a aussi le problème de l'audition et du coup c'est vrai que pour aller plus vite des fois aussi [...] JE fais des raccourcis... »

Ces multiples troubles et la fragilité qui en découle poussent parfois l'interne à faire des raccourcis dans la délivrance d'information au patient, à ne pas prendre en charge correctement son patient, à ne pas rechercher son accord ou à prendre des décisions à sa place.

-Michel : « [...] mais j'ai l'impression de mettre de la distance avec les patients un peu sourds parce qu'on va leur poser une question, ils vont demander de répéter [...] ils ont toujours pas compris ou ils vont répondre complètement à côté, bah au bout d'un moment je *skippe* le truc [...] on a l'impression de parler à

un mur parfois ! [...] « Bon bennnn on verra ça la prochaine fois et puis tant pis quoi ! » [...] C' est les petits à côté qui font que ça rend peut-être la communication un petit peu plus intéressante. »

D'après Michel, les difficultés de compréhension dues à une perte auditive peuvent parfois entraîner une lassitude chez le médecin pouvant être responsable d'une prise en charge non optimale. Des troubles de la communication rendant la consultation difficile, fatigante, inintéressante car ne permettant pas des investigations approfondies. La métaphore du mur est intéressante car elle évoque une frontière infranchissable entre le patient et son médecin, ni l'un ni l'autre n'en sont responsable mais cela aura pour conséquence l'impossibilité pour eux de communiquer de manière optimale.

Dernièrement, le port du masque a fait remarquer aux internes l'importance des expressions du visage dans leur communication avec le patient âgé. Celui-ci étant parfois privé d'un sens, l'expression faciale permettait de compléter l'information, créer un lien avec le patient, ce qui est plus difficile à l'heure actuelle.

Claudette : « [...] t' as vraiment besoin d' utiliser tes **expressions** [...] pour transmettre ton message et ça moi ça me manque [...] c' est difficile, ça c' est **frustrant** [...] »

Aux troubles de la compréhension d'origine auditive s'ajoutent les troubles de la compréhension d'origine cognitive.

Armande : « [...] c' est un peu différent entre le moment où toi t' explique où tu vas essayer de rester le plus objectif possible ou si c' est la personne âgée qui explique à ses enfants, ça va pas être les mêmes...

Thérèse : ... les mêmes info.

Roselyne : Ça dépend ce qu' elle a compris quoi. »

Nous remarquons le lapsus de Lucette « Alors si en face y' a plus pers...plus grand-chose comme réponse » nous pouvons supposer qu'il s'agissait de l'expression « plus personne », ce qui suggère qu'une atteinte des fonctions cognitives fait parfois douter le médecin, l'interne quant à la nature en tant que personne du patient se trouvant face à lui, ce qu'il est ou était, son identité.

-Lucette : « [...] c' est dur quand même de prendre la décision aussi quoi [...] il pourra pas décider pour lui parce que il est complètement dément donc pfff. »

Cette perte d'autonomie cognitive questionne les internes quant à leur place dans la prise de décisions pour le patient âgé.

Au contraire dans certains cas, les troubles cognitifs peuvent parfois passer totalement inaperçus aux yeux de l'interne lorsque ceux-ci sont discrets, faisant croire à tort à celui-ci que le patient a compris les informations délivrées.

-Roselyne : « [...] on reparle des fois avec le prat il nous apprend que c' est quelqu' un qui a des fois... des troubles cognitifs et que finalement nous on a trouvé que la consultation c' était super bien passée, qu' ils avaient tout à fait compris [...] le message finalement est pas passé [...] »

➤ Déni, refus, non-dits, une culture générationnelle et un langage différent

La coopération entre médecin et patient âgé est primordiale afin que celui –ci adhère à sa prise en charge. Cependant les internes décrivent des difficultés de communication et un non-respect de leurs consignes chez certains de leurs patients âgés.

-Roselyne : « [...] l' ambulance [...] si la personne elle est pas prête [...] ils vont jamaiiii aller l' habiller pour lui dire « Aller on va faire le bilaaaaan. » [...] on est pas sûr que ça aboutisse parce que la personne veut pas quoi. »

Les internes se sentent parfois abattus face aux refus des patients, qui s'ajoutent à la difficulté de leur prise en charge. Ils sont surpris de leur décision qu'ils ne comprennent pas, bien qu'elle leur semblât évidente, Lucette insiste sur ce mot afin de marquer son incompréhension. Elle évoque une ambivalence parfois présente chez le patient âgé refusant initialement certains soins mais constatant après coup leurs bénéfiques.

-Lucette : « Et puis je trouve aussi que c' est **difficile** à les envoyer à l' hôpital [...] y' avait beau avoir des choses **évidentes** [...] ils nous disent « non, non je veux pas » parce que aussi ils veulent pas déranger [...] ils ont peur [...] et c' est difficile finalement de se dire « Bah si je l' écoute je ferais rien quoi ! » après il nous dit « Bah heureusement que vous avez insisté [...] » [...] »

Rita évoque également les non-dits de la consultation et parfois les (mauvaises) surprises que l'on peut avoir en visite chez le patient.

-Rita : « Mais c' est des questions toutes bêtes que tu vas pas forcément poser au patient parce qu' il va pas t' en parler parce que tu l' vois pas à domicile et voir le patient à domicile et en consultation ça a rien à voir ! »

Ces situations peuvent poser soucis en raison du manque d'anticipation et des situations d'urgences qu'elles engendrent, les patients n'ayant parfois pas conscience des risques encourus du fait de leurs refus.

Thérèse : « [...] Mais y' en a ils veulent pas en entendre parler [...] à chaque fois y' avait un événement déclencheur et c' était devenu l' **urgence, tout de suite** il faut des aides, **tout de suite** il faut l' EHPAD [...] »

Lucette évoque le fait qu'il puisse s'agir parfois d'un problème de compréhension mais également de communication entre les deux personnes.

Plusieurs facteurs pouvant jouer dans le refus du patient ont été évoqués comme la peur, le refus de déranger, le déni des troubles, la difficulté d'accepter les aides extérieures pouvant limiter les libertés (organisation de son temps libre, libres déplacements...) ; les troubles cognitifs, l'orgueil...

-Lucette : « [...] il y a une incompréhension [...] t' as l' impression vraiment [...] d' être dans une impasse des fois eet que tu réponds pas correctement à sa demande parce que t' arrives pas à t' adapter à la personne aussi. »

-Claudette : « Si ils acceptent les aides extérieures ou les aides techniques, ça veut dire qu' ils sont plus capables de le faire... Tant qu' ils acceptent pas.... Ils restent dans leur déni quoi [...] Et ça c' est aussi une des difficultés dans la consultation avec personne âgée [...] pour de nombreuses raisons : fierté, troubles cognitifs, tout ça... ils vont pas être aussi observant pas bien respecter un peu les consignes... pas que le médicament mai toute une prise en charge en fait [...] »

Un langage oral et corporel différent entre le médecin et le patient âgé liés à une différence de culture générationnelle a été évoqué, le langage du médecin n'étant pas compris ou mal interprété par le patient, tout comme une personne étrangère ne comprenant pas la langue et la culture de son interlocuteur. Germaine y fait allusion et marque une différence nette entre elle, faisant partie de la jeune génération à laquelle elle s'identifie en mettant l'accent sur le « nous », et les patients âgés, dont le mode de vie, le langage différent du sien.

- Germaine : « Bah, on a pas le même langage quoi ! [...] on est forcément obligé d' adapter le langage, je trouve, parler avec des mots plus simples alors qu' un individu de notre âge on peut balancer des... Enfin voilà, je peux dire qu' on peut balancer ou des choses comme ça que je dirais pas devant une mamie de quatre-vingts ans, par exemple. »

Les difficultés de communication entre médecin et patient peuvent être liées à une mauvaise interprétation ou une incompréhension du médecin quant aux désirs et besoins du patient, le médecin ne sachant pas se remettre en question et s'adapter à la situation.

-Paulette : « [...] et puis pareil nous on peut avoir notre idée, on peut penser queeee notre idée est la meilleur pour eux, on part d' un bon sentiment mais sans être forcément conscient de touuus tous les enjeux qu' il y a derrière, donc c' est pour ça que parfois il faut faire preuve aussi de prudence et on peut avoir une idée mais bien essayer d' avoir son point de vue, donc c' est un réel dialogue. »

Ces difficultés de communication peuvent également être tout simplement liées à un problème de langue. En effet, une des particularités de l'Alsace est d'avoir une forte identité régionale, avec un dialecte qui lui est propre. Bien que la jeune génération parle le français, certains patients âgés parlent encore principalement l'alsacien, et parfois ne parlent ni ne comprennent le français, ce qui est source de difficulté lorsque le médecin ne parle ni ne comprend l'alsacien.

-Edith : « [...] Déjà des fois c' est un peu difficile effectivement de savoir pourquoi elles viennent [...] surtout ici en Alsace où des fois y' a le dialecte aussi [...] ou quand on leur demande des choses, ils disent « Vous parlez pas alsacien ? » « Euuuuh ... Nooon ! ». »

Parfois c'est le langage du médecin qui peut être source d'incompréhension et d'erreurs, en effet la médecine possède un vocabulaire qui lui est propre et qui peut être incompréhensible pour des non-initiés.

-Simone : « Et le plus compliqué c' est... quand leees médicaments sont... changés... les génériques [...] ils savent plus ce qu' ils doivent prendre et ça c' est l' horreur [...] »

Il appartient au médecin de déceler ces obstacles et de faire comprendre au patient son point de vue mais également de respecter le sien et parfois d'accepter ses choix même s'ils lui paraissent déraisonnables. En l'absence de cette prise de recul, ces difficultés peuvent parfois conduire les internes à infantiliser leurs patients âgés, des troubles de la communication et de la compréhension leur étant parfois imputés à tort.

➤ Infantilisation de la personne âgée

La fragilité de certains patients âgés pousse parfois les internes à adopter des comportements et un langage infantilisant, de ne pas prendre en compte leur avis, celui-ci étant souvent remis en question par de supposés troubles cognitifs, ces troubles cognitifs n'étant pas nécessairement vérifiés par le médecin. Ils offrent une justification à l'absence d'écoute et au non-respect des désirs du patient, à la satisfaction des désirs de la famille du patient, à la satisfaction des désirs du médecin pour son patient, celui-ci ne comprenant pas les raisons de l'opposition du patient ou ne cherchant pas à les comprendre. Nous pouvons remarquer des hésitations dans la voix de Roselyne, celle-ci ne semblant pas à l'aise lorsqu'elle exprime son propos.

Roselyne : « [...] faut pas les infantiliser parce que c' est vrai les personnes âgées [...] des fois ils ont pas envie, non pas parce qu' ils comprennent pas ce qui se passe, c' est juste qu' ils ont pas envie enfin... et

c' est vrai qu' on pourrait se dire ils ont des troubles cognitifs et ils se rendent pas compte du risque qu' ils preeennent, alors il **faut** que quelqu' un décide à leur place comme pour un enfant.

Thérèse : Ou parfois les enfants te disent « J' estime que mon papa ou ma maman ne va pas bien, faudrait faire ça ! Docteur allez y dites-lui ! Essayez de le convaincre ! ». On se retrouve à faire l' intermédiaire entre la famille et le patient...

Roselyne : et aller contre sa volonté. »

L'infantilisation est évidente d'une part dans le vocabulaire utilisé par les internes pour désigner le patient âgé et d'autre part dans leur attitude corporelle.

-Germaine : « Les couples de p' tits vieux en ville... ils sont trop mignons... ils viennent chercher leurs ordonnances, c' est leur sortie des 3 mois ... c' est trop mignon » [*en mimant de manière caricaturale le couple*]

Nous pouvons relever dans la discussion plusieurs termes infantilisant utilisés par l'ensemble des internes « y' a plein de petites mamies » « la petite dame » « quand je vois des petites mamies chez elles », ces termes sont la plupart du temps utilisés de manière inconsciente et évoquent une relation privilégiée, de proximité avec la personne âgée, la familiarité y est ici très présente, Yvonne comparant même le patient âgé à un membre de la famille.

Yvonne : « [...] un peu comme si c' était ta grand-mère à toi [...] le vieux tu sais pourquoi il vient, et il est mignon [...] il est gentil, il va t' écouter, »

L'analogie faite avec l'enfant est régulière dans le discours, le patient âgé n'étant plus considéré comme un adulte. L'interne se substituant à une mère.

-Lucette : « [...] j' ai un comportement ... plus face comme un adulte quoi ! »

Il faut couvrir, protéger le patient...chez Lucette, l'attitude corporelle exprime la douceur et la tendresse, nous remarquons un sourire sur son visage lorsqu'elle parle de patients âgés.

-Lucette : « [...] il y a le rapport, tu vois... quand t' as des enfants, bah tu les langes... tu vas devoir les mobiliserrrr... t' as un rapport au corps qui est assez différent et effectivement chez l' adulte vieillissant tu vas pouvoir te reconfronter à ça [...] »

L'infantilisation peut également se trouver dans le discours adressé à la personne âgée, Thérèse utilisant par exemple des euphémismes enfantins « gentille personne qui vient vous voir », ce dont Paulette fait la remarque rappelant que les troubles de la compréhension ne sont pas systématiques chez les personnes âgées et même lorsque ceux-ci sont présents, nécessitent un discours adapté, ne s'assimilant pas à un discours enfantin.

-Thérèse : « [...] peut-être queeee au même titre qu' avec les enfants il y a des comportements à avoir, des choses à dire, à ne pas dire, peut-être que les personnes âgées c' est exactement pareil ?... Peut-être qu' y a des mooooots... « aide à domicile ! » où ils vont tout de suite se braqueer...

-Paulette : Après il faut aussi appeler un chat un chat ! Enfin faut pas non plus les prendre...

-Thérèse : Ouais ! voilà ! Mais parfois pour louvoyer chez les gens hyper réfractaires du coup « gentille personne qui vient vous voir » enfin ça passe mieux [...] »

L'infantilisation est parfois difficile à percevoir par les internes qui n'ont pas conscience d'en faire usage.

-Roselyne : « [...] On s'en rend pas forcément compte mais c'est comme si on parlait des fois... à des enfants, des fois quand on parle à des personnes âgées [...] »

D'après Edmond, cette infantilisation est parfois nécessaire et indispensable face à une perte d'autonomie importante du patient. Toutefois le ton reste hésitant, il semble exprimer une gêne à avouer ces comportements.

- Edmond : « [...] si la personne elle est pas euh cognitivement capable de faire ça c' est difficile de pas le faire sois même comme on le ferait avec un enfant, je trouve [...] je pense que y' a une infantilisation qui redevient à mon avis indispensable passé un certain **état** cognitif et à un certain âge. »

Marie-Ange évoque la compassion humaine pouvant être confondu avec une infantilisation. La frontière est parfois fine entre compassion et pitié. En effet un acte de compassion du médecin envers le patient âgé peut parfois être compris comme de la pitié par celui-ci, ce qui fait douter Marie-Ange du bien-fondé de ces actes et la questionnent sur la limite entre entraide et respect de la personne. De plus elle évoque la possibilité que ces actes puissent ne pas être désintéressés, faisant gagner du temps au médecin mais pouvant être perçus comme un non-respect du rythme du patient.

-Marie-Ange : « Mais je pense que la perte d' autonomie chez la personne âgée ça nous donne cet élan de lui tenir la main, de lui donner son saaaac, de lui tirer la chiiiiise [...] Enfin c' est inné [...] alors que souvent bah la personne âgée elle préfère p' t-être se débrouiller même si ça prend cinq minutes de plus, après on en revient à la question du temps, c' est p' t-être aussi pour aller plus vite en consultation [...] Mais c' est vrai que des fois p' t-être qu' on devraaaait... se freiner sur toutes les p' tites aides qu' on veut leur apporter et qui sont pas forcément vitales pour elles, c' est juste qu' elles ont besoin de plus de temps et... »

➤ Le schéma paternaliste et ses inconvénients

Le schéma paternaliste semble d'après les internes encore bien ancré dans l'esprit des patients les plus âgés, la charge du savoir et la prise de décision étant remise entre les mains du médecin. Mauricette et Norah semblent apprécier la confiance qu'accordent ces patients à leurs médecins. Le fait que le patient puisse ne pas discuter leurs décisions leur évite également la fatigue d'une négociation pouvant parfois être éprouvante.

-Mauricette : « [...] ils ont une image du médecin...enfin toujours le schéma paternaliste en tête donc c' est vrai que bah ce qu' on leur dit ils sont à fond d'dans. »

Cela peut être source de difficultés pour le médecin en raison de la charge supplémentaire ajoutée sur ses épaules, celle du poids de la responsabilité de la prise de décision pour la vie et le bien être d'autrui.

-Michel : « [...] Enfin on en parlait au tutorat la dernière fois le l' espèce de « laisser les patients libres de leurs choix, pas de paternalisme et tout ça », mais dans la pratique bah on va voir un patient âgé qui s' intéresse pas trop à ses problèmes de santé, à ses examens [...] »

De plus il peut entrainer le médecin sur une pente dangereuse. En effet, les contraintes de temps poussent Michel à remettre en question son devoir d'information du patient ; ses possibles troubles de la compréhension ne lui permettant pas de prendre une décision éclairée ; l'informer lui semble être une perte de temps, celui-ci s'en remettant souvent à l'avis de son médecin.

-Michel : « [...] passer du temps à leur expliquer les choses, alors qu' on sait très bien comment ça va finir et puis eux qui résistent quoi ! Soit qui veulent pas comprendre soit qui peuvent pas comprendre et au final on sait qu' ils vont s' en remettre à nous, ça sera à nous de prendre la décision et voilà. »

Mauricette indique l'importance de responsabiliser ces patients, qu'ils participent à la prise de décision sur leur santé, qu'ils aient une réflexion la concernant afin que la charge de la prise de décision n'incombe pas au seul médecin.

-Mauricette : « C' est pas forcément une bonne chose moi je trouve, parce que parfois c' est bien que le patient réfléchisse quoi ! »

➤ La gestion émotionnelle du médecin face à la fragilité

- Le médecin qui ne voit pas la fragilité qui s'installe chez son patient

Les internes ont pu remarquer, que le médecin, parfois pris dans une routine de consultation, en raison de la lenteur avec laquelle s'installe la perte d'autonomie, mais aussi dans certains cas par déni de la fragilité d'un patient auquel il aurait pu s'attacher au fil des années, n'avait parfois pas conscience de la dégradation de l'état de santé de son patient et parce qu'il pense le connaître, ne réalise pas les soins qui seraient nécessaires.

Yvonne : « ... Et tu t' attaches ! [...] Quand c' est un vieux que tu suis depuis vingt ans et que tu l' aimes bien et t' as pas envie qu' il soit dément, tu te dis « Non, non il est fatigué voilà ! » »

Un tiers extérieur est parfois utile et apporte un regard neuf à une prise en charge. Les stages, les remplacements étant souvent effectués par de jeunes médecins, ceux-ci sont fréquemment consciencieux et méthodiques. De plus, jeunes diplômés ou internes, ils sont à jour sur les dernières recommandations académiques et permettent parfois d'éclairer le médecin traitant face à certaines difficultés avec le patient.

- Marie-chantal : « ... Mais surtout en gériatrie... Parce que oui on peut des fois tourner en rond sur unnn symptôme ...et avec un œil nouveau on peut voir les choses avec du recul... »

Les parties suivantes ont principalement été abordé dans le groupe 2 :

- La gestion de la fragilité et du décès des patients âgés chez le médecin
- La limitation thérapeutique et gestion de la souffrance des patients âgés
- Les responsabilités qui en découlent

- La gestion de la fragilité et du décès des patients âgés chez le médecin

Les internes ont conscience des difficultés émotionnelles que suscite la prise en charge de patients âgés lourds, aux multiples pathologies, aux multiples complications limitant de manière importante leur qualité de vie. L'empathie est forte et s'exprime par une exagération des propos avec appui et prolongement de la dernière syllabe sur certains mots clés, afin d'insister sur le caractère remarquable de la situation. Nous pouvons relever de la pitié, de la consternation dans la voix et le langage corporel de Lucette. Le vocabulaire est péjoratif associé à la thématique de l'horreur. Il y a un questionnement et une remise en question de ces prises en charge. Lucette se projette sur sa propre histoire, son propre devenir, ses propres peurs.

-Lucette : « [...] on a des patients quiiii pfff, passent leur vie à l' hôpital, il a des escarres partooooouut, la communication est carrément limitéeéééé, tu te dis « wouuuah » [...] « Ah ouais ! alors là... je veux pas finir comme ça ! »

Ces internes ont conscience de la nécessité pour le médecin d'apprendre à gérer la souffrance d'autrui mais également la mort, moment d'angoisse où il se trouve face à ses propres limites d'être humain.

-Lucette : « [...] enfin bon après je pense que ça se voit pas dans tous les décès mais je trouvais que c' était un peu différent [...] c' était légitime ce qui se passe... légitime ! c' est la loi naturelle... C' est attendu en tout cas ! [...] »

Le travail du médecin lui permet également d'être le témoin d'histoires de vie qui lui donnent confiance en l'avenir.

Lucette : « Non mais tu vois, moi j' en vois certains des fois j' me dis euh « Bah là si je finis comme eux pfff... j' ai réussi ma vie ! »

-Edmond : Ouais, ouais ça me met du baume au cœur ce que tu me dis là [...] »

- La limitation thérapeutique et gestion de la souffrance des patients âgés

La prise en charge de la douleur semble être un domaine difficile à gérer pour les internes notamment en raison de la composante psychogène et parfois sociale pouvant y être associée. Nous pouvons relever l'hésitation dans la voix de Lucette qui se sent « impuissante » face à la douleur. Elle évoque un problème plus vaste qu'un manque de formation, celui de la banalisation de la souffrance

de la personne âgée dans le monde médical et la société (dont la personne âgée elle-même). Une attitude qui la consterne mais qui pourrait expliquer le manque de formation des soignants dans ce domaine.

-Lucette : « [...] j' me sentais **impuissante** face à la **douleur** de la personne âgée parce que finalement une personne âgée qui a mal c' est normal [...] on a peur de mettre des morphines [...] je me sentais vraiment pas du tout préparée à prendre en charge la douleur et notamment chez la personne âgée [...] tu sais pas si c'est finalement intrinsèque parce qu'y a l'angoisse parce qu'elle est seule [...] j' avais pas beaucoup d' outils pour répondre à ça [...] »

-Martine : « [...] parce qu'y a beaucoup de patients aussi qui vont se dire « Bon bah j'suis vieux donc si j'ai mal...aux jambes c'est normal, si j'arrive pas à marcher c'est normal ».

La question de la limitation de soins s'est également posée durant la conversation. D'abord abordé de manière timide avec une certaine retenue, le sujet a mis en exergue différents points de vue, le questionnement éthique qu'il suscite ne permettant pas une réponse unique. Tous se rejoignent sur les principes de maintien de la qualité de vie et de dignité humaine, les différentes questions que se posent les internes étant : Comment se décide une limitation de soins ? Qui la décide ? Comment en assurer une bonne prise en charge ? Quelles sont les recommandations ? Et jusqu'où aller ? La question financière s'est également posée, celui de la consommation de soins coûteux pour un bénéfice quasiment nul.

-Germaine : « Enfin limitation thérapeutique pour... arrêter l' acharnement **à tout prix**, vouloir tout soigner tout le temps [...] »

- Michel : « Et j' ai l' impression que les patients âgés c' est un peu la même chose. On arrive à les maintenir en vie, ils vivent mais pour eux niveau qualité de vie souvent...bah c' est **nul** ! C' est plus vraiment une vie donc on se dit jusqu' où il faut vraiment **aller** ! Parce qu' on a les moyens de les maintenir en vie quand même ! [...] est-ce qu' il faut absolument utiliser ces moyens jusqu' où est ce qu' on va ! [...] »

Les internes ne se sentent pas préparés à gérer ce genre de situation, ils se sentent parfois abandonnés surtout en médecine générale où ils ont la sensation de prendre seuls les décisions.

-Michel : « Est-ce que t' accélère un peu les choses mais tu rends sa fin de vie un peu plus supportable [...] plus confortable. Ou alors, est-ce que tu le maintiens en vie plus longtemps, t' es content il va gagner des années mais il va perdre en qualité de vie ! [...] C' est compliqué. Mais t' as pas une reconn...une reco en soi HAS gériatrie machin [...] je pense que c' est à l' **appréciation du médecin**, voilà ! cool quoi ! »

La question de la limitation de soin a conduit à celle de l'euthanasie. Interdite en France, elle a été débattue dans la discussion. Il y a eu remise en question du bien-fondé de son interdiction, l'argumentation pour la défendre consistant à condamner l'acharnement thérapeutique en utilisant un vocabulaire évoquant l'horreur pour le définir et celui de la noblesse pour désigner la fin de vie provoquée mais « choisie ».

Nous pouvons noter une ironie volontaire dans les propos des internes, peut-être une manière de relativiser une situation complexe et difficile à aborder ?

-Germaine : « Ouais et ça vaut le coup de se poser la question avec le COVID en médecine générale... un peu de l' euthanasie quand même parce que franchement parfois je vois dans les EHPAD [...] T' attends qui meurt, pour passer au suivant qui meurt, pour passer au suivant qui meurt et tout ça, ils sont tous alités, enfin c' est **atroce** et on les empêche, il y' en a qui veulent mourir et on les en empêche [...] C' est

à se poser la question au bout d' un moment : on est **qui** pour décider comment il va mourir en fait ? Ils font ce qu' ils veulent donc... qu' on les empêche de mourir si ils veulent mettre fin à leurs jours d' une manière plus **noble** [...] Et pas atroce comme ça ou à attendre à dépérir sur un lit jusqu' à plus avoir qu' la peau sur les os et tous les paramètres qui flanchent...

-Lucette : Si y' a encore la peau ! »

La question de la limitation de soin et de l'euthanasie semble renvoyer à la question d'acceptation de la mort par le jeune médecin. Accepter qu'arrivé à un certain âge et/ou un certain état de santé, il est normal de mourir.

- Lucette : « Et finalement c' eest normal qu' il décède son mari parce qu' il arrive à moment où il est plus âgé, il arrive à la fin de sa viiie et en fait... elle le sait aussi ! »

- Les responsabilités qui en découlent

La question de la limitation de soins, de l'euthanasie a révélé une préoccupation chez les internes, celle des responsabilités. Ils ont la sensation de porter l'entière responsabilité de ces décisions lourdes de conséquences, d'autant plus en médecine générale et durant la crise du coronavirus où le sentiment de solitude face aux prises en charge complexes de patients âgés s'est fait sentir. Les internes ont parfois la sensation d'être pris en tenaille entre des confrères ne leur venant pas en aide et la famille demandeuse de soin, celle-ci ne comprenant pas ou ne voulant pas comprendre les raisons d'une décision de limitation de soins.

-Michel : « Après y' a le problème de responsabilités de la décision parce que avec le COVID... on l' a beaucoup vécu mais les patients en maison de retraite bah ils sont trop vieux pour l' hôpital, on appelle le SAMU pour leur expliquer la situation ils disent « Bahhh... tant que vous arrivez à vous débrouiller avec les

moyens, bah vous la gardez, vous vous démerdez quoi [...]” Donc le médecin il arrive un petit peu à gérer avec les moyens **du bord** mais c’ est pas non plus les moyens d’ un **hôpital** [...] L’ hôpital qui lui a dit non, la famille qui dit « faut qu’ il aille à l’ hôpital », [...] Là on est au milieu, on sait pas trop quoi faire [...] est-ce que la famille voudra [...] Assumer la responsabilité de dire « bah voilà maman on la laisse mourir à la maison de retraite » [...] »

L’image du pari est éloquente, le pari sous entendant une prise de risque raisonnée mais lourde de conséquences en cas de problèmes pour le médecin.

-Michel : « Moi je trouve souvent c’ est un pari quoi. [*La limitation de soins*] »

Cette responsabilité reste difficile à assumer pour certains de ces internes. Lucette est quant à elle très dubitative quant à sa légitimité dans la prise de décisions, d’autant plus en absence de possibilité de consentement du patient et de la présence d’une famille peu ouverte à la réflexion. Nous pouvons supposer un manque de confiance en soi et des difficultés quant à la prise de recul nécessaire dans ce genre de situation.

Il existe également une ambivalence dans les propos, le principe de guérir à tout prix (il est « impensable » d’après Lucette de ne pas envoyer à l’hôpital) s’opposant au maintien de la dignité de la personne (la question se pose parce qu’il « hurle »). Nous pouvons noter chez ces internes une confusion dans les définitions d’arrêt de soins et de limitation de soins.

-Lucette : « [...] j’ ai eu un en EHPAD [...] qui était dans un état catastrophique ça me semblait ... vraiment... **impensable** de pas l’ envoyer à l’ hôpital quoi ! ... De pas la traiter ! [...] »

-Lucette : « [...] j’ ai vu de la *Morphine-Hypnovel*, tu disais « Ah ouais ! ». Bah le patient est décédé forcément [...] Tu te dis « Super ! Qui c’ est qui a choisi ? C’ est le médecin !” [...] C’ est dur quand même

de prendre la décision aussi quoi [...] La personne qui est là depuis X mois [...] elle est complètement démente et c' est terrible [...] il **hurle** [...] mais en fait il pourra pas décider pour lui [...] Il peut pas te répoondre, tu vas dire quoi à la famille ? « Bon il a une infection mais je mets plus d' antibiotiques parce que là hiiiiii ... » »

Les internes mettent en avant des difficultés dans la prise de décision de limitation de soins chez un patient en ambulatoire du fait de la complexité à mettre en place une discussion collégiale et pluridisciplinaire en dehors du contexte hospitalier.

-Lucette : « [...] Bah je peux pas prendre la décision pour quelqu' un ! Surtout toute seule ! En tant que méd G, chais pas si c' est possible de faire... une espèce de réunion pluridisciplinaire, je pense que c' est oui...

-Germaine : une procédure collégiale.

-Lucette : ... mais est ce qu' on peut le faire sans être en hospitalier... »

La difficulté présentée ici semble en réalité être la gestion de l'incertitude inhérente à l'exercice de la médecine générale.

- Germaine : « On peut pas tout prévoir non plus... »

❖ L'ensemble des acteurs gravitant autour du patient âgé

Roselyne : « C' est vrai qu' avec les personnes âgées c' est plus juste le médecin et le patient quoi. C' est le médecin, le patient et puis tout ce qui y' a autour... »

➤ Le trio médecin-patient-famille

• L'aidant, une aide précieuse

Une place importante a été accordée durant les différentes discussions à l'aidant principal. Celui-ci se révèle être un acteur essentiel à la prise en charge du patient âgé complexe. Sa participation est souvent nécessaire et bénéfique au patient car elle permet de limiter le recours aux aides à domicile, aux hospitalisations, d'avoir une surveillance à domicile régulière ou constante, d'effectuer toute sorte de démarches essentielles à la bonne prise en charge du patient.

-Simone : « Quand y' a un entourage c' est clair que pour nous la prise en charge elle peut se passer encore plus en ambulatoire [...] et pour le patient je pense c' est nettement mieux quoi... »

De plus, la présence d'un tiers permet parfois de compléter les informations que le patient aurait, intentionnellement ou non, omis de dire au médecin et ainsi d'adapter sa prise en charge.

-Marie Ange : « [...] et souvent aussi je trouve avec l' aidant [...] parfois qui est présent aussi en consultation. Y' a vraiment deux discours totalement différents entre ce que la personne âgée dit et ce que [...] la personne de la famille qui s' en occupe régulièrement raconte [...] »

L'aidant possède un savoir concernant le patient lui permettant de repérer des situations problématiques ayant échappé au médecin, pour qui il est une aide précieuse.

-Simone : « [...] ils [*les membres de la famille*] nous alertent pour de bonnes raisons [...] c' est légitime elle [*l' aidante*] s' inquiète faut p' t-être que moi aussi j' aille voir et que je m' inquiète... »

- Mais qui devient parfois source de difficultés

L'aidant, la famille bien qu'ils soient parfois essentiels au patient âgé peuvent devenir une source de difficultés pour le médecin, voire un obstacle à une prise en charge optimale du patient âgé.

- L'aidant en difficulté

Les internes se disent parfois tentés de donner trop de charges à l'aidant. Soumis à la pression celui-ci peut craquer, ce qui compliquera grandement la situation. Il est donc du devoir du médecin de prendre en charge son patient mais également de préserver l'aidant principal.

-Lucette : « [...] c' est vrai que peut-être [...] on donne beaucoup de charge à l' aidant [...] »

-Germaine : « Bah si l' aidant il craque, le patient est foutu ! Donc on a pas le choix [...] ça fait autant partis deeee soulager le malade que soulager la personne qui aide le malade [...] »

Or les internes ne savent pas toujours comment prendre en charge correctement le patient tout en préservant l'aidant. Ils se sentent en difficulté, comme l'indique le sourire crispé de Lucette qui ne semble pas avoir de réponse satisfaisante à donner au patient et son aidant.

- Lucette : « [...] comment tu réponds à la demande de la **personne, de l'aidant**. Enfin moi y' a eu plusieurs fois l'aidant qui m' a dit « Bah je sens que là ça commence à nouveau à devenir difficile, qu' est-ce qu' on peut faire ? Et c' est vrai que là je me dis « A part augmenter les aides à domicile, bah en fait on peut pas faire grand-chose [...] »

○ La délivrance d'informations

La délivrance de l'information à la famille est une des difficultés rencontrées par l'interne.

Le respect du secret médical est parfois une notion difficile à faire comprendre et accepter par les familles, celles-ci tentant parfois de pousser le médecin à le rompre.

- Simone : « [...] ça me pose souvent souci ça avec la famille et d' autant plus en ambulatoire [...] j' ai l' impression qu' ils sont encore plus intrusifs parfois mais... parce que c' est le médecin de famille [...] »

Lorsque le patient ne s'oppose pas à l'information de sa famille, il est souvent difficile de faire comprendre à celle-ci le principe de personne de confiance et de nécessaire communication entre chacun de ses membres.

Roselyne : « Bon après dans ce cas-là faudrait qu' y ait **une personne** référente mais bon ça c' est un cas rare [...] Ils vont jamais passer le mot pour dire de pas rappeler donc y' aura toujours une autre personne qui va rappeler donc il faudra lui dire « Non... » ... »

Certaines situations de détresse émotionnelle ne permettent pas à la famille d'être objective dans la prise en charge de son parent, il est du devoir du médecin de lui faire comprendre la situation. Or il s'agit d'un exercice dans lequel les internes ne semblent pas à l'aise et où la crainte des poursuites

judiciaires est très présente. Le haussement d'épaules de Lucette, les mains levées vers le ciel, suggère son impuissance face à ce genre de situation.

-Lucette : « Et puis la famille a dit « Ah ça serait quand même... embêtant qu' il meurt d' une infection... » [...] je pense que là tu peux pas faire autrement [...] Bon après elle te le redira pour tout, il pourra pas mourir de tout quoi ! Pfff ! »

-Michel : « [...] avec un peu de chance la famille va comprendre [...] parfois elle comprend pas elle va s' en prendre au médecin traitant parce que [...] on a pas fait tout ce qu' il fallait selon eux [...] »

○ L'infantilisation du parent âgé

En effet la famille peut parfois adopter des comportements infantilisant vis-à-vis de son parent âgé. Nous pouvons relever le début du terme employé par Simone “matern...” pour décrire la famille, nous supposons qu'il s'agit de l'adjectif verbal “maternant”, les rôles seraient ainsi inversés l'enfant devenant parent et le parent enfant de son enfant.

-Simone : « Ils sont très matern... enfin... moi ça me pose souvent souci ça avec la famille et d' autant plus en ambulatoire [...] »

Il est parfois difficile pour le médecin de différencier les demandes de la famille de celles du patient, celle-ci “fusionnant” complètement avec le patient comme le suggère Marie-Chantal « la famille aussi... qui fait m' me entièrement partie de la personne tellement des fois ça peut être très lourd », confondant ou imposant ses désirs à ceux du patient. Un piège dans lequel il est difficile de ne pas se laisser entraîner pour le médecin. L'aidant participant à la consultation traduisant, réinterprétant le discours du médecin au patient et du patient au médecin, il peut devenir l'interlocuteur principal du

médecin, qui aura tendance à s'adresser directement à l'aidant, mettant de côté le patient dans sa prise en charge, comme un parent parlant à la place de son enfant incapable (ou non) de s'exprimer seul.

-Simone : « [...] et parfois c' est intrusif [*le comportement de la famille du patient*] [...] nous ça nous met dans des positions je trouve un peu inconfortables quoi ! [...] Alors que ça donne pas forcément de droits parce que c' est pas parce qu' elle est âgée qu' elle a paaas... sa tête ou qu' elle sait pas ce qu' elle veut faire de sa santé... »

- Lucette : « [...] on va même lui [*l' aidant*] poser [*la question directement*] ... Et puis il [*l' aidant*] le f' ra naturellement hein ! [...] Il va reformuleeeer lui il a l' habitude [...] il fera entre guillemets même la traduc [...] »

Dans certaines situations de dépendance importante du patient à sa famille, il est parfois complexe pour l'interne de différencier le comportement intrusif de celle-ci d'une maltraitance avérée envers la personne âgée.

-Edith : « ...une personne qui était à domicile chez sa fille, oxygéno-dépendante, complètement grabataire et refus complet total d' avoir une aide d' infirmière, c' est la **catastrophe** parce que [...] [*la fille de la patiente demandait*] d' avoir des comptes rendus de ce qui se passait, savoir exactement comment allait la personne, qu' est ce qui c' était passé, c' était n' importe quoi ! Eeeet... on se posait même la question si y' avait pas une espèce de maltraitance derrière [...] »

○ Les conflits intrafamiliaux

Un autre problème souvent évoqué par les internes sont les conflits intra-familiaux et le rôle de conciliateur que le patient et sa famille veulent parfois donner au médecin. Il est clair que Thérèse est agacée et épuisée par ce rôle qu'elle se sent forcée de tenir du fait des possibles répercussions sur la santé du patient.

Thérèse : « [...] quand t'as... Une personne âgée... Par exemple une fille qui habite avec pour aider et puis après t'as l'autre fille qui appelle en faisant... « Ouais mais en fait elle vous dit pas touuuut... elle croit qu'elle a la main mise dessus mais du coup moi chuis mise de côtééé ». »

○ Les comportements inadaptés

Les internes dénoncent les obstacles que peuvent parfois dresser la famille lors de la prise en charge du patient âgé, par manque de compréhension ou de volonté de compréhension, ou parfois pour des raisons vénales. Nous pouvons ressentir le dépit et l'indignation de ces internes mais également l'ironie d'une situation qu'ils semblent avoir tous partagé.

-Claudine : « Parfois c'est les enfants qui freinent au niveau financier [...] c'est eux qui vont dire « Bah non, nous on paye pas ! ».

-Paulette : Ça touche à l'héritage ! [...] Heureusement pas partout. »

Les situations d'abandon, d'absence de prise de responsabilités des familles, les comportements abusifs sont largement critiqués par les internes. En effet, comme le souligne Simone toutes les familles ne sont pas « bienveillante ». Le ton est accusateur et le vocabulaire utilisé méprisant, comparant la personne âgée à des « animaux de compagnie », des « déchets ». Ils dénoncent ici le

manque de respect de certaines familles vis-à-vis de leurs parents mais également des personnes qui les soignent, leur irresponsabilité, leur individualisme et leur cupidité.

L'indignation très marquée de Thérèse, répétant régulièrement l'expression « C' était horrible ! », contraste avec l'absence de réactions émotionnelles et le haussement d'épaule d'Armande qui ne s'offusque plus de ces comportements tant ils lui semblent habituels.

-Thérèse : « Une fois à ***, on a eu une mamie qui est arrivée aux urgences. En fait la famille s' en est **clairement** débarrassée ! Ils l' ont déposé devant les urgences [...] à chais plus quelle heure au soir avec la valise et tout, genre **on se casse on en veut plus quoi !** C' était horrible ! »

-Nana : « Non mais c' est comme les animaux de compagnie...

-Edith : Mais le motif d'hospit ! Maintien à domicile difficile, t' as l' impression que c' est leech déchet et qu' il va à l' hôpital. »

Ces comportements abusifs, l'absence de prise de responsabilité des familles mettent le médecin en difficulté, ne sachant que répondre à leurs demandes inadaptées et l'obligeant parfois à avoir recours au service des urgences dans des situations ne le nécessitant pas.

Thérèse : « [...] Moi ça m' est d' jà arrivée... d' envoyer un patient aux urgences et je voulais pas [...] Le ton est monté, même ils [*les membres de la famille*] étaient agressifs [...] y avait aucune place dispo bien sûr, donc à l' hôpital à l' envoyer aux urgences et en écrivant « *Please, SVP SVP SVP... please* gardez le ! Juste quelques jours quoi ! » [...] Je trouve ça horrible ce patient-là n' a rien à faire aux urgences ... »

➤ Les intervenants extérieurs

L'apparition d'une perte d'autonomie chez la personne âgée nécessitera parfois le recours à des intervenants extérieurs. Ces intervenants feront partie intégrante de la prise en charge du patient.

-Paulette : « [...] les personnes âgées quand elles sont plus tout à fait autonomes, y' a souvent les enfants ou des aides qui sont assez présentes et avec qui des fois il faut aussi intervenir. »

Ils permettront de faire le lien entre le domicile du patient et le cabinet médical, d'assurer la transmission des informations pertinentes grâce à une coopération interprofessionnelle, les intervenants à domicile étant riches d'une connaissance sur le patient très utile au bon déroulement du suivi.

- Lucette : « [...] ça c' est sûr qu' on aime bien avoir les infirmières à domicile, leurs demander alors comment ils vont, ils les suivent, ils les connaissent [...] »

Ils pourront également intervenir rapidement en cas de problèmes.

Armande : « [...] quand c' est dans l' urgence, une situation un peu bancale, c' est les infirmiers qui arrivent... A se déployer peut-être le plus rapidement. »

Toutefois cette coopération entre médecin et intervenants est dépendante d'une bonne entente et d'une bonne communication entre ceux-ci. Elle peut parfois s'avérer difficile lors d'un manque d'implication professionnel de l'une ou l'autre des parties.

-Simone : « Ouais. Ça dépend des infirmières ! [...] y' en a qui sont plus impliquées que d' autres ! »

Les internes se sont également posés la question du secret professionnel, ses possibilités, ses limites.

Claudette : « Et ça pose question sur le secret professionnel aussi du coup, avec tous ces gens qui interviennent [...] »

❖ La gestion efficace de cette relation complexe

➤ Une confiance à gagner et des compétences relationnelles à acquérir

Obtenir la confiance du patient âgé nécessite souvent du temps et de la patience de la part du médecin afin que cette relation s'installe sur le long terme.

Paulette : « [...] le temps de nouer une relation de confiance qui ne peut se faire qu' au bout de plusieurs fois [...] On peut comprendre qu' une personne de soixante-dix ou quatre-vingts ans qui a déjà tout son vécu derrière, il lui faut un petit peu de temps aussi pour nous connaître [...] »

Cette prise en charge à long terme nécessite une coopération de tous les instants entre le médecin et son patient afin que celui-ci prenne pleinement conscience de sa situation et des risques encourus.

-Thérèse : « Bah faudrait anticiper et puis je pense faudrait quand même que les patients soient sensibilisés parce que parfois ça se dégrade **tellement vite** ! »

D'après les internes, l'implication du médecin dans la prise en charge du patient âgé est essentielle à l'instauration d'une relation de confiance avec celui-ci.

-Joséphine : « Et ça permet... de garder l'adhérence du patient... pour la confiance aussi, ils voient qu'on se bouge, qu'on fait des choses pour eux, qu'on essaye en tout cas. »

Il est primordial pour le médecin de faire preuve de prudence et de subtilité pour maintenir la confiance du patient âgé. Les internes semblent penser que la confiance de la personne âgée en plus d'être difficile à acquérir, se perd très facilement. Notamment lorsque l'on met le patient face à ses difficultés, face à son déni.

-Michel : « [...] on veut l'envoyer à l'hôpital, bah c'est déjà arrivé que il dise au médecin « Vous voulez vous débarrasser de moi ! », alors que **pas du tout** c'est dans son intérêt **d'y aller** mais lui il comprend absolument pas ! Donc y a aussi une rupture dans la relation [...] »

L'instauration d'une relation de confiance relève de compétences relationnelles et d'une capacité d'adaptation permettant d'obtenir l'adhésion du patient.

-Armande : « [...] faut essayer de les cerner rapidement parce que ça va définir tout le reste de la consultation quoi [...] »

Capacités naturelles du médecin ou acquises par l'expérience du terrain.

-Marie-Chantal : « [...] en pratique y'a tellement de choses qui s'imbriquent quee [...] c'est de l'expérience... et surtout chez la personne âgée »

Il leur semble essentiel que cette relation médecin- patient obéisse à leurs principes moraux afin d'apporter les meilleurs soins possibles au patient comme ils le feraient pour eux ou un proche. Un contre-transfert laissant penser que le ressenti, les émotions interviennent inévitablement dans la relation. Loin d'être un défaut du médecin, elles semblent nécessaires à une relation médecin-patient saine, équilibrée et équitable entre chaque patient, une idée évoquée par Pierre Le Coz dans son *Petit traité de la décision médicale : un nouveau cheminement au service des patients*, ainsi « *chaque jugement de valeur requiert, pour les humains, l'aptitude à ressentir une émotion [...] L'émotion est une condition qui n'est pas suffisante mais nécessaire à l'éthique.* ». Il y décrit un impératif de justice composé de trois principes éthiques : respect de l'autonomie, principe de bienfaisance et de non-malfaisance, des principes moraux que nous retrouvons à de nombreuses reprises dans le discours des internes (90).

-Edmond : « [...] je dirais que on agit avec **eux** comme on aimerait alors qu' on agisse pour **nous** si on était à leur place ou si onn agissait pour quelqu' un de notre famille ... Mais je pense que c' est vraiment peut-être la meilleure façon d' être cohérent avec soi-même et [...] d' avoir la conscience tranquille dans ce qu' on fait [...] »

➤ La gériatrie ou l'art du compromis

Le patient âgé est un patient dont l'équilibre est parfois délicat et peut se rompre très facilement. Les internes se posent souvent la question quant à la décision la moins délétère pour le patient, le maintien de la qualité de vie étant le facteur essentiel mais souvent difficile à préserver.

-Michel : « [...] il peut être très bien à la maison mais y' a... un équilibre [...] Il va se sentir perdu en hospiiiit, il va partir en SSR, là il va commencer à glisser et puis quand il va revenir à la maison bah il aura perdu en autonomie... on aura tout perdu. »

Le maintien à domicile et l'adaptation de l'environnement dans la mesure du possible étant souvent la meilleure décision.

-Thérèse : « Moi, j' en ai vu une comme ça une fois, elle faisait chute sur chute, elle s' était cassée je sais plus quoi plusieurs fois avec ses tapis [...] quelqu' un un jour a vissé les tapis au sol et en fait c' était bien quoi.

-Roselyne : Donc elle a gardé son tapis et c' était plus sécurisé. »

La gestion de la balance bénéfice-risque, utilisée quotidiennement dans les décisions médicales, est ici essentielle, le compromis faisant partie intégrante de l'exercice de la gériatrie.

-Louis : « [...] en gériatrie [...] t' es toujours dans le compromis ! »

Armande : « Y' a toujours cet accompagnement entre... leur perte d' autonomie qui est un p' tit peu inévitable mais il faut garder leurs... repères et leur approbation [...] c' est super important ça sert à rien de leur imposer [...] Donc c' est toujours une balance à trouver entre ce qui serait le mieux pour eux et ce que eux ils acceptent quoi. »

Chez le patient âgé, il peut parfois ne plus s'agir de guérison mais de confort.

-Lucette : « [...] j' avais comme difficulté aussi c' est... de prendre la décision entre guillemets ... D' être le moins nuisible d' être le plus confortable [...] »

Les internes comprennent, bien qu'elle leur soit difficile à accepter, l'idée qu'il soit parfois essentiel de se plier au refus du patient, celui-ci étant le meilleur juge de ce qu'il est essentiel de préserver dans sa vie.

Le respect du choix éclairé du patient semble primordial pour les internes.

-Lucette : « [...] j' ai d'jà eu une patiente qui voulait même plus qu' on la soigne pour une infection urinaire. Ecoute si elle veut pas, elle a toute sa tête, elle fait ce qu' elle veut. »

➤ Savoir prendre la distance nécessaire avec le patient

Même si les émotions semblent être nécessaires à une prise de décision adaptée, il est important pour certains internes de ne pas laisser leurs sentiments gouverner leur prise en charge, la relation avec le patient ne devant pas être une question de « feeling » car elle serait inéquitable et dangereuse pour le patient et le médecin.

-Edmond : « [...] si ça dépend vraiment de la personne qu' on a en face de soi [...] ça veut dire qu' on agit différemment en fonction de la personne [...] Je pense que c' est dans le naturel d' être comme ça maaais est-ce qui faudrait pas... avoir toujours cette même cohérence avec soi-même pour... prendre soin des autres ? [...] »

Cependant nous pouvons remarquer que certains d'entre eux s'impliquent beaucoup dans leur relation avec le patient et semblent avoir des difficultés à s'imposer une limite.

Nous pouvons évoquer l'exemple d'Edith laissant son numéro de téléphone personnel sur une ordonnance de prise de sang, afin de pouvoir être contactée en cas de problème. Bien que ce numéro soit adressé au laboratoire et non au patient celui-ci y'a accès. Nous pouvons nous poser la question de la limite à instaurer dans la relation avec le patient, partager avec lui une donnée personnelle implique

d'assumer les conséquences de ce partage d'information, comme par exemple ici prendre le risque d'être appelé par le patient en dehors des horaires de travail ou que celui-ci partage cette information avec d'autres personnes.

-Edith : « Moi souvent j' écris sur mon bon... mon numéro de téléphone en fait, en disant « Voilà, si... si problème... contactez moi » et comme ça moi je peux prendre la suite. »

Certains internes ont parfois une forte implication émotionnelle et confondent les rôles de médecin et de membre de la famille du patient.

Yvonne : « [...] un peu comme si c' était ta grand-mère à toi... Et tu t' attaches ! [...] Quand c' est un vieux que tu suis depuis vingt ans et que tu l' aimes bien et t' as pas envie qu' il soit dément, tu te dis « Non, non il est fatigué voilà ! » »

Il peut être dangereux pour le médecin de s'impliquer aussi intensément dans sa relation avec le patient surtout lorsque celui-ci décède. Nous pouvons penser que des échecs, voir des décès répétés, pourraient entraîner chez certains de ces internes des troubles psychiatriques du type dépression, anxiété, burn-out jusqu'à la tentative d'autolyse ou autolyse. Certains semblent déjà très sensibles à ces échecs et une prise de recul semble ici essentielle comme le suggère Germaine.

-Lucette : « Bah moi j' avoue que ça m' angoisse je me dis « Est-ce que c' est moi qui ai précipité la mort ou pas ? ». Et comme je saurai pas ça va m' angoisser [...] Tu vas retourner la situation, tu te dis « Et si j' avais fait ça ! Est-ce que ça l' aurait pas tué ? » « Est-ce qui serait pas mort de mort naturelle ? ». Mais mon problème c' est que ça m' empêche de dormir ce truc-là !

-Germaine : [...] je pense que c' est l' effet papillon on peut pas prédire ce qui va se passer... mais y' a pleins de trucs qui dépendent pas de nous... »

Aux émotions nécessaires mais non suffisantes à une attitude éthique, évoquées précédemment, s'accompagnaient la nécessité d'un travail rétrospectif sur les décisions prises afin d'être le plus juste possible avec le patient et d'accepter l'angoisse inerrante à la relation médecin patient « *signe de la conscience d'une situation appréciée à la juste mesure de sa gravité* » (90), un travail rétrospectif réalisé sur soi-même mais également avec les confrères, soignants, maîtres de stage, enseignants... et qui semble manquer à certains de ces internes.

➤ Le patient âgé, un reflet de l'avenir ?

La prise de parole d'Edmond teintée d'ironie mais sincère montre les peurs et les doutes que suscitent le vieillissement, le fait de côtoyer des patients âgés questionne les internes quant à leur propre avenir. Ils font face à une vérité qu'ils préfèrent parfois oublier : eux aussi vieillissent, eux aussi devront possiblement faire face aux mêmes difficultés que leurs patients et accepter la perte de leurs capacités, les modifications souvent inesthétiques de leur corps et leur mort. Ils font face à leur propre déni de la réalité ce qui peut parfois être difficile à accepter pour certains.

-Edmond : « [...] j' me mets à leur place et j' me dis « [...] j' vais devenir comme eux un jour » eect ça pour le coup ça me fait un p' tit peu flipper parce que c' est des gens... On a l' impression [...] que le renouvellement d' ordonnance au bout de 3 mois, c' est la seule sortie ! Je me dis c' est des gens qui sont du mauvais côté de la pente de la vie. C' est le moment sombre de la soirée là ! Mais franchement ouais des fois je me dis « Pfff, je sais pas comment ils font parce que moi je serais vraiment flippé à l' idée de me dire queeee je suis pas loin de la fin. » Et d' un autre côté... j' me dis queeee je serais forcément un jour dans cette situation [...] quand je reçois des gens en consultation qui sont bien âgééé physiquement, ça va être la mauvaise blague, mais qui ont plus trop de cheveux, qui ont ouais des rides tout ça, j' me mets à leur place et je me dis « poufff bah l' avenir est... » ... »

Cependant être témoin de la vie des autres peut parfois leur permettre de relativiser, d'évoluer, d'apprendre, d'accepter les difficultés de la vie.

-Lucette : « Et même ceux qui... sont dans des difficultés... mais qui ont un soutien quand ils sont en couple ou quand ils sont avec leurs enfants, tu te dis « Pfff ouais c' est sympa, moi si j'finis comme ça, ça me va ! » »

Cette confrontation à leurs propres peurs peut parfois pousser certains médecins à faire preuve de discrimination face aux personnes âgées

e. La discrimination liée à l'âge

❖ Les préjugés et la discrimination liés à l'âge très présente dans le milieu médical

Bien que de nombreux préjugés peuvent être identifiés dans les paragraphes précédents, certains sont exprimés de manière plus explicites que d'autres. Le temps de consultation plus long, les troubles de la compréhension et la surdit e supposés chez le patient âgé sont des préjugés fréquemment rencontrés. Certains internes présagent parfois des troubles d'un patient avant même de démarrer la consultation du fait que celui-ci est âgé. Ils en ont conscience mais cette erreur leur semble inévitable. Ces situations peuvent parfois être responsables d'une mauvaise relation entre le médecin et son patient.

-Claudette : « Je suis d' accord pour le temps de consultation, souvent si on est un peu déjà à la bourre et que tu vois que... c' est une personne âgée, tu te dis « Ah merde ! Bah ça va me prendre plus de

temps ». Parfois c' est pas vrai ! [...] C' est vrai que y' a toujours cette appréhension du fait que ça va prendre **plus de temps**, que il faut s' assurer qu' ils aient **bien compris**, faut répéter **les choses** [...] »

Ils s'expriment également dans l'attitude d'Edmond et de Germaine rapportant une certaine lassitude face à ces patients.

-Edmond : « Mais y' a quand même [...] un préjugé un peu quand on a une admission... Qu' on voit quatre-vingt-cinq sur le papier ou alors quand en consultation le prochain RDV on voit que il est né en...

-Germaine : ... en 1930.

-Edmond : Ouais c' est ça ! On se dit pffff... Ok supeer... »

La remarque de Michel exprime parfaitement cette discrimination liée à l'âge « polypourri ! ». Le patient âgé du fait de sa complexité, de ses multiples pathologies et des différents handicap moteurs et/ou cognitifs supposés ou attendus, provoquera chez certains médecins un rejet, une vision négative, un manque d'intérêt et de volonté de les prendre en charge, avec de possibles répercussions sur la qualité des soins qui lui seront prodiguées et des conséquences parfois graves.

-Edmond : « [...] y' a une part de la personnalité je pense qui doit jouer là-dedans. J' ai un ami commun avec Michel qui a une vision des personnes âgées assez particulière [...] Qui se finit souvent par de l' Hypnovel...

-Michel : Bah ce genre de vieux ça fait chier !... On a du mal à communiquer avec lui, il sait pas ce qui veut, il arrive pas à mettre des mots sur ce qu' il aaa, pas envie de perdre de temps, pas de patience voilà c' est genre on fait en sorte qui meurt paaas et puis ça dégage ça rentre à la maison ! [...]

-Lucette : [...] passé **60 ans** euh... enfin on est bon à mettre à la poubelle et on le sent dans la prise en charge c'est woaw ! »

-Lucette : « [...] **casée démente**, irrécupérable [...] »

De plus le fait que le patient soit “pourri” renvoie à l’idée de sénescence et de mort. Nous remarquons par ailleurs l’expression de dégoût chez Edmond lorsqu’il parle de ses préjugés liés à l’âge mais également lorsqu’il décrit les transformations physiques « inesthétiques » qui apparaissent avec l’âge « qui ont plus trop de cheveux, qui ont ouais des rides ».

Nous pouvons relever la remarque de Germaine « **nous**, les jeunes de 20-30-40 ans la santé c’est le truc qui fait chier parce que si ça merde on peut pas taffer » en opposition aux « p’tits vieux » qui ne seraient pas (plus) concernés par ce problème. Cette remarque évoque l’aspect social important accordé au travail dans notre société, la valeur d’une personne se mesurant à ce qu’elle peut lui apporter en termes de productivité et donc de richesse. La personne âgée qui ne travaille pas ou plus, perd-elle ainsi sa valeur aux yeux de la société ? Travail et utilité sont deux termes fréquemment associés et un préjugé fortement ancré dans la population générale et chez nos internes, tout comme le fait qu’une personne âgée n’a par définition pas d’activité professionnelle (84,146,147).

Norah : « Parce qu’**au moins** la personne âgée y’a **jamais** le problème de l’arrêt de travail ! »

Il est intéressant de noter que certains de ces préjugés ont pu être intériorisé par les patients eux-mêmes. La société pense que c’est normal, leur médecin pense que c’est normal donc ils le pensent également (79).

-Martine : « [...] parce qu’y a beaucoup de patients aussi qui vont se dire « Bon bah j’suis vieux donc si j’ai mal...aux jambes c’est normal, si j’arrive pas à marcher c’est normal ».

❖ Désinvolture dans la prise en charge du patient âgé

Plusieurs internes expriment une certaine désinvolture dans la prise en charge des patients âgés. Nous relevons à plusieurs reprises chez Edmond et Michel une moue marquant le caractère anodin de ce type de comportement. Nous pouvons penser que ces patients ayant atteint un âge raisonnable, l'interne peut se justifier d'un certain relâchement, se libérer de la pression constante de guérir à tout prix.

Cette nonchalance peut être perçue comme un besoin de relativiser la mort du patient, de soulager les consciences, il semble s'agir d'un mécanisme de défense plus facile à mettre en place dans le cas du décès d'un patient âgé que d'un patient jeune, cela se justifiant du fait que le patient âgé a eu une longue vie dont il a pu profiter, la mort faisant parti d'un cycle naturel et répondant à une certaine idée de justice, celle de voir le vieux partir avant le jeune. Toutefois, ces internes relativisent leurs propos, marqués d'ironie mais également de honte, ils se permettent de penser cela mais ne le traduisent pas en actes et finalement s'appliquent d'autant plus dans leur prise en charge.

- Edmond : « [...] c' est peut-être une supposition mais probablement on se dit « Au pire... Au pire ça se finira un petit peu plus tôt ! » C' est... assez horrible comme...

-Michel : Mais je trouve que c' est un peu l' idée... »

-Edmond : « Parce que oui ça m' est déjà arrivé de me dire « Bon écoute Edmond, au pire c' est pas grave ! » Et après je me dis « T' es vraiment un connard ! Edmond t' es vraiment un connard de penser comme ça ! » [...] Je me dis « Non ! Faut pas que je pense des trucs comme ça ! » [...] Donc après je me dis que... c' est pas bien d' avoir pensé ça... et je m' applique ! »

Les internes ont également remarqué cette désinvolture chez certains de leurs collègues du SAMU ou hospitaliers lors de la prise en charge en urgence du patient âgé, l'âge avancé provoquant

une réticence de leur part, et incitant à une sous-utilisation des moyens mis à leur disposition qu'ils réservent à d'autres priorités. Ces internes semblent consternés par cette situation qu'ils dénoncent par l'ironie. Simone utilise l'exagération dans son discours pour décrire ces comportements qu'elle désapprouve en disant d'une patiente âgée qu'elle est "*NTBR*" (not to be resuscitated) pour ces médecins du simple fait de son âge. Ces situations mettent les internes en difficultés car face à un patient présentant un état de santé relevant d'une prise en charge hospitalière et un interlocuteur peu sensible à leur discours, ils ne savent comment réagir correctement.

-Joséphine : « ... mais pour avoir une médicalisation du transport... c' est **très dur** quand on présente un cas de personnes âgées [...] tous les appels que j' ai passé... au niveau du SAMU quand ça concerne une personne âgée, c' est de **la réticence** « Ah oui ! Mais elle a quand même 90 ans ! »

-Simone : C' est ça ! Elle est *NTBR* quoi ! [...] Non mais c' est ça dans leur tête ! »

❖ La maltraitance envers les personnes âgées et abus de faiblesse

L'infantilisation, la discrimination et les préjugés peuvent conduire à de la maltraitance envers les personnes âgées.

De la maltraitance de la part des familles, qu'il est parfois difficile de dépister.

-Edith : « [...] on se posait même la question si y' avait pas une espèce de maltraitance derrière... [*de la part de la fille de la patiente*] »

De la maltraitance de la part des soignants en ambulatoire, dans les hôpitaux, dans les structures privées.

-Joséphine : « [...] Et c' est pareil dans les équipes infirmières ou aides-soignantes, la violence à l' hôpital maintenant c' est beaucoup plus présent qu' à l' époque quand même...

-Simone : ... Ou alors on en parle plus! »

Mauricette dénonce un comportement qu'elle aurait constaté mais n'accepte pas. Elle évoque des situations où l'accord du patient n'est pas toujours demandé ou respecté à l'hôpital, pouvant s'assimiler à de l'abus de faiblesse.

-Mauricette : « [...] et puis à l' hôpital tu sais, tu leur fais ça tu leurs demandes la moitié de leurs avis en fait ! »

Edith signale quant à elle le manque de respect dont peuvent faire preuve certains soignants envers les personnes âgées les nommant de “croûtes” , ce que Joséphine et Simone relativisent évoquant les conditions de travail difficiles poussant parfois les soignants à instaurer une distance avec le patient par l'utilisation répétée de l'humour noir. La réponse de Simone est éloquente “c' est pas toujours évident d' être... parfait...”, elle rappelle que le soignant est humain, qu'il a des défauts et des qualités et que l'erreur fait partie de la relation qu'il entretient avec le patient.

-Edith : « ... Et la vision aussi à l' hôpital ! [...] y' a des gens qui se permettent d' appeler les personnes âgées des « croûtes » [...] mais si on appelait **ta grand-mère** comme ça !” Mais enfin... et ça choquait **personne** ! »

En effet le patient âgé et plus particulièrement le patient âgé hospitalisé est souvent considéré comme un patient difficile aux nombreuses pathologies, parfois en perte d'autonomie avec des besoins accrues en soins. Les internes ont eux-mêmes une vision de ces patients extrêmement péjorative presque caricaturale, ce qui leur permet de comprendre en partie les comportements maltraitants dont

font preuves certains soignants, sans pour autant les cautionner. Le fait que ces comportements soit le plus souvent rapporté dans un contexte hospitalier ne signifie pas qu'ils soient absents du domaine ambulatoire, les internes ayant énormément fréquenté le monde hospitalier, ils ont plus de facilités à y relever ce genre d'actes.

-Edith : « [...] quand on voit la personne âgée à l' hôpital... t' as l' image... en blouuuse qui est... à moitié dénudée avec la couche [...] y' en a partouuuut... forcément personne âgée **hop couche !...** avec les ch' feux saaaales [...] dans son lit comme ça... qui s' accroche, qui arrive pas se nourrir tout seul et comme les gens on pas le temps, et ben il y a personne pour lui mettre la cuillère dans la bouche... »

-Edith : « [...] p' t-être que les gens à l' hôpital au bout d' un moment ils voient que la personne âgée comme ça, c' est vrai que... ça doit être difficile aussi à supporter [...] moi je supporterais pas de travailler à l' hôpital et de voir que des gens... qui vont pas bien à ce point-là quoi ! »

Cette maltraitance peut être facilitée par les conditions de travail souvent difficiles auxquels sont soumis les soignants. Une maltraitance forcée du patient âgé, infligé au soignant et responsable d'une souffrance au travail, souffrance leur donnant le sentiment d'être eux-mêmes maltraités du fait du manque d'écoute de leur administration, des élus et de la société quant à leurs besoins professionnels.

-Simone : « [...] Mais j' me dis mais si c' était ta grand-mère, tu la laverai pas comme ça ? Tu la bousculerai pas comme ça, enfin c' est juste **horrible** quoi [...] y' a pas assez de monde en fait [...] c' est pas **que** la faute de la nana qui fait ça hein ! Ou du mec [...] »

-Edith : [...] dans les EHPAD, ils le disent qu' ils ont l' impression de maltraiter et que ils ont peur de pas pouvoir faire leur travail. »

f. Connaissances et difficultés des internes quant à la prise en charge spécifique du patient âgé dans la pratique quotidienne de la médecine générale

❖ La prise en charge du patient âgé complexe et l'évaluation gériatrique de premier recours

➤ Le médecin généraliste au centre de cette prise en charge

Le médecin généraliste « central » est un retour fréquent de la part des internes, celui-ci est considéré comme le chef d'orchestre de la prise en charge du patient.

- Michel : « [...] c' est le médecin généraliste qui est au centre de tout. »

Un médecin central mais qui peut vite se sentir seul s'il n'a pas toutes les cartes en mains pour l'aider dans sa prise en charge du patient âgé.

-Michel : « [...] Donc c' est le médecin traitant qui prend tous les refus mais c' est lui qui se retrouve avec le patient à la fin ! Et c' est à lui de gérer donc parfois avec les moyens du bord ! »

➤ L'évaluation gériatrique en soins primaires et les compétences nécessaires à sa réalisation

Les internes ont conscience de l'importance de l'évaluation gériatrique et des possibilités de réalisation en médecine de ville. Mais ils ne semblent pas à l'aise avec la réalisation de ce bilan puis du suivi, principalement dans un contexte de troubles cognitifs.

-Lucette : « [...] ce qui m' embêtait... c' était finalement la prise en charge et la suite en fait, de préparer quand y commence à avoir des troubles cognitifs... même les familles sont demandeuses d' examens complémentaires, potentiellement de traitements [...] »

Rita « pense » qu'on peut faire beaucoup en ville sans en être certaine, sans connaître précisément le contenu d'un bilan gériatrique, elle évoque plusieurs examens sans être certaine de l'exactitude de ses suggestions.

-Rita : « Bah je pense que tu peux en faire beaucoup en ville. Enfin, tous les bilans cognitifs tu peux les faire toi ! »

La recherche sur internet est évoquée mais l'internet est vaste et sans les clefs pour se guider, les internes se perdent dans la masse d'information.

-Louis : « Tu peux taper sur internet à la rigueur ! Mais c' est pareil c' est...

-Rita : ... c' est ... flou, tu vas tenter des trucs et au final soit tu fais trop soit tu fais pas assez ! »

➤ Les outils d'aide à la prise en charge d'un patient gériatrique en médecine générale

Plusieurs outils d'aide à la prise en charge du patient gériatrique ont été évoqués par les internes. Ils ont cité plusieurs échelles du bilan cognitif comme le MMS, le test de l'horloge, le test des 5 mots de Dubois, du bilan de la marche comme le Time up and go test et le test de Tinetti qui évalue le risque de chute, des échelles évaluant l'autonomie du patient comme les échelles ADL et IADL, Thérèse a évoqué la grille AGGIR sans assurance.

Martine : « Faut avoir le temps ouais ! Genre moi je pense que pour un bilan gériatrique, il faut au moins faire un MMS, un test de l' horloge et ce genre de ... test cognitif... si tu veux tous les faire et les faire bien, le test des 5 mots et tout, t' en as facilement pour une heure [...] Tu peux aussi un peu évaluer la marche mais pareil ça ça prend du temps... Genre tu peux faire un Time up and go test ou des choses comme ça... »

L'intérêt du MMS a été remis en question à de nombreuses reprises, il est considéré comme anxiogène pour le patient, peu utile pour la suite de la prise en charge, difficile à interpréter, peu représentatif des véritables troubles du patient, inadapté à la prise en charge ambulatoire. Ils n'en n'ont d'ailleurs que peu de pratique en médecine générale et s'en remettent souvent à la famille du patient. Il semble que ces internes ne soient pas à l'aise avec la prise en charge des troubles cognitifs en ambulatoire, ce sujet revient régulièrement dans les conversations.

-Lucette : « [...] faire les MMS, je trouve quand ils sont au début... de la démence, c' est vraiment dur [...] Typiquement le MMS, moi des fois je me dis « Pffff ! Pourquoi je le fais ? Est-ce que ça a un intérêt ? » [...] Et en fait on va faire quoi ? Bah pas grand-chose derrière, donc c' est vrai que ça je me sentais des fois désarçonnée [...] »

-Michel : « [...] avoir des proches à qui en parler, qui pourraient le relater sûrement. »

-Edmond : « Je crois même qu' on n'en a jamais fait nous, en sept mois de stage [...] »

Ces échelles sont considérées comme trop longues, trop fastidieuses pour être réalisées en médecine de ville. Le nombre de patients et la durée de ces tests ne permettent pas leur réalisation optimale car trop chronophage pour des bilans qui ne relèvent pas de l'urgence.

-Louis : « [...] faire des consultations de une heure pour des patients gériatriques [...] t' en fait un par semaine mais t' en fait pas plus et t' auras beaucoup plus de patients gériatriques que un seul par semaine ! Et donc ça marchera pas ! »

L'idée d'un outils type application internet ou mobile revient fréquemment chez les internes. Ils ont cité les applications *Démence clic* et *Kit médical*.

-Lucette : « Faudrait un *Gérialic* ! »

-Paulette : « y' a un *Démence clic* [...] Après y' a *Kit médical* [...] »

Les internes ont cité plusieurs outils disponibles, pouvant leur apporter de l'aide mais peu spécifiques à la prise en charge du patient âgé. Ils ont cité les logiciels médicaux de prise en charge installable sur téléphone et tablette permettant d'avoir le dossier médical du patient en visite.

-Edith : « Des fois t'as un logiciel [*inaudible*]... qui propose... de l'avoir aussi sur téléphone.... Et du coup comme ça t'as accès au dossier... »

Le DMP est un possible outil utilisable par les internes. Cependant il est considéré comme peu pratique, non intuitif, contraignant au niveau administratif et pauvre en informations utiles, celui-ci devant être rempli par les médecins ce qui ajoute encore à leur charge administrative. De plus la tenue du dossier se fait sans contrepartie financière et donc ne les incite pas à y participer activement. Edith évoque également le fait que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) s'est elle-même peu engagée dans ce projet, ne mettant pas en œuvre les moyens nécessaires à son succès.

L'annuaire Ameli a également été évoqué.

-Simone : « C' est sûr que sur le papier ça serait trop bien si ça marchait ! [...] Si y' avait pas un milliard de codes confidentiels... et si c' était compatible avec tous leees... logiciels, mais dans les faits ça marche pas. »

-Edith : « Après je trouve par exemple pour le DMP, si ils voulaient vraiment que ça soit mis en place correctement [...] ils pourraient proposer [...] une formation là-dessus [...] c' est pas assez généralisé dans le sens où on s' attend à ce que les gens ils appliquent le truc comme çaaa [*claque des doigts*] ... par eux même...

-Joséphine : Et puis après de toute façon si... ça prend du temps et que c' est pas rémunéré enfin **valorisé...**

-Simone : ... c' est difficile à mettre en place. »

-Armande : « [...] au niveau de tout ce qui est médical, paramédical ça doit être sur Ameli où y a un annuaire de tous leees tous les correspondants »

Ils évoquent également la modernisation des différents outils parfois difficilement accessible ou compréhensible pour une patientèle âgée.

-Nana : « [...] pour récupérer les informations [...] les patients en fait ils ont pas leur compte rendu de scanner ou de radio, ils ont un **code**... souvent les personnes âgées, ils y comprennent **rien** ! Donc tu mets mille ans à te connecter... »

Ces internes critiquent de manière générale le manque d'outils adaptés à une prise en charge ambulatoire du patient âgé.

-Moi : « [...] des outils qui sont pas forcément facilement accessibles ouuu....

-Simone : Ou adaptés. »

➤ Les ressources à la disposition du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé et les difficultés à les identifier

Les internes semblent démunis face aux différentes ressources existantes, ils savent que des structures d'aide existent mais les connaissent assez peu.

-Mauricette : « Je n' ai **aucune idée** des ressources du coin ! »

Ils évoquent les infirmières, les kinésithérapeutes, assistantes sociales, l'hospitalisation à domicile (HAD), les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques, les unités mobiles de gériatrie (UMG), les ergothérapeutes de ville, les structures privées, le conseil départemental, le centre antidouleur, les hébergements temporaires en EHPAD, le dispositif *Asalée*...

Ils ont quelques connaissances de ressources existantes qui semblent avoir été acquises par l'expérience, Germaine cite l'exemple des structures de répits qui ne semblent pas être connues des autres internes.

- Germaine : « [...] je sais pas si ça se développe trop ici [...] des centres que pour aider les aidants [...] »

Cependant ils semblent perdus face à la quantité et l'hétérogénéité des ressources disponibles, ne savent pas pour beaucoup comment les contacter, ignorent leurs rôles et leur mode de fonctionnement.

-Armande : « ... c' est quand même souvent des problèmes plus sociaux que médicaux [...] Pour avoir un contact avec une assistante sociale ou un travailleur social, c' est pas super évident, on a pas vraiment de contact ... très facile en ambulatoire... »

-Claudette : « Justement ! on le sait pas tous ces trucs là en fait !... Y' a trop de structures sociales qui existent d' accompagnemeent, le truc spécial maladie d' Alzheimeeeer, le truc spécial truc [...] »

De plus les charges administratives supplémentaires imposées au médecin, les critères d'accès restreints à certaines structures, les difficultés d'accès dans certains territoires, les coûts restant à la charge pour le patient, limitent l'utilisation de ces ressources par les internes et donc leur bonne connaissance et leur utilisation dans leur pratique quotidienne.

-Simone : « ... l' équipe mobile de géria ou l' HAD.

-Joséphine : Ça dépend vraiment du lieu d' exercice aussi parce queee... »

-Edith : « ... par rapport justement au maintien à domicile difficile... les structures qu' il faudrait... des EHPAD mais de courte durée... c' est des hébergements de courte durée... »

-Simone : Après c' est toujours le coût quoi le problème hein... Enfin c' est qui finance ça quoi. »

Les internes connaissent assez peu les aides financières disponibles, ne savent pas exactement à quoi elles servent, les critères d'attribution et ont des difficultés à les mettre en place.

-Armande : « [...] Les demandes d' APA, pour éventuellement faire intervenir des auxiliaires de viiiiie, aide au ménagee [...] Mais il me semble que quand on demande l' APA après [...] ils ont forcément quelqu' un quiiii vient du conseil départemental [...] Peut-être que c' est pas refait quoi... »

-Paulette : « [...] ils [*les patients*] le feront pas si jamais ils doivent sortir les sous de leurs poches quoi ! [...] Et j' ai aucune idée des tarifs mais je pense pas que ce soit donné. »

Leur réponse devant ce manque de connaissance va être un recours fréquent à l'hôpital.

Louis : « [...] t' appelles l' interne de garde [...] mais c' est pas... C' EST PAS SON RÔLE C' EST PAS SON RÔLE ! »

Et parfois aux réseaux sociaux. Il paraît regrettable que les internes, faute de formation adéquate ou d'interlocuteur, soient obligés de se tourner vers des réseaux sociaux parfois utiles mais également peu fiables, l'hésitation dans leur discours suggère quelques difficultés à admettre l'utilisation de ces réseaux comme source d'informations médicales.

-Lucette : « [...] je trouve que c' est vachement bien [...] c'est un groupe Facebook [...] il fait polémique quoi.

-Marie-chantal : « [...] je trouve que pour des avis des fois c' est intéressant...D' un œil extérieur... c' est comme tous les réseaux sociaux faut faire du tri mais... »

Il a également été suggéré que les maîtres de stage et médecins remplacés avaient parfois eux aussi des difficultés ou méconnaissaient le réseau dédié aux personnes âgées qui se trouve dans leur secteur. Les internes pourraient donc ne pas toujours trouver les réponses à leurs questions durant leur stage chez le praticien ou auprès du médecin qu'ils remplacent, celui-ci n'étant parfois pas lui-même compétant dans le domaine de la gériatrie ambulatoire.

-Norah : « [...] Typiquement le médecin chez qui je suis, il connaît pas ! enfin il a tapé sur Google... quel organisme appeler pour une patiente, enfin alors qu' il est en bout de carrière, il devrait quand même connaître ce qui est autour de chez lui [*rire incrédule*] [...] »

La connaissance de ces différentes ressources et structures semble venir d'un bouche à oreille entre collègues et amis médecins, ainsi que des contacts avec les représentants de ces différentes structures durant leurs stages.

-Nana : « Les prat de SASPAS...Les p' tits tuyaux c' est d' eux.

-Joséphine : Le cursus, ouais, de la fac euh les différents intervenants ou...

-Simone : Les différents stages [...] pas trop dans mes lectures personnelles plutôt vraiment dans la pratique et dans les stages...

-Nana : Ou entre collègues remplaçantes [...] Entre amis. C' est les bons tuyaux. »

Pourtant il paraît essentiel à tous d'avoir accès à un réseau de professionnels de santé, la prise en charge poly-professionnelle de cas complexes étant indispensable. Ils insistent beaucoup sur l'importance de chercher ce réseau, d'être actif dans l'entretien et la participation à ce réseau.

-Louis : « Mais ça te facilite vraiment le travail je trouve ! Quand t' as un réseau derrière à qui t' appuyer enfin... C' est vraiment **super agréable** ! [...] »

-Norah : « **Faut être actif ! Et vouloir prendre en charge et s'impliquer.** »

La Plateforme du réseau d'appui aux médecins généralistes (PRAG) a été évoquée par les internes d'un des groupes de discussions, ils semblent connaître les grandes lignes de ses missions mais n'ont jamais fait appel à elle.

Les différentes MAIA et CLIC n'ont jamais été évoquées mais suggérées.

-Simone : « Y' a un réseau où ils s' occupent de l' aspect social qui je trouve est très bien fait mais j' ai plus le nom [...] »

-Joséphine : La PRAG !

-Simone : Et du coup ça c' est quelque chose que je connaissais pas et eux se chargent surtout de l' aspect social [...] »

Cependant sans les clés pour le découvrir et du fait de leur manque d'expérience, internes et jeunes remplaçants ont parfois la sensation d'être démunis, seuls pour prendre en charge le patient âgé ne sachant pas vers qui se tourner.

-Mauricette : « Après t' es un peu tout seul quand même ! Des fois... »

-Armande : « [...] y' a la perte d' autonomie qui arrive et à côté de ça les outils sociaux on les a paaass tellement non plus... »

➤ La place du gériatre dans cette prise en charge

Le gériatre hospitalier ne semble pas être l'interlocuteur privilégié par les internes pour une coopération interprofessionnelle, du fait de la surcharge de travail de celui-ci.

Paulette : « [...] devoir déranger les gériatres qui ont déjà 15000 choses à gérer[...] dans leurs hôpitaux ou dans leur service quoi. »

Les gériatres ambulatoires semblent leur offrir plus de possibilités d'échanges afin d'éviter au patient le passage par un hôpital pouvant être anxiogène pour celui-ci. Ils connaissent cependant assez peu ces gériatres, leur rôle, comment les contacter, leur nombre, leur localisation. Ils leur semblent évident qu'ils seront nécessaires dans l'avenir du fait de la filiarisation de la gériatrie et de la disparition progressive des capacités de gériatrie pour les médecins généralistes.

-Armande : « Mais je crois que j' avais effectivement déjà entendu ... qu' y aurait de plus en plus gériatres qui s' installeraient ...

-Thérèse : Parce que là ils sont qu' à l' hôpital les gériatres en fait ? [...] Bah en ville ça ferait p' t-être moins peur [...] si on vous dit vous allez à la consult... à la rue d' à côté... »

➤ Les difficultés rencontrées lors de prises en charge en urgence ou semi-urgence

Les internes semblent posséder les outils nécessaires pour traiter une urgence médicale, ils connaissent les correspondants à joindre (SAMU, praticien pour les internes en SASPAS, médecin remplacé si possible) et les situations nécessitant leur appel.

-Marie-Ange : « Le SAMU.

-Roselyne : Moi j' appelle le prat du coup vu que j' ai toujours quelqu' un au-dessus de moi pour l' instant ! donc voilà ! »

-Thérèse : « Ouais, SAMU, moi ça m' est déjà arrivée d' appeler soit les autres gens du cabinet ou soit le médecin que je remplace qui est en vacances et qui est joignable [...] »

Toutefois ils ont parfois la sensation d'être seuls, abandonnés et dans l'obligation de bricoler une prise en charge avec le peu de moyens à leur disposition jusqu'à des limites extrêmes leur semblant peu acceptables.

-Joséphine : « ... là actuellement on est... dans la situation où il faut essayer de se démerder pour que la personne âgée reste le plus longtemps à la maison possible avec les soins qu' on a et quand on appelle le SAMU c' est que c' est vraiment la fin des haricots... Y' a pas trop d' intermédiaires et on est un peu les laissés-pour-compte quoi. »

Et même lorsqu'ils n'ont plus le choix et essayent de limiter le passage dans un service des Urgences à leurs patients, ils se trouvent régulièrement confrontés à des refus de la part de leurs collègues hospitaliers, ce que Joséphine décrit comme de la "rétention de lits".

-Edith : « [...] j' ai passé des heures et des heures, j' ai essayé de lui trouver des places à l' hôpital. Au final, j' ai quand même dû l' envoyer aux urgences... Et c' est terrible parce que t' essayes de rendre service **aux Urgences** en les engorgeant pas, **à la personne** surtout les personnes âgées qui vont attendre sur un brancard... »

-Joséphine : « Oui parce que souvent y' a pas d' accès direct dans les services, même les services ils font... entre guillemet de la rétention de lits et ils nous demandent de passer par les urgences, comme ça ils sont tranquilles... ils ont une voie veineuse et puis un bilan piqué. »

Thérèse s'offusque de ces situations obligeant un passage aux urgences inutile et délétère au patient âgé, ce qui ne semble pas être le cas d'Armande qui lui répond d'un ton neutre, la situation lui semblant tellement banale qu'elle ne la choque plus.

Thérèse : « Non mais du coup ceux qui sont aux urgences, et qu' y a pas de place et qui sont renvoyé à trois heures du mat [...] C' est horrible !

Armande : Ah oui ça c' est horrible...ça surement. »

Ces situations semblent trouver leur origine dans un problème structurel, plus profond, une politique priorisant la réduction des coûts et la recherche de bénéfice à la qualité du soin, déjà évoqué plus haut, et que le personnel soignant subi plus qu'il ne l'accepte. Armande insiste beaucoup sur ce point et s'offusque de l'accusation de Roselyne parlant de facilité pour les services de faire passer les patients par les urgences. Ces situations semblent, d'après les internes plus fréquentes dans les grandes villes comme Strasbourg.

Roselyne : « C' est parce qu' y a la facilité d' envoyer aux urgences quoi ! [...] »

Armande : **Non mais ça c'est pas la facilité !** ...si c'est le système ! [...] c' est la politique de l' hosto... les hôpitaux ils gagnent plus en faisant passer par les urgences ! Ça il faut pas l' oublier ! »

Armande : « [...] des fois ils [*les médecins hospitaliers*] le disaient « cette sortie-là, il va revenir » enfin ils le sentaient pas mais derrière il y a les urgences qui poussent... »

Le manque d'interlocuteur privilégié médecin dans les grandes métropoles dans les situations d'urgence relatives est la principale critique des internes, ce qui semble moins être le cas dans les villes plus modestes.

Gisèle : « On a du mal à appeler le service de gériatrie et à leur dire clairement les indications d'hospitalisation ... Enfin la plupart du temps ils ont pas de place, il faut que ça passe par les urgences... »

Les difficultés sont d'autant plus importantes lorsque l'urgence est d'ordre social. Ces urgences sociales découlent le plus souvent d'un manque d'anticipation, cependant face à des patients réfractaires à toute prise en charge en amont, les internes sont démunis.

-Armande : « [...] on a pas l'équivalent des urgences médicales en social. Parce que souvent y'a même pas de problèmes médicaux, c'est juste queue ... ça tient plus à la maison quoi ! D'où l'importance d'essayer d'anticiper [...] Mais si le patient te dit non et qu'il a toute sa tête baaaaahh.... T'es bloquée, tu peux pas le faire quoi. »

De plus il semble que dans l'esprit de ces internes, l'urgence médicale est justifiée, ou ce justifie facilement auprès d'un service d'urgences, au contraire de l'urgence sociale qui elle semble difficilement suffisante à une demande de prise en charge urgente et/ou d'hospitalisation. Cette idée semble très répandue et ancrée dans l'esprit de ces internes qui ont répondu en cœur et sans concertation préalable que l'urgence médicale « C'est justifié. ». Nous pouvons supposer que ce privilège accordé aux urgences médicales serait le reflet du manque de visibilité et de considération accordées à l'aspect social de notre profession durant les études médicales. Ce type de travail peut en effet être considéré par certains médecins comme plus fastidieux, moins séduisant comparativement au côté médical et donc susciter des refus de prise en charge.

-Thérèse : « Oui parce que urgence médicale je me dis tuuu...

-Gisèle ; Roselyne ; Armande, Marie-chantal : C' est justifié. »

Les internes ne savent pas à qui adresser ou comment organiser la prise en charge du patient en cas d'urgence sociale, le service des urgences hospitalières ne leur semblant la plupart du temps pas (plus) adapté à ce genre de situation.

-Thérèse : « Mais je trouve que même arriver à mettre en place comme ça en quelques heures... une aide qui viendrait pour les transferts, qui viendrait pour la toilette, parce que les infirmières elle peuvent pas toujours comme ça, enfin c' est compliqué en fait [...] »

Dans le cas de semi-urgences, ils semblent avoir connaissance de possibilités existantes à mettre en place, comme les places d'hébergement temporaire, le passage infirmier, l'ABRAPA, mais ils restent assez vagues sur les moyens de mettre en place ces différentes aides, les délais, les coûts...

-Thérèse : « Bah d' temps en temps tu peux avoir des places d' hébergement temporaire en EHPAD [...] c' est pas partout quoi. »

Parfois certaines situations qui n'étaient pas des urgences le deviennent sous la pression familiale. En effet l'urgence du vendredi soir est fréquente et met le médecin en difficulté celui-ci ne sachant pas vers qui se tourner. Il lui est parfois difficile de faire comprendre à la famille l'absence de véritable urgence, les effets éventuellement délétères d'une hospitalisation et leur rappeler leurs responsabilités face au parent qu'ils souhaitent hospitaliser.

-Thérèse : « [...] c' est hyper embêtant je veux dire on fait quoi dans ces cas-là ? On leur dit « Bah débrouillez-vous ! Gardez la mamie ! Envoyez-la aux urgences et croisez les doigts pour qu' ils la gardent ! » [...] C' est **toujours** le vendredi soir ! »

-Armande : « [...] les familles ils doivent quand même... un minimum prendre leurs responsabilités
[...]

-Thérèse : Ah bah non ! Non, non, non ils voulaient pas, hein !»

❖ La rémunération de la pratique de la gériatrie en médecine générale

La question de la rémunération a été fréquemment abordée dans les discussions. Elle semble jouer un rôle important dans la décision de prendre en charge des patients âgés complexes ou non car ces patients demandant plus de temps il semble essentiel pour les internes que leur prise en charge soit rémunérée à la hauteur de leur investissement. Cependant ils connaissent assez peu les cotations existantes.

-Marie-chantal : « [...] une consultation d' une personne jeune sera au même tarif [...] qu' une consultation d' une personne âgée [...] on a la même rémunération pour deux consultations qui sont complètement différentes et qui prennent pas du tout le même temps... je pense que ça peut être un frein pour certains [...] »

-Joséphine : « [...] je pense que c' est pas pour ça qu' il faut faire mieux son métier si on est mieux valorisé mais ça peut permettre de trouver du temps... qu' on consacrerai peut-être pas [...] »

Ils ont pu constater un manque de valorisation de certains actes médicaux chronophages, mais également de la charge administrative non rémunérée.

-Nana : « [...] tous les appels qu' on passe... après les consultations [...] enfin c' est vrai que des fois ça manque de valorisation tout ça. »

Nous pouvons également noter qu'il existe un certain malaise chez ces internes à parler d'argent, Lucette fait allusion au fait que des cotations existent mais que parfois les médecins n'osent pas les facturer à leurs patients.

- Lucette : « Ok ! Y' a effectivement des choses qui existent mais peut être qu' on les applique pas aussi... »

Or il semble contradictoire de limiter le nombre de consultations avec des personnes âgées complexes en prétextant une trop faible rémunération au vu de l'investissement en temps alors que dans le même temps l'on n'ose pas ou on ne sait pas appliquer les cotations spécifiques lorsqu'elles existent et sont remboursées par l'Assurance maladie.

De plus nous pouvons relever la moquerie d'Edmond à Germaine à qui il rétorque de trop bien connaître le prix des cotations ce qu'elle se sent obligé de défendre.

-Germaine : « J' ai vu ton sourire !

-Edmond : Parce que tu sais ! T' es très au courant du prix ! Tu te rappelles du code ?!

-Germaine : ... non mais c' est parce qu' on me l' a d' jà dit et ça m' avait choqué parce que je savais pas [...] Je pense pas qu' à l' argent comme ça... »

Ces remords à appliquer ces cotations peuvent être en partie expliqués par une idée reçue très répandue voulant que la médecine soit une vocation et que le médecin soit un être désintéressé. Il semble difficile pour les internes de faire comprendre au patient que vocation et rémunération adéquate ne s'opposent pas, que des responsabilités et un niveau d'études importants nécessitent une rémunération à la hauteur de l'investissement engagé et que le médecin libéral comme tout autoentrepreneur est soumis à diverses charges auxquelles il ne peut se substituer.

-Nana : « [...] après 9 ans d' études... on le mérite [...] les gens sont remboursés quoi. »

❖ Les visites à domicile, quelle utilité ?

Les visites à domicile sont parfois difficiles à gérer pour l'interne. En effet, il se trouve sur un terrain inconnu où il n'a pas ses repères, ses outils lui permettant de travailler dans les meilleures conditions. Ce manque de moyens est parfaitement exprimé par Thérèse lorsqu'elle dit faire du « bricolage ».

-Gisèle : « [...] je trouve que c' est hyper compliqué le suivi en visite à domicile [...] j' ai l' impression que je fais moins bien nécessairement que dans le cabinet parce que t' as pas les mêmes outils, tes habitudes, tes réflexes enfiin...

-Thérèse : Moi j' ai l' impression parfois que je fais un peu du bricolage, ouais, quand je vais à domicile, genre bon je vérifie qu' y a pas de grosses catastrophes [...] »

De plus le domicile du patient est rarement adapté à l'examen clinique.

-Roselyne : « [...] on sait pas trop comment pouvoir l' examiner parce que des fois les gens... ils ont des canapés, ou des trucs des fois [...] »

-Gisèle : C' est vrai. Tu prends peur 15 fois quand ils se déplacent. »

Elles sont également contraignantes sur certains aspects car elles impliquent d'y consacrer du temps dans son agenda dont un temps de trajet et des frais de déplacement.

-Edith : « [...] c' est une visite, y' a aussi le trajet tout ça [...] »

À plusieurs reprises les internes remettent en question l'utilité des visites à domicile vu comme peu stimulantes au niveau médical.

-Mauricette : « [...] C' était vraiment la visite parce qu' ils peuvent plus se déplacer, donc je viens renouveler le traitement, vérifier, faire un bisou et puis je m' en vais quoi ! »

Toutefois, la visite médicale peut s'avérer essentielle pour le patient âgé ne serait-ce que pour son caractère social. Elle permet à certains patients isolés de maintenir un contact humain, un lien social avec le reste de la société essentiel à l'équilibre mental de chacun.

-Lucette : « [...] Après on est aussi la visite de la journée [···] »

-Thérèse : « [...] quand je vais à domicile [···] je viens discuter [...] ouais je fais du social quoi. »

Elles permettent de porter un regard sur l'environnement dans lequel évolue le patient.

-Thérèse : « Et puis on dit dans le cabinet le p' tit escabeau ou la balance mais chez eux quand tu vois leur p' tit guéridon, leur tapis, la table, le machin mais c' eessst [···] »

De plus, face à ces patients fragiles le moindre événement aigu peut faire basculer leur équilibre précaire. Chez des personnes rencontrant des difficultés à se déplacer, une visite banale peut vite se transformer en prise en charge complexe à domicile nécessitant la répétition des visites.

-Mauricette : « Bah moi là, récemment on a vu une dame [···] J' ai dû la voir **quatre fois** en un mois !
[*En visite à domicile*] »

❖ Cas particulier des EHPAD

Les visites en EHPAD sont des visites particulières pour les internes car elles engagent dans la relation le médecin, le patient mais également l'équipe soignante de l'EHPAD avec laquelle il faut apprendre à travailler et communiquer pour le bien du patient.

-Louis : « Certaines EHPAD [...] On savait quel patient était à réanimer ou ne pas réanimer. C' était clair et précis, parce que le médecin, on avait discuté avec l' équipe soignante [...] »

Les EHPADs ont également la particularité de concentrer un nombre important de patients dépendants et donc lourds au niveau médical.

-Marie-Chantal : « Ouais et puis y' en a qui sont en EHPAD et qui ont soixante-dix ans et qui sont...

-Michel : un petit peu grabataire. »

g. Leur retour d'expérience sur la crise sanitaire du coronavirus

❖ L'adaptation de leur enseignement

Ils ont pu constater une adaptation de leur enseignement durant cette période avec l'utilisation accrue de formations par internet et de vidéoconférences, ils pensent d'ailleurs que ce type de formation devrait s'étendre dans l'avenir.

-Simone : « Je pense qu' avec le COVID t' façon y' a plein de formations... qui étaient faites par le DMG qui vont être comme ça [*en vidéoconférence*] [...] »

❖ Le patient âgé en médecine générale

L'une des premières préoccupations des internes durant cette crise semble avoir été de ne pas surcharger leurs collègues urgentistes et de limiter l'exposition de leurs patients âgés au coronavirus lors d'un passage aux Urgences.

-Edith : « [...] t' essayes de rendre service **aux urgences** en les engorgeant pas, **à la personne** surtout les personnes âgées qui vont attendre sur un brancard [...]

-Nana : Surtout en temps de COVID aussi... »

Toutefois ils ne semblent pas avoir eu l'impression que cette aide ait été réciproque.

-Michel : « [...] avec le COVID... on l' a beaucoup vécu mais les patients en maison de retraite bah ils sont trop vieux pour l' hôpital, on appelle le SAMU pour leur expliquer la situation ils disent « Bahhh... tant que vous arrivez à vous débrouiller avec les moyens, bah vous la gardez, vous vous démerdez quoi [...] » [...] »

En médecine générale, durant le premier confinement les patients âgés consultaient à priori moins qu'habituellement mais plus que les patients jeunes. Michel décrit un manque de prise de conscience face à la gravité de la situation.

-Germaine : « On les voit plus beaucoup parce qu' ils ont peur de venir. [*Germaine, Edmond et Michel sont en stage chez le praticien niveau I*]

-Lucette : Ah moi, j' en vois beaucoup. [*En unité COVID*]

-Michel : Moi c' est les seuls que je vois quasiment, c' est le contraire ! [...] Ils disent « Oh, on a connu la guerre, on s' en fiche ! » »

Le port du masque aurait permis de dépister des troubles passés inaperçus jusque-là dans cette population.

-Armande : « Et en fait... par rapport à ces masques-là, j' ai remarqué y' en a certains qui ont seulement découvert qu' ils n' entendaient pas aussi bien qu' avant [...] »

❖ Gérer ses émotions en contexte de crise

Durant cette crise, les internes ont dû apprendre à gérer une situation exceptionnelle, stressante et inconnue. Certains se sont sentis désemparés face à des événements qu'ils n'avaient jamais eu à vivre auparavant. Cela a surtout été évoqué dans le groupe 2 où une des participantes était en unité COVID.

-Lucette : « Moi, ça été assez dur... parce qu' on a eu pas mal... de décès mais intra couple... donc du coup qui ont pas pu aller aux obsèèèèques, qui était eux-mêmes malaaaades, voilà toute la famille angoissée [...] »

Le contexte de crise, la pression constante, le contact fréquent avec la mort, l'épuisement ont été responsables de difficultés psychologiques chez les internes. Lucette dit s'être retrouvée face à des difficultés qu'elle méconnaissait lorsque le contexte était plus favorable, difficultés à trouver les mots pour reconforter, à gérer ses émotions, à faire preuve d'empathie envers le patient et sa famille sans tomber dans la sympathie.

-Lucette : « [...] le décès de la personne âgée [...] c' est légitime ce qui se passe [...] on va pas avoir idée d'injustice justement et du coup [...] c' était hyper dur pour la personne qui restait de discuter avec elle

tout ça, je trouvais que c' était hyper-lourd ! [...] Enfin je me sentais vraiment dépourvu, bah je pense que c' est aussi par rapport à la crise et comme c' était compliqué d' avoir toutes ces personnes [...] ça été un problème d' empathie... de transfert... »

De plus ce contexte difficile leur a fait prendre conscience de la fragilité de leurs patients et les a confronté à leur propres peur de la mort.

-Edmond : « [...] c' est pour le coup les personnes les plus fragiles. Et j' me suis mis un coup à leur place, je me suis dit mais « Bon voilà, si je choppe le virus y' a de fortes chances que je le sente pas ou je me tape un truc pendant 2-3 jours et voilà. », je me dis « Eux... y' a ce risque comme ça ! **Tu sors** ... dans la rue y' a quelqu' un qui toussent au mauvais moment et puis tu te choppes le machiiiiin, tu te dis ça se trouve j' vais mourir parce que tu commences à sentir les symptômes. ». Là pour le coup j' me suis mis à leur place et j' me suis dit... « C' est quand même pas la même chose... que nous quoi ! ». Donc y' a eu une période à mon aviiiis... vachement compliqué pour eux. »

Cependant cette crise leur a également permis de constater une solidarité, un soutien important à l'intérieur des familles.

-Lucette : « [...] tous ceux que j' avais vu, ils l' ont quand même bien pris, ils se sont raccrochés à leur famille, à leurs enfants, à leurs petits-enfants, et tout ça. »

h. Résumé du chapitre

La gériatrie en ambulatoire

Distinction entre la gériatrie hospitalière et la gériatrie ambulatoire

Bien qu'ils décrivent d'importantes différences dans les pratiques de la gériatrie ambulatoire et de la gériatrie hospitalière, les internes y voient des exercices complémentaires. Toutefois, ils regrettent les prises en charge parfois inadaptées aux personnes âgées de certains services hospitaliers et les difficultés de coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Les représentations des internes quant à la prise en charge de la personne âgée en soins primaires

La pratique de la gériatrie ambulatoire est appréciée des internes du fait des nombreuses perspectives d'anticipation et des multiples pathologies que peuvent présenter ce type de patients. Ceci en fait une médecine riche d'enseignement et pleine d'intérêt.

Ils critiquent le manque d'investissement de certains de leurs confrères médecins généralistes dans cette discipline, principalement dans le domaine de l'anticipation de la perte d'autonomie et l'absence d'adaptation de certains cabinets de ville à ce type de patientèle. De plus, ils ont pu constater l'absence fréquente de directives anticipées et des difficultés d'accès aux informations essentielles à une prise en charge optimale dans les dossiers médicaux.

L'identification et l'accès aux différents intervenants en médecine ambulatoire

sont vus comme plus complexes, les délais de prise en charge d'actes spécifiques à la personne âgée plus long.

Ils ont également constaté un manque d'intérêt de la part des politiciens et de la société envers la personne âgée et un manque de financement dans le domaine du maintien à domicile, accentuant les inégalités sociales.

Les représentations des internes quant au patient âgé en ambulatoire

Aucune définition ni aucun critère d'âge n'ont été avancés par les internes, l'âge physiologique prenant le pas sur l'âge civil dans la prise en charge du patient âgé. Ils font toutefois une distinction entre troisième âge et quatrième âge, ceux-ci n'ayant pas les mêmes implications en termes d'investissement du temps médical.

Les internes semblent globalement apprécier les patients âgés en médecine de ville qui sont vu comme des patients peu exigeants, en relative bonne santé, bien connus du médecin, porteurs d'un respect du savoir médical, enthousiastes face aux nouvelles générations et souvent reconnaissant de l'investissement du médecin.

Toutefois le vieillissement physiologique de leur corps et de leur esprit a parfois pour conséquence l'apparition de multiples pathologies et d'une perte d'autonomie que médecins et patients âgés doivent apprendre à accepter et auxquelles ils doivent s'adapter. Une lassitude face aux difficultés peut apparaître chez les internes. Quant aux patients, l'acceptation n'est pas toujours facile et le déni des pertes de capacités est évoqué à plusieurs reprises. L'isolement social et le deuil (des proches mais aussi de leurs capacités) sont également fréquemment cités par les internes dans cette population.

Une relation médecin patient très particulière

Les internes doivent prendre en compte ces particularités dans leur relation avec le

patient âgé ce qui peut être source de difficultés d'autant plus lorsque ceux-ci sont pressés par le temps. Ils décrivent à de nombreuses reprises des problèmes de communication liés à des troubles auditifs, cognitifs (particulièrement difficiles à gérer pour ces internes), mais également du fait d'une culture générationnelle et d'un langage qui diffèrent parfois de ceux de la personne âgée. L'incompréhension qui en résulte peut être source de refus, de désengagement du patient et d'infantilisation de celui-ci par l'interne. En effet, la fragilité apparente du patient âgé et ses possibles troubles cognitifs poussent parfois les internes à infantiliser le patient et adhérer à un schéma paternaliste qu'ils décrivent comme un modèle de relation encore très ancré chez ces populations, mais qui peut s'avérer être un poids vis-à-vis des responsabilités qu'elles engendrent et un risque du fait des possibles dérives en termes d'obligations médicales et de respect des droits du malade.

La gestion émotionnelle de cette relation est parfois difficile pour ces internes (évoqué principalement dans le focus group 2). L'attachement est fréquent et la confrontation à la fragilité, la maladie et la mort complexes. La prise en charge de la douleur est considérée comme insuffisante chez le patient âgé. La limitation thérapeutique et la fin de vie ont suscité un questionnement éthique. Les internes ont remis en question leur légitimité et leurs capacités dans la prise de ce genre de décision. En effet, ils ont observé des difficultés dans la mise en place de procédures de concertation collégiales en médecine de ville, pour cette raison, les responsabilités qui en découlent sont difficilement acceptées par ceux-ci. Ils confondent d'ailleurs souvent limitation et arrêt de soins. L'euthanasie a été évoquée, les avis divergeaient mais se sont rejoints sur les principes de dignité humaine et de maintien de la qualité de vie du patient.

La particularité de cette relation réside également dans la participation de multiples acteurs annexes à la prise en charge du patient âgé. Les internes reconnaissent le rôle essentiel que joue l'aidant principal mais observent des difficultés à préserver

cette ressource. La famille peut être source de difficultés du fait de sa subjectivité et de son intrusion parfois trop importante dans la relation entre le médecin et son patient. Les conflits familiaux et les comportements inadaptés de type abandon sont des contraintes supplémentaires que les internes ont du mal à gérer. Les intervenants extérieurs sont quant à eux appréciés des internes du fait de leurs connaissances du patient et de leur rapidité d'intervention en cas d'urgence.

Du fait de ces particularités, le compromis est souvent de mise dans l'exercice de la gériatrie ambulatoire. Il est important pour les internes d'acquérir des compétences relationnelles mais également de savoir prendre la distance nécessaire avec le patient âgé, l'implication émotionnelle étant souvent forte voire dangereuse et les analogies avec leur propre avenir fréquente.

La discrimination liée à l'âge

Les différentes incapacités et la fragilité de certains patients âgés sont parfois responsables de préjugés au sein du corps médical. Les internes ne sont pas exempts de ces préjugés et en ont conscience. Cela entraîne parfois une certaine désinvolture dans l'esprit de ces internes quant à la prise en charge du patient âgé, celui-ci ayant déjà eu une longue vie derrière lui. Les préjugés entraînent parfois de la maltraitance dont ont été témoins ces internes. Les différentes raisons avancées quant à l'origine de ces discriminations sont : la confrontation fréquente avec la maladie et la mort dans ce métier, les conditions de travail parfois difficiles vécues par les soignants et une tolérance de l'âgisme dans notre société.

Connaissances et difficultés des internes quant à la prise en charge spécifique du patient âgé dans la pratique quotidienne de la médecine générale

Les internes ont des difficultés à réaliser des évaluations gériatriques de qualité en médecine de ville. Les outils nécessaires ne leur semblent pas adaptés et leur sont parfois inconnus, les différents partenaires et structures sont difficiles à identifier et leurs rôles difficiles à connaître du fait de leur diversité et du labyrinthe administratif dans lequel ils sont enfermés. La complexité de la prise en charge sociale du patient âgé est un frein à l'implication des internes pour ce type de patientèle, particulièrement lors de situations d'urgence.

Qu'il s'agisse d'une urgence médicale ou sociale, ils disent observer des difficultés à faire hospitaliser leurs patients âgés, ainsi qu'à accéder à des avis de leurs confrères spécialistes. De plus, l'organisation de soins urgents à domicile leur semble complexe voire impossible du fait du manque de structures adaptées et de personnels qualifiés.

La rémunération des actes est également un frein du fait de l'absence ou de la méconnaissance des cotations dédiées à la prise en charge de la personne âgée en médecine de ville.

Les visites à domicile sont quant à elles peu appréciées car elle se font sur des terrains inconnus et inadaptés, sont chronophages, financièrement désavantageuses, peu stimulantes intellectuellement mais ils en reconnaissent la nécessité du fait de la fragilité de certains patients et du caractère social qu'elles représentent.

Leur retour d'expérience sur la crise sanitaire du coronavirus

Les internes ont mis un point d'honneur à apporter leur aide dans cette crise. Tout d'abord en préservant leurs patients mais également en déchargeant au maximum leurs collègues hospitaliers. Cependant ils n'ont pas ressenti de réciprocité de leur part.

La situation exceptionnelle à laquelle ils ont été confronté a engendré des détresses émotionnelles, les amenant à dépasser leurs limites et responsables de

difficultés dans la relation avec le patient.

C. La formation en gériatrie

a. L'avis des internes quant à leur préparation à la prise en charge du patient âgé

D'après les internes, la formation théorique concernant la prise en charge somatique de la personne âgée est bonne, le problème étant leur formation à la pratique clinique.

-Lucette : « [...] je trouve qu' d' un point de vue effectivement pathologique on est quand même assez bien préparé [...] »

Au début de leur internat, les internes ne se sentent pas prêt à la prise en charge du patient âgé. Ils ont la sensation d'être encore "novice", de ne pas avoir été formé à la prise en charge de cas complexes de gériatrie ambulatoire, d'apprendre généralement seul, « sur le tas » l'application en pratique de notions théoriques.

-Marie-Ange : « Bah moi je dirais en tout début d' internat [...] on est pas du tout préparé ! [...] On a aucun cours, on a rien sur les soucis qu' on pourrait rencontrer avec les personnes âgées et des clefs qu' on nous donne pour s' en sortir plus facilement, ça on l' apprend comme ça dans la vraie vie quoi. »

De plus, ils ont la sensation que les connaissances théoriques qu'on leur a enseignées ne présentent-elles même pas d'indications claires, que la prise en charge d'un patient âgé se fait plus au « feeling ».

-Michel : « Enfin la gériatrie je trouve que c' est une spé où on est ... pas mal en roue libre en fait ! [...] j' ai l' impression qu' on est un peu plus dans le flou, c' est un peu plus... au feeling [...] à l' appréciation du médecin. »

Ils expriment un manque de préparation dans le domaine de la communication avec le patient âgé mais également en termes d'accompagnement psychologique et social de celui-ci.

-Roselyne : « [...] la communication, on nous l' apprend pas plus que ça dans nos études [...] »

- Lucette : « [...] [*l'aspect*] psychologique... social c'est vrai que là je me sens plus dépourvue [...] »

Pour certains ce sentiment d'apprendre sur le tas, d'improvisation sur le terrain est toujours présent au début des remplacements en médecine générale ambulatoire. Le début des remplacements semble avoir été un choc pour Thérèse, cela se lit sur son visage et dans son discours évoquant la solitude.

-Thérèse : « [...] et moi j' ai eu l' impression pendant les remplas c' était pouf ! Larguée dans le grand bain ! Faut improviser, faut faire au feeliiiiing ! »

Malgré le stage SASPAS certains internes ne semblent pas avoir acquis les connaissances suffisantes à la prise en charge d'un patient âgé en ambulatoire.

-Roselyne : « [...] t' essayes même en tant qu' interne en SASPAS et tout, des fois y' a des problèmes... où du coup quand on en parle à notre prat et il dit « Je m' en occuperai après ! », du coup finalement nous on sait pas trop comment ça s'est passé. »

b. Une formation magistrale inadaptée durant l'externat

Les internes évoquent leur insatisfaction face à leur formation magistrale en gériatrie durant l'externat. Elle est considérée comme inadaptée à la pratique quotidienne et fastidieuse. De plus, le module Vieillesse ne représentant que quelques chapitres dans le programme de l'ECN, ils ont la sensation que cette spécialité est peu représentée dans leurs cours, rapidement étudiée avec un manque d'approfondissement des fondamentaux. Elle se résume en quelques mots clefs retenus de manière aléatoire durant les révisions répétées mais ne répond pas à un besoin pratique.

-Thérèse : « Bah moi à part « l' annonce d' une maladie grave » [...] »

-Claudette : Pour c' qu'on en retenue....

-Thérèse : Information claire, loyale et appropriée !

-Roselyne : Dans le calme, répétée... »

-Edmond : « [...] c' est bien beau dans le collège de gériatrie d' écrire que c' est une personne complexe et qu' elle exprime ses plaintes de façon différente... Ouais ! Mais alors !... Par contre quand j' ai la personne en face ? ... »

-Edith : « On a eu trois cours sur la géria [...] »

Une spécialité qu'ils disent eux-mêmes ne pas avoir étudié avec sérieux du fait de la charge de travail et de la complexité des autres spécialités à étudier. Nous pouvons penser que dans l'optique de réussite d'un concours national, le fait que l'apprentissage d'une spécialité y prenne peu de place peut donner l'illusion aux étudiants qu'elle n'a que peu d'importance, celle-ci ne rapportant que peu de bénéfices comparativement au temps de travail consacré. L'étudiant mesure ainsi la balance bénéfice-

risque ne s'attardant que sur le bénéfice à court terme et non aux implications futures d'un manque d'approfondissement d'une spécialité se pratiquant quotidiennement en médecine générale.

-Edith : « [...] la gériatrie c' est la spé que tu lisais juste avant de te coucher histoire d' avoir lu un p' tit peu.... »

-Simone : Oui c' est ça. Même nous on la prise entre guillemets au sérieux. »

Les internes critiquent également le manque de formations spécifiques à la médecine générale durant l'externat, la spécialité étant la plus représentée durant l'internat avec un nombre de postes disponibles représentant plus de cinquante pour cent des postes ouverts à la suite des résultats de l'ECN. Cela semble beaucoup affecter Mauricette qui est très expressive à ce sujet, agressive, alors que Rita semble résignée au manque de considération des facultés de médecine envers la spécialité.

-Mauricette : « [...] sur huit milles on est quatre milles à être méd G et en fait on a zéro formation méd G [...] enfin tout le monde s' **en fout** ! Faut être spé ! [...] »

c. La formation magistrale durant l'internat

La formation magistrale en gériatrie durant l'internat leur semble également insuffisante. Ils ont conscience que chaque situation ne pourra être explorée et que chaque cas en médecine générale est unique mais certains domaines leur semblent insuffisamment approfondis.

-Paulette : « Je trouve qu' au niveau de la formation, y' a surement des choses [...] qu' on pourrait parfaire. »

-Paulette : « [...] parfois on passe vraiment de [...] l'externat où on apprend un certain nombre de choses, l'internat on a pas forcément tout vu non plus et les remplacements [...] »

d. La formation en stage praticien

-Edmond : « J'ai toujours entendu que la médecine ça s'apprend en stage et pas dans les bouquins. »

❖ Le stage chez le praticien durant l'externat

Le stage chez le praticien durant l'externat n'a été abordé que dans le groupe 1, il semble avoir eu peu d'impact sur la représentation que se font ces internes de la médecine générale.

-Mauricette : « Moi c'était mon premier stage alors ! [...] Je sais que mon médecin lui il était assez carré [...] J'ai pas de souvenir particulier... »

Il s'agit d'un stage qui leur permettrait d'évaluer leur sensibilité ou non à cette spécialité comme l'indique Norah. Il reste un bon ou un mauvais souvenir selon les différents internes mais semble ne pas avoir laissé de traces tenaces dans leur mémoire.

-Norah : « Alors moi j'avais adoré personnellement. C'était aussi mon premier stage mais j'ai tout de suite bien aimé [...] »

❖ Le stage chez le praticien durant l'internat

➤ Les bénéfices du stage

Ce stage a permis aux internes d'être témoins de la diversité de pratiques des médecins généralistes, de constater toutes les possibilités qui s'offraient à eux et éventuellement de s'inspirer de l'expérience de leur maître de stage afin d'enrichir leur savoir. Ils mettent l'accent sur l'importance du compagnonnage pratiqué par leur maître de stage.

-Marie-Chantal : « [...] je pense que le médecin a un peu la patientèle qui lui ressemble ou en tout cas ... qui l'intéresse et qu'il a construit un peu avec les années [...] ».

- Michel : « [...] parfois on va avoir un maître de stage qui va faire différemment et puis on va se dire « Bah tiens ! C'est pas mal, je vais peut-être m'inspirer de ça ! »

-Simone : « Après moi j'ai vu des prat [...] qui gérait des situations que moi j'aurais envoyé aux urgences [...] Enfin moi j'étais hyper étonnée [...]

-Nana : L'expérience. »

Le stage chez le praticien leur a offert la possibilité de se trouver en situation de soins ambulatoires de manière concrète mais toujours sous la responsabilité d'un médecin sénior, ce filet de sécurité permettant à l'interne de faire ses premiers pas en médecine générale de manière sécurisée et sécurisante pour lui.

-Roselyne : « ... moi je suis toujours passée par les prat et souvent ils arrivent à temporiser parce qu'ils connaissent les gens... ils ont déjà beaucoup plus d'expérience... »

Ce stage leur a également permis d'expérimenter certains exercices, d'apprendre de leurs erreurs, notamment par la réalisation de consultations filmées. Les internes expriment certaines réticences à être filmés, ils sont mal à l'aise, craignent le jugement, mais ils ont conscience du caractère formateur de l'exercice.

-Thérèse : « ...t' imagines si en stage prat, le prat te filmait en train de parler à la personne âgée ! Ça serait formateur mais ça serait horrible... »

De plus ce stage leur a permis d'entrevoir une médecine différente de celle qu'ils ont été habitués à pratiquer jusque-là, l'exercice en soins primaires, une médecine de terrain prenant en compte les pathologies du patient mais également son milieu de vie, par la réalisation de visites au domicile des patients âgés.

-Joséphine : « [...] Enfin moi je trouve ce qui est super intéressant dans la prise en charge de la personne âgée c' est p' t-être en stage premier niveau ils devraient faire plus de visites à domicile mais accompagnées [...] c' est là qu' on voit vraiment... la vie de la personne âgée **plus qu' à l' hôpital** [...] »

➤ Les désavantages du stage

- Une formation qui dépend de l'implication et des compétences des maîtres de stage

Les internes rapportent à plusieurs reprises le manque de pédagogie de certains maîtres de stage qui, pour des raisons diverses et variées, n'assurent pas leur rôle de compagnonnage et d'enseignement à la pratique de la médecine générale.

-Yvonne : « Mais trouver des gens pédagogues qui veulent vraiment apprendre les choses [*c'est difficile*] ... »

Ce manque d'implication peut poser problème par la suite. En effet l'interne soumis à différentes problématiques mais n'apprenant pas à les gérer pendant son stage, ne saura pas comment dénouer une situation difficile lorsqu'il sera seul maître à bord du cabinet sans la bouée de sauvetage que représente le maître de stage.

-Roselyne : « [...] des fois y' a des problèmes où du coup quand on en parle à notre prat et il dit « Je m' en occuperai après ! », du coup finalement nous on sait pas trop comment ça s'est passé [...] Donc c' est que quand t' es seul et puis t' es en remplacement [...] si c' est pas toi qu' il le fait personne va le faire donc là tu découvres des trucs... »

Les difficultés de recrutement des maîtres de stages ont été évoquées par les internes mais ne leur semblent pas être suffisantes pour expliquer le manque d'implication de certains maîtres de stages. L'ironie ; perceptible dans les propos de Mauricette lorsqu'elle évoque le courrier officialisant le statut de maître de stage ; appui cette analyse, et accentue le contraste entre la réalité vécue par cette interne et l'officialisation par l'université d'un statut qui ne lui semble pas mérité.

-Mauricette : « Bon après y' a le problème que personne, personne ne veut être maître de stage [...] et puis il [*son MSU*] a reçu le petit papier « Vous êtes agréé maître de stage... » ... Alors qu' il me dit les trois quarts du temps « J' ai **pas le temps !** » [...] Il fait tout le temps des trucs qu' on nous dit de **pas faire** à la fac ! [...] »

Des motivations vénales ont été évoquées par Rita et Louis avec un ton désabusé.

-Rita : « Il est peut-être aussi maître de stage pour avoir... la prime de la fac... »

En plus de dépendre de l'implication du maître de stage, la formation pratique dépend également des préférences de travail du médecin, qui manque parfois de diversité. La qualité de l'enseignement est vue comme une question de chance et les internes loin d'être surpris ne s'en offusquent pas.

-Moi : « Ça ressemble quand même un peu au petit bonheur la chance, en fait ? [*La formation en stage*]

-Michel : C' est l' idée. Bah c' est ce que je ressentais parfois ! [...] Mais si on l' a pas vu, bahhh tant pis on se débrouille avec ce qu' on a et puis... »

De ce fait lorsque leur maître de stage n'a pas de compétences dans un domaine de la médecine générale, ils ne pourront pas bénéficier de son expertise et devront attendre leur prochain stage ambulatoire ou apprendre seul de leur pratique.

-Simone : « [...] Alors que ça [*la prescription des pansements en ambulatoire*] on aurait dû le savoir avant, on aurait dû nous l' apprendre en fait. »

- Mais aussi de l'implication de l'interne

Parfois c'est l'interne lui-même qui ne s'implique pas totalement dans la prise en charge, n'est pas présent au moment de la résolution des problèmes, ne prend pas conscience de toutes les implications associées à un exercice ambulatoire.

-Roselyne : « [...] tous les trucs un peu lourds à faire et tout [...] souvent ils disent « Je m' en occuperai après » ou « Je ferai » effectivement il est déjà 20h donc t' as pas envie de rester jusqu' à 21h voir comment ça se passe, donc tu rentres chez toi [...] »

- Des patients qu'on ne connaît pas

Une des difficultés du stage pour les internes est de se trouver face à des patients inconnus à côté d'un praticien qui entretient avec eux une relation de plusieurs années. Cette relation longue, de confiance est difficile à approcher pour ces internes du fait du caractère temporaire du stage.

-Paulette : « Mais indépendamment de la communication ce qui est important c' est la relation que tu noues avec eux, et c' est pas sur une seule consultation c' est sur plusieurs, donc nous à notre niveau d'internes, remplaçants on les voit souvent que ponctuellement... donc c'est pas la même chose que quand ils nous ont vu plusieurs fois et qu' au bout d' un mois ils nous connaissent un p' tit peu aussi, y' a ça qui joue aussi, on a moins de poids quand on est la première fois face à eux. »

Cette méconnaissance des patients les met parfois dans des situations délicates, surtout dans le cas de remplacements.

-Edith : « Elle respire comme ça de base ? Ou...

-Simone : ... de base ou je dois m' affoler ? ». »

- Des patients parfois méfiants à leur égard

Du fait de leur statut d'étudiant, les patients sont parfois méfiants à l'égard des internes. Une méfiance parfois responsable d'un sentiment de frustration ressentie lors de ce stage. La question de

l'âge est fréquente en consultation, Joséphine semble l'avoir régulièrement expérimenté. L'interne doit redoubler d'effort et prouver au patient qu'il est digne de confiance et a les compétences requises au métier.

-Michel : « [...] Ou parfois ils sont peut-être pas à l'aise avec moi [...] parce que je suis pas le médecin qu'ils connaissent depuis dix ans... donc ils vont se dire « Bah ouais, le p'tit jeune là y connaît pas j'vais pas lui en parler donc j'veux le minimum il va pas le foirer et puis voilà ! », ça c'est un peu frustrant ! [...] Et puis ils voient le docteur « Ouah docteur ! » [...] Et toi tu te sens un peu con à côté. »

-Joséphine : « [...] la difficulté c'est... vu que je parais très jeune, c'est plutôt la légitimité que j'ai par rapport à eux... souvent d'ailleurs y'a des réflexions [...] Et en fait au final je me rends compte que oui ! Du moment qu'on est dans l'examen et puis après la discussion ça s'oublie vite ! [...] »

Nous pouvons supposer que ce manque de confiance des patients peut également être lié à un manque d'assurance de l'interne, assurance qui s'acquière avec la pratique et donc l'expérience.

- Des internes qui ne se sentent pas légitimes ou compétents

Le manque d'assurance et d'affirmation de soi dans leur travail est une remarque fréquente des internes, certains semblent en avoir conscience et d'autres non.

-Joséphine : « [...] faut p't-être que je m'affirme dans mon métier [...] »

Ne pas posséder le statut de Docteur semble leur conférer un sentiment d'illégitimité face au patient et dans leur travail, celui-ci ne méritant pas autant d'éloges que s'il avait été réalisé par un médecin diplômé.

-Nana : « [...] « Merci Docteur ! » enfin beaucoup d' éloges finalement... que je mérite p' t-êtré pas forcément... Parce que je suis pas encore Docteur aussi [...] »

L'environnement compétitif des études de médecine et de l'Hôpital semble avoir imposé aux internes une obligation de compétences et de connaissance universelle de la médecine, objectif impossible à atteindre mais ancré dans le mode de pensée de la discipline médicale. Nous pouvons penser qu'ayant baigné dans ce climat pendant plusieurs années jusqu'à en intégrer les principes, la constatation d'un manque de compétences dans un ou plusieurs domaines pourrait être délétère pour leur confiance en eux, leur orgueil et leur sentiment de légitimité dans leur métier, ce qui pourrait avoir des conséquences psychologiques potentiellement grave sur le long terme.

-Edith : « Mais c' est ça aussi c' est queee... avoir passé autant de temps à l' hôpital on a l' impression qu' on doit **tout** savoir-faire... et qu' on doit **tout** pouvoir faire... et qu' on doit **tout** pouvoir gérer, mais en fait non... »

- Difficultés à imposer leurs points de vue à leur maître de stage

Ce manque d'assurance se remarque dans les difficultés qu'expriment les internes à partager leurs points de vue et critiquer la pratique de leur maître de stage. Lorsque les internes évoquent leurs maîtres de stage de manière péjorative, nous pouvons remarquer principalement chez Louis des modifications du langage corporel et du discours. Nous notons un ton plus bas, une position recroquevillée avec des gestes des mains peu amples qui pourraient faire penser qu'il ressent des scrupules à formuler ces critiques. Nous pouvons constater une hésitation dans les propos. Cette retenue se remarque principalement chez les internes les plus jeunes.

-Louis : « Mais en fait je pense juste que... enfin je veux pas dire mais je pense que t'as surtout un mauvais maître de stage c'est tout... »

Les raisons qui poussent les internes à ne pas exprimer leurs points de vues ou à s'opposer à leurs maîtres de stage peuvent être multiples : sentiment de ne pas avoir assez d'expérience dans le domaine, de manque de connaissance, d'illégitimité à la prise de décision en tant qu'interne face à un médecin diplômé, un environnement non propice à la discussion et à l'échange de valeurs, un sentiment d'inconfort à critiquer l'avis du médecin face au patient, le respect d'un ordre hiérarchique entre l'interne et le maître de stage ancré dans le modèle de pensée de l'interne et très présente dans le milieu hospitalier, un rapport de force entre le maître de stage et l'interne, le maître de stage pouvant invalider ou marquer son opposition à la validation du stage de l'interne, cela n'étant pas propice aux débats entre le médecin et son interne . La liste n'est ici pas exhaustive.

- Un désengagement des internes dans la prise de décision

C'est une situation qui n'a été évoquée que dans le groupe 1, par Yvonne lorsqu'elle dit : « [...] on est à l'ombre. », elle dénonce ici une position parfois « confortable » de l'interne, celle de ne pas prendre la responsabilité des décisions prises et évoque la facilité de critiquer ces décisions lorsque l'on n'en porte pas la charge.

Cette absence de prise de responsabilités est ici clairement exprimée par Mauricette : « quand c'est pas moi qui prend la décision... au final je me dis « bah c'est très bien ! » [...] » Cette situation peut parfois pousser l'interne à ne pas s'opposer à une pratique qui lui paraît inadaptée. Nous pouvons légitimement nous poser la question de la réaction qu'aurait eu l'interne face à une pratique jugée non conforme aux recommandations actuelles voire dangereuse.

- La désillusion, le dégoût parfois de la spécialité

Pour certains, ce stage leur montre un aspect méconnu de la médecine générale, une pratique de la médecine à laquelle ils n'adhèrent pas et qui est parfois à l'encontre de leurs propres principes.

-Mauricette : « [...] « Mais je peux pas faire ça en fait ! », ce que fait mon médecin mais je ne fais pas ça moi, c' est pas possible, j' arrête ! Je fais pas ça moi. »

Le danger d'une remise en question de carrière en raison de conditions de travail trop difficiles est ici évoqué. Louis essaye de relativiser ces propos constatant le contraste entre les différents discours et le lien qui semble exister entre les qualités du maître de stage et la perception de la pratique de la médecine générale par l'interne.

Nous pouvons ressentir de la détresse dans le discours de ces deux internes dont la souffrance est réelle, perceptible dans leurs propos d'illusions et d'espoirs déçus, un discours pessimiste et une incompréhension perceptible dans le ton de leur voix (principalement chez Mauricette, Yvonne a tantôt un ton désabusé, tantôt un ton réprobateur)

-Mauricette : « [...] Mais moi moi j' étais bien d' avoir des patients avant. »

Le jeu de comparaison des sites de stage entre ces deux internes est extrêmement marquant et évocateur d'un problème de recrutement de ces maîtres de stage, de formation et d'évaluation de leurs compétences sur le long terme. Cette situation ne peut pas être généralisée, les internes évoquent également des maîtres de stage motivés à leur enseigner la pratique de la médecine générale.

-Yvonne : « Ou alors que tu viennes dans mon stage et c' est **encore pire** dans le mien moi. »

Il semble qu'il y'ait un manque de recensement de ces abus par les internes, qui pourrait s'expliquer comme évoqué plus haut par une réticence à critiquer leurs maîtres de stage directement ou indirectement par le biais d'une évaluation officielle. Mauricette a elle-même exprimé une hésitation lorsque les autres participants lui ont proposé de déclarer les différents problèmes relevés durant son stage (à la fin de la discussion, propos non enregistrés).

e. La formation hospitalière

❖ Les bénéfiques des stages hospitaliers

➤ Les bénéfiques du stage hospitalier

Les stages hospitaliers semblent avoir permis aux internes d'acquérir des réflexes de bonne pratique dont ils se servent quotidiennement en tant que médecin généraliste.

-Louis : « [...] je sais que j' ai pleins de personnes âgées là j' ai des **réflexes** [...] Je la vois déjà arriver aux urgences parce que j' ai déjà vu des personnes aux urgences comme ça [...] »

Ils ont permis aux internes de découvrir des métiers de la santé autres que la médecine.

-Moi : « Justement tout ça : la kiné, l' infirmière, l' assistante sociale... Où vous avez appris ça ?
D' où vous avez acquis ça ?

-Lucette ; Germaine ; Michel ; Edmond : En stage. »

De plus la pratique du stage hospitalier leur a permis d'acquérir une expérience et des compétences qu'ils n'auraient pas acquis en ambulatoire grâce à la présence de plateaux techniques spécifiques et de patients plus lourds, plus complexes.

-Edith : « Moi je sais que ce qui m' a beaucoup préparé à ça [*la prise en charge du patient âgé*] c' est de passer en médecine interne [...] ça donne une vision de la personne âgée qui est différente de celle en ambulatoire [...] y' a des choses qu' on arrive mieux à gérer en ambulatoire quand on les a vu à l' **hôpital** [...] »

➤ Les bénéfices d'avoir réalisé un stage en gériatrie

Le stage en gériatrie ne semble pas essentiel à l'interne pour se sentir à l'aise avec le patient gériatrique d'après Norah.

-Norah : « [...] le fait de ne pas être passée en gériatrie, avec les personnes âgées je me sens pas forcément moins à l' aise. »

Les services hospitaliers accueillant beaucoup de patients gériatriques, les internes ont déjà eu de nombreux contacts avec cette population de patients ce qui semble les avoir aidés à mieux les gérer.

-Louis : « [...] j' ai fait beaucoup de stage il faut le dire de pneumo [...] et médecine interne [...] on a eu beaucoup de personnes âgées, ça m' a beaucoup aidé... je suis pas passé en gériatrie. »

Cependant le stage en gériatrie permet un accès direct à l'expertise gériatrique non ou moins disponibles dans les services non spécialisés en gériatrie permettant aux internes d'acquérir les bases

utiles à la pratique de la gériatrie grâce au compagnonnage réalisé par les gériatres et auxquels n'ont pas eu nécessairement accès ceux n'ayant pas réalisé ce stage

-Rita : « [...] avant d' être en stage en géria je pense que j' avais aucune formation, enfin je me rendais pas compte... de tout ce qu' y avait. »

-Norah : « Enfin... Même toi t' as [*s'adresse à Mauricette*] pleins de notion acquis en gériatrie mais moi je vois je les ai pas ! »

❖ Les désavantages de la formation pratique hospitalière

Les stages hospitaliers parce qu'ils sont hospitaliers n'offrent qu'une vision parcellaire des soins apportés aux patients âgés.

Cette formation hospitalière n'est souvent pas adaptée à l'interne de médecine générale s'orientant vers une pratique ambulatoire. Elle se concentre souvent sur l'enseignement des internes spécialisés, l'interne de médecine générale ne retirant pas ou peu de bénéfices de cette expérience pour sa pratique future.

-Germaine : « Parce qu' en fait quand on est dans des terrains de stage en hospitalier, on nous forme un peu comme des spécialistes [...] on peut très vite se retrouver dans un service ultra spécialisé au CHU de pédiatrie et on apprendra rien en tant que médecin généraliste [...] »

Les internes critiquent parfois l'excès de rigueur inculqué dans ces stages. On leur a donné l'habitude de trop en faire et trop vite. Cela semble paradoxal mais nous pouvons penser que dans une médecine dont l'atout principal est la capacité de pouvoir prendre son temps dans une prise en charge complexe, vouloir en faire trop et trop vite peut parfois s'avérer plus délétère que de prendre son

temps. Une souplesse d'esprit pouvant parfois permettre le déblocage d'une situation difficile, fréquente lors de la prise en charge à long terme de patients âgés.

-Louis : « [...] on en fait peut-être aussi des fois **trop**. »

Un point négatif du stage hospitalier est également l'absence d'équité dans l'enseignement dispensé. Les compétences acquises dépendent du stage réalisé et de la chance. Chaque stage n'est pas équivalent en termes de qualité d'enseignement.

-Marie-Chantal : « Oui et puis c' est en fonction des stages qu' on fait pendant notre internat [...] »

De plus l'interne y a souvent un devoir d'omniscience. Il est fréquemment oublié dans les services hospitaliers que l'interne est un médecin en formation et que celle-ci repose sur leur travail personnel mais également sur les praticiens du service dans lequel il se trouve, qui ont un devoir de compagnonnage envers l'interne.

-Edith : « Mais c' est ça aussi c' est queee... avoir passé autant de temps à l' hôpital on a l' impression qu' on doit **tout** savoir faire... et qu' on doit **tout** pouvoir faire...

-Simone : Alors que c' est pas possible.

-Edith : ... et qu' on doit **tout** pouvoir gérer, mais en fait non... »

Les internes critiquent le système hiérarchique très présent à l'hôpital et la place dévolue à l'interne dans le service hospitalier que Joséphine décrit comme le "bouche trou".

-Joséphine : « [...] le stage de médecine interne pour moi il était pourri [...] c' était pas le souci d' apprendre à l' interne de faire les choses bien, c' était juste il fallait faire vite... »

Nous pouvons relever la remarque d'Edmond sur l'étudiant « inférieur », bien que ce ne soit pas exactement le terme qu'il souhaitait employer, celui-ci se réfère encore une fois à l'idée de hiérarchie, où le supérieur transmet son savoir à l'inférieur et non l'inverse, un enseignement unilatéral.

- Edmond : « [...] je pense que ouais c' est une transmission duuu... du supérieur ààà... je vais pas dire l' inférieur parce que quand même...mais à celui qui écoute voilà. »

Un autre défaut du stage hospitalier semble être l'accès simple et rapide aux différents professionnels pouvant participer à la prise en charge du patient. L'interne, parce qu'il n'a pas pris l'habitude en stage de se poser les questions de où chercher et comment accéder à ces différents interlocuteurs en ambulatoire, se trouve démuné lorsqu'il a besoin de ces mêmes aides en médecine libérale où l'accès à ce réseau n'est pas aussi simple et demande un investissement plus important du médecin. L'interne ne semble pas avoir appris à chercher ce genre d'information et n'a pas été stimulé à le faire.

-Lucette : « [...] à l' hôpital t' as tout à disposition, t' as l' assistante sociale, pfff... elle fait des trucs par magie ! »

De plus la division des tâches entre différents professionnels à l'Hôpital ne pousse pas l'interne à s'intéresser à des actes qu'il devra pourtant savoir maîtriser en ambulatoire comme par exemple la prescription ou la réalisation de certains pansements, très fréquents en gériatrie ambulatoire.

-Edith : « Parce que les pansements quand t' es à l' hôpital, c' est l' infirmière qui fait hein ! »

f. Résumé du chapitre

La formation en gériatrie

Les internes se sentent globalement assez peu préparés à la prise en charge du patient âgé en ambulatoire. Tout au long de leur internat ils ont le sentiment d'apprendre seul « sur le tas » l'application en pratique de notions théoriques. Ce sentiment est encore présent chez beaucoup d'internes ayant fini leur internat ou en fin de cursus.

En effet la formation théorique en gériatrie durant l'externat est considérée comme fastidieuse et inadaptée à la pratique quotidienne, se concentrant sur l'aspect pathologique de cette discipline. Peu d'heures de cours y étant consacrés en deuxième cycle, ils avouent par ailleurs s'être peu impliqués à son apprentissage. Cette discipline leur semble également insuffisamment traitée pendant l'internat.

Concernant la formation pratique, le stage chez le praticien leur a permis de découvrir une multitude de pratiques existantes qu'ils ont pu expérimenter sous couvert du filet de sécurité que représente le maître de stage universitaire, ils mettent l'accent sur l'importance du compagnonnage pratiqué par celui-ci. En effet, les internes ont constaté que cette formation pratique dépendait pour beaucoup de l'implication de leur MSU, de sa formation, de ses qualités pédagogiques et de ses préférences en termes d'exercice, rendant la formation inégale entre chaque interne. De plus, ils ont exprimé des difficultés dans le fait de se trouver face à des patients inconnus partageant une relation de confiance longue de plusieurs années avec leur MSU et dans laquelle ils devront y trouver une place. Un objectif difficile à atteindre pour certains du fait de la méfiance de ces mêmes patients à leur égard provoquant ou accentuant le manque de confiance qu'ils peuvent avoir en eux et en leur travail. Ils ont exprimé parfois des difficultés de communication avec leur MSU auquel ils

n'osent pas s'opposer. Certains (focus group 1) ont évoqué la possibilité d'une réorientation de carrière à la suite de leur expérience en stage praticien.

La formation hospitalière quant à elle a permis aux internes de faire leurs premiers pas dans la médecine, d'acquérir des réflexes de pratique, de profiter de l'expertise médicale et du plateau technique de certains services hospitaliers dont la gériatrie. Le stage en gériatrie semble avoir apporté à ceux qui l'ont choisi des connaissances plus approfondies sur les bases de cette discipline et de profiter du compagnonnage des gériatres. La formation en stage hospitalier est toutefois critiquée par les internes de médecine générale du fait du manque d'adaptation aux besoins de formation des futurs médecins généralistes en raison de la spécialisation voire de la sur-spécialisation de certains services (surtout dans les services hospitalo-universitaires), du système hiérarchique très présent à l'hôpital, du manque d'intérêt de certains médecins spécialistes au compagnonnage de ces internes, de l'importante division des tâches entre différents professionnels et parfois du cloisonnement entre ces pratiques rendant difficile sa connaissance et son apprentissage par les internes.

D. Les besoins en formation en gériatrie des internes et les propositions d'amélioration de leur enseignement

a. Faut-il une formation en gériatrie pour les internes ?

L'ensemble des internes est favorable à la création d'une formation en gériatrie. Aucun d'entre eux ne s'y est opposé.

-Edmond : « Donc ça serait une bonne idée la formation en gériatrie pour les internes de médecine générale de Strasbourg.

-Michel : Tu nous préviens, on s'inscrit tout de suite ! »

b. Pourquoi une formation ?

❖ Prise de conscience d'un manque de connaissance dans le domaine de la prise en charge du patient âgé

Ces internes ont conscience de la nécessité pour le médecin généraliste de savoir prendre en charge des patients âgés. Pour cela, ils se doivent d'y être formés, d'en faire la démarche et de s'impliquer dans cette formation.

-Norah : « ... ça dépend de ta formation, ça dépend de ton implication... Faut juste étudier ! »

Il est évident pour les internes que leur formation en gériatrie pourrait être améliorée et cela pendant leur internat.

-Paulette : « Moi je pense que c'est pas la peine de le faire pendant l'externat [*de créer une formation en gériatrie*] parce qu'on a déjà trop de choses et que c'est pas du tout pragmatique. »

-Mauricette : « [...] enfin on est pas du tout formé sur ça ! [*La prise en charge sociale*] Déjà **pas du tout !** »

L'ampleur de la tâche leur semble difficile à assumer seuls.

-Mauricette : « Moi je suis **abattue** ! Des fois je me dis c'est pas possible tout ce qui faudrait faire et que j'ai aucune idée de comment faire tu vois ? »

❖ Pour gagner du temps

La notion de manque de temps chez le médecin généraliste a été abordée à de nombreuses reprises. Les internes ont conscience qu'un médecin généraliste ne pourra pas se permettre de réaliser en une consultation, une évaluation gériatrique standardisée sans perte de chance pour le patient. Mais ils ne souhaitent pas pour autant déléguer l'ensemble de la prise en charge gériatrique au gériatre.

-Louis : « [...] faut que ça soit de la géria qui ressemble à de la méd G. »

Ils ont besoin d'une formation leur apportant les outils adaptés au dépistage puis à la prise en charge ambulatoire.

❖ Parce que tous n'ont pas eu la même formation

Tous les internes ne viennent pas de la même faculté, tous n'ont pas eu la même formation. Afin de les remettre sur un pied d'égalité il semble logique de leur proposer une formation leur permettant d'apprendre de nouvelles connaissances ou de les parfaire.

-Claudette : « On avait des cours sur... la communication mais [...] c' étaaait en P2 ou D1 [...] »

-Armande : T' étais où toi ?

-Claudette : ***

-Armande : Ah non moi j' étais à *** et ça me dit rien du tout... »

❖ Parce qu'on a tous besoin de piqûres de rappel

La formation continue est un principe fondamental en médecine. Offrir une formation en gériatrie aux internes, comme il l'est fait sur d'autres thèmes médicaux ne fait que répondre à ce principe de formation en continu.

-Louis : « [...] c' est finalement donner des piqûres de rappel au généraliste qui est dans sa routine [...] enfin c' est le but d' la formation continue [...] »

De plus le manque d'application pratique de certains cours d'externat n'en favorise pas l'apprentissage ni la mémorisation.

-Joséphine : « Ce qui est dommage c' est que c' est des cours qui sont fait en amont de l' internat et du coup je trouve que en fait du coup... tu retiens rien. »

Et sans rappels réguliers, il est normal d'oublier.

-Thérèse : « [...] enfin on l' a p' t-être vu à la fac mais j' ai oublié. »

❖ Parce que tous les internes n'auront pas accès à un stage de gériatrie ou intégrant de la gériatrie

Le nombre de stages en gériatrie ou intégrant de la gériatrie est limité. Tous les internes de médecine générale n'auront pas accès à un de ces stages. Or nous pouvons penser que presque tous (quel que soit leur choix de carrière par la suite) seront confronter un jour à un patient âgé à la prise en charge complexe.

Proposer une formation accessible à tous permettrait de palier à ce défaut et leur offrir la possibilité de se former de manière adaptée s'ils le souhaitent.

-Armande : « [...] y' a quand même de plus en plus de terrains de stage [...] maintenant dans les SASPAS ils commencent à mettre des HDJ de gériatrie, des UMG [...]

-Thérèse : Ouais mais j' me dis comme terrain de stage ça limite déjà beaucoup de personnes, du coup ils pourront pas y ' aller. »

❖ Parce qu'il y a beaucoup de personnes âgées mais qu'ils ont la sensation que peu de personnes s'en préoccupent

Les internes ont conscience de l'accroissement de la population âgée, des besoins qui se feront de plus en plus sentir dans un futur proche et donc de la nécessité de s'y préparer.

-Simone : « Surtout dans les populations vieillissantes... comme la nôtre. Et on vit de plus en plus tard donc... tant mieux mais ça a d' autres soucis. »

Mais ils ont la sensation que peu de personnes se préoccupent des patients âgés, qu'ils sont seuls à s'intéresser à leur sort du fait du manque d'attractivité financière et d'une image souvent inesthétique de l'avancée en âge.

-Rita : « Non mais c' est vrai ! C' est le nerf de la guerre ! La médecine générale c' est moins beau sur le papier qu' une super spé et puis les personnes âgées c' est pas lucratif ! »

❖ Parce qu'il n'y aura pas assez de gériatres pour assurer le suivi de tous les patients âgés dans les prochaines années

En raison de la création récente du DES de gériatrie et du faible nombre d'internes par promotion (691 en France et 24 au CHU de Strasbourg entre 2017 et 2020(148,149)), ainsi que de la disparition progressive annoncée des capacités de gériatrie pour les médecins généralistes, les internes redoutent la diminution du nombre de médecins formés dans ce domaine dans les prochaines années. Une inquiétude également exprimé dans le Rapport Libault qui préconise l'augmentation du nombre de gériatres (16).

-Armande : « Parce qu'elles sont pas énormes les promos de gériatrie [...] une dizaine je crois.

Gisèle : Ça va pas suffire. Même s'ils s'installent en ville, pfff ! Y'aura toujours besoin de nous ! Ça c'est sûr ! »

c. Ce que devrait contenir cette formation

❖ Une formation sur la base du volontariat

Les internes ont exprimé le besoin d'une formation réalisable sur la base du volontariat. Malgré le fait que la plupart des médecins seront confrontés un jour à la prise en charge d'un patient âgé, il ne semble pas possible ou même souhaitable pour les internes d'obliger une personne à se former à une pratique qui ne l'intéresse pas. L'avis des internes serait donc de responsabiliser leurs camarades en proposant une formation sur la base du volontariat que chacun se sentirait libre de réaliser ou non en fonction de son projet professionnel.

-Claudette : « Après tu peux pas obliger des gens à s' intéresser à des choses qui ne les intéressent pas. »

❖ Sous quelle forme ?

Pour cette formation, plusieurs possibilités ont été proposées par les internes, seule la formation optionnelle obligatoire leur semble la plus adaptée, les internes n'ayant plus de séminaires, et les GEAP ne se prêtant pas à une formation théorique.

-Paulette : « Et on pourrait pas profiter d' une séance [*de GEAP*] comme ça et à la place d' un RSCA ...

-Armande : Alors là non ! Apparemment c' est pas possible ! [...] On a pas le droit à la théorie faite par les prof, si tu veux le faire, si par exemple y' en a un de ton groupe qui a décidé de faire un truc sur le social et qui veut le présenter au groupe ça c' est légal, mais sinon c' est illégal [...]

-Thérèse : Non mais y' avait de temps en temps des espèces de journées séminaires pendant l' internat [...]

-Armande : Non on a plus ça. »

-Roselyne : « [...] c' est que des FO quoi ! »

➤ Formation optionnelle en présentiel

- Une formation par cas cliniques discutés avec différents professionnels

Il a été proposé de réaliser dans le cadre d'une formation optionnelle des cas cliniques sur des situations complexes de gériatrie faisant intervenir différents professionnels.

-Marie-Chantal : « ... un intervenant social qui nous donne [...] situations complexes sociales et... on discuterait et on essaierait deeee [...] trouver quelles ressources possibles du département où on est [...] Ce côté plus pratico-pratique et la gestion de la vie quotidienne, sociale, ça j' ai l' impression que c' est plus quelque chose dont j' aurais besoin. »

- L'utilisation de support vidéo dans la formation

Il a été proposé d'intégrer durant cette formation des vidéos de consultations, filmées par les internes lors d'une consultation en cabinet faite par celui-ci ou lors de la consultation d'un médecin sénior, ces vidéos pouvant être envoyées avant la réalisation de la formation, certaines sélectionnées puis discutées pendant la formation. Il a également été proposé de récupérer des vidéos d'autres facultés, les internes craignant le jugement de leurs pairs.

-Claudette : « [...] j' me dis ça serait intéressant [...] de voir un peu en vrai ce que ça donne ta consultation et vue de l' extérieur comment tu rends entre guillemets... ce que tu dégages [...] »

-Gisèle : « En amont de la formation optionnelle par exemple, demander à tous les participants [...] nous enregistrer et en sélectionner quelques-unes pour après pouvoir en discuter tous ensemble, ça peut éventuellement être un support. »

- Inviter des patients experts

Une possibilité était d'inviter des patients experts pendant la formation permettant ainsi de discuter avec de vrais patients, avec l'expérience de symptômes réels, et non des acteurs jouant le rôle de patient.

-Armande : « [...] je crois qu' on peut avoir... des patients experts ou je sais pas quoi [...] je l' ai vu dans la formation en psychiatrie [...] souvent ils sont dans des associations et donc c' est comme ça qu' ils ont été contactés [...] Après ça reste une fausse consultation mais...

-Claudette : ... mais avec des vrais symptômes [...] Donc ça oui du coup, je trouve que c' est pas mal. »

En effet les internes sont peu friands des mises en scène et jeux de rôle avec d'autres internes ou avec des acteurs qu'ils considèrent comme peu réalistes, sur joués, ne reflétant pas la réalité du terrain, l'agacement et le mouvement de ras le bol de la main de Claudette l'expriment clairement. Gisèle quant à elle exprime une réserve vis-à-vis des jeux de rôle réalisés à l'UNISIMES qu'elle dit très immersifs.

-Claudette : « [...] des vraies situations je trouve ça serait [...] parce que bon les fameuses [...] Les jeux de rôle là ! [...] Dans les FO je crois qu' on en a tous jusque-là quoi ! [*Mouvement de ras le bol de la main*] ... Peut-être que vous aimez ça ! Désolé...

-Gisèle : Mais personne n' aime ça ! [...] Après le jeu de rôle à l' UNISIMES, enfin je sais pas si vous... dans quel contexte vous l' aviez fait mais [...] c' est plutôt immersif ! ...»

- Sur plusieurs jours

Ils suggèrent une formation optionnelle étalée sur plusieurs jours (un jour ne leur semblent pas suffisant).

-Martine : « Type formation *Katla* quoi ?

-Louis : sur deux jours ? [...]

-Rita : Mais je pense que c' est important de répéter les trucs. »

➤ Une formation optionnelle en e-learning

La principale proposition faite par les internes du 4ème groupe est de réaliser une formation sur le modèle de la formation FO24 interprétation des ECG en médecine générale, par vidéoconférence préenregistrée, cette formation a été évoquée par Germaine dans le 2ème groupe.

Ils affectionnent le côté pratique, accessible à tout instant et au plus grand nombre, avec la possibilité de faire des pauses dans leur formation et de la reprendre ultérieurement. Elle offre également la possibilité d'avoir accès à plus d'intervenants sans problèmes d'emplois du temps. De plus, les difficultés d'enseignement engendrées par la crise sanitaire rendent ce type de formation en e-learning plus accessible.

-Joséphine : « Sinon le *must* ça serait de faire une visio-conférence... on peut avoir accès chez soi [...] »

La formation par cas clinique avec réponses de médecins de différentes spécialités est très appréciée, la diversité des avis offrant une vision d'ensemble au problème posé. Elle donne l'impression aux internes d'avoir accès à un groupe de pairs numérique, le fait que les médecins diplômés puissent se tromper les rassure et les conforte dans leur pratique quotidienne de la médecine. De plus, la possibilité d'avoir accès à des vidéos avec complément de formation théorique permet de rendre la formation plus exhaustive en balayant l'ensemble des sujets du thème proposée.

-Joséphine : « Ils ont fait une formation sur l' interprétation de l' ECG avec... des cas cliniques [...] elle est **très** bien faite parce qu' en fait y' a ce que les médecins généralistes f' raient et après l' avis des spécialistes... la même chose avec des cas cliniques de gériatre ça pourrait être sympa [...] quitte à être

complété par des vidéos [...] Et puis on peut le faire au rythme qu' on veut [...] Tu peux le faire en plusieurs temps, t' es pas obligé [...] d' avoir toute cette masse d' info... ou de rappels pendant 1 journée ... »

-Simone : « Bah vu la situation actuelle...

-Joséphine : Et puis même après l' emploi du temps de chacun, les remplacements... »

En effet, les formations présentielles demandent aux internes de se déplacer pour y assister, sur un ou deux jours ils devront se concentrer afin d'intégrer l'ensemble des informations ce qui semble peu propice à l'apprentissage et à la mémorisation d'après eux. De plus, ces formations sont limitées en nombre de participants.

-Joséphine : « [...] Parce qu' en fait quand c' est trop des formations théoriques [...] au final je trouve on perd un peu des données ou alors on est pas concentré toute la journée ou finalement en pratique on va plus y penser [...] Et puis il faut se déplacer... Faut tout faire... en un teemps ... je trouve que c' est pas là que tu retiens le plus de choses. »

-Edith : « [...] la formation le problème c' est ce que tu disais les places sont limitées donc... »

➤ La visite de structures type Hôpital de jour

Thérèse propose la réalisation d'une formation au sein d'un HDJ gériatrique, offrant ainsi la possibilité de visiter sur place et avoir un accès direct aux professionnels.

-Thérèse : « Et j' me dis pourquoi pas une formation au sein d' un HDJ comme ça on visite, on voooooiit on rencontre les professionnels [...] »

➤ Assister à des consultations de gériatrie

Une autre suggestion faite par les internes était d'assister, dans le cadre d'une formation en gériatrie, à des consultations en gériatrie ambulatoire ou en hôpital de jour gériatrique, d'une durée pouvant varier de une demi-journée à une semaine (ne sachant pas exactement à quoi correspond le travail d'un gériatre ambulatoire, ils ne savent pas exactement la durée optimale de ce stage), ils insistent sur le fait que ces consultations doivent soit s'intégrer à un stage (et non en plus) soit se passer durant la demi-journée d'absence pour formation justifiée ou non.

-Germaine : « [...] je veux dire avoir accès à des consultation pour le spécialiste [...] comme des formations en gériatre [...] si y' avait des gériatres en libéral, bah passer une semaine chez les gériatres, je pense qu' on pourrait apprendre pas mal de choses. »

-Lucette : « [...] sur des demi-journées de formation ça serait top quoi ! [...] qu' on ait accès à des consult ou même l' hôpital de jooooouuur [...] »

❖ A qui s'adresse-t-elle ?

Les internes semblent tous d'accord sur le fait que cette formation doit s'adresser à un public souhaitant réaliser de la médecine générale en ambulatoire. Ils souhaitent une formation pratique intégrant des outils qu'ils puissent utiliser dans leur activité quotidienne, les outils à usage hospitalier ne leur étant pas facile d'utilisation en consultation de médecine générale.

-Mauricette : « Ce serait adressé à l' ambulatoire exclusivement quoi ! »

D'après Simone, cette formation devrait s'adresser à l'ensemble des internes du début de l'internat jusqu'à la fin de l'année Thèse.

-Simone : « En tout cas le temps que t'as pas passé ta thèse. Tu payes la fac. »

❖ Que doit-elle contenir ?

-Norah : « Non mais une formation pour savoir ...tout ce qu'il est possible de faire... dans la pratique de tous les jours. »

➤ La prise en charge ambulatoire du patient âgé

Acquérir un sens clinique chez ces internes semble aussi important que d'apprendre les recommandations en vigueur.

-Louis : « [...] c'est surtout donner du nez à des internes [...] qui n'en avons pas encore. »

Les demandes de formation faites par les internes sont les suivantes :

- acquérir des capacités de repérage et de prise en charge des patients fragiles

-Moi : « Le repérage ?

-Rita : Oui pour être un peu aiguillé.

-Martine : [...] avoir les recommandations [...] »

-apprendre à prendre en charge un patient complexe en consultation et à domicile comprenant les différentes démarches à réaliser afin d'éviter les hospitalisations inutiles.

-Martine : « Nous dire ce qu' il est possible de faire en cabinet avant d' avoir recours à des contacts [hospitaliers]. »

→ connaître les outils de dépistage et de surveillance clinique, adaptés à la médecine générale, rapides, efficaces et en nombre restreint (pas uniquement des échelles simplifiées qui ne sont pas toujours adaptées à un usage ambulatoire).

-Rita : « Non mais c' est juste que ces échelles elles sont trop fastidieuses, c' est **trop** compliqué les médecins, ils vont pas le faire !

-Norah : Faudrait un truc plus simple ! »

→ prendre en charge la douleur de manière adaptée et apprendre à gérer la limitation de soins chez ces patients. Il serait également judicieux de refaire un point sur la prise en charge de l'aidant.

-Lucette : « [...] Enfin j' me sentais **impuissante** face à la **douleur** de la personne âgée. »

→ Un rappel sur les troubles cognitifs, les spécificités de la prise en charge psychologique, la iatrogénie, les pansements et les escarres a été proposé.

-Simone : « [...] moi j' ai plus peur des effets secondaires des médicaments chez les personnes âgées [...] tout ce qui est iatrogénie, ouais c' est compliqué. »

- Lucette : « [...] [*l'aspect*] psychologique... social c'est vrai que là je me sens plus dépourvue [...] »

-Joséphine : « [...] dans cette formation aussi réabordé les escaaaarres ... »

-Simone : Les pansements [...] tu dois prescrire et tu ne sais **pas** prescrire, enfiin pas correctement. »

→ apprendre à identifier et comprendre le rôle des différents partenaires et structures intervenant dans la prise en charge du patient âgé en médecine de ville, savoir s'intégrer au sein de ce groupe.

- ◆ Identifier les situations nécessitant la mise en place des infirmières, de la kinésithérapie, des aides humaines... savoir les contacter et apprendre à communiquer avec eux, comprendre le rôle et le travail de chacun.

-Mauricette : « ... on arrive sur le terrain bah des fois on est là, faut du kiné, faut du truc on sait qu' il faut faire des choses mais on sait pas comment. »

- ◆ Acquérir des compétences sociales, savoir repérer les circonstances nécessitant le recours à un travailleur social, comprendre l'aspect administratif de la prise en charge sociale, connaître les différentes aides disponibles pour le patient et pouvoir l'en informer.

-Norah : « [...] c' est important de pouvoir le [*Une aide sociale*] proposer **et du coup de savoir que ça existe** pour **pouvoir** le proposer ! »

-Lucette : « Ou même p't-être des choses administratives, rien que les trucs de l' APA et tout ça, pfff... c' est enfin c' est des galères sans nom [...] »

- ◆ Avoir accès aux différents contacts (réseaux, structures), connaître leurs rôles et savoir comment les contacter. La demande d'un annuaire est fréquente.

-Mauricette : « [...] repérer et puis après **quoi faire** ? Et **avec qui** ? »

-Michel : « Faudrait une sorte d' annuaire ! Sur le Gériaclic et en fonction de la région avoir des structures, des personnes à contacter. »

Les internes ont besoin d'un cadre spécifique à la prise en charge ambulatoire d'un patient âgé complexe, de recommandations dédiées à la médecine ambulatoire, d'« une feuille de route ».

-Mauricette : « Mais le problème c' est qu' on a pas de références [...] En fait, faudrait avoir une feuille de route un...truc qui va dire « Bah à partir de tel âge faut faire attention ! Regarder un peu... » »

➤ Une relation particulière difficile à gérer

La communication avec le patient est un sujet complexe pour les internes et qu'ils souhaiteraient voir développé dans une formation.

-Armande : « [...] je pense que si on était un peu plus fort en communication on y arriverait peut-être plus à les convaincre quoi. »

En effet, ils ignorent comment appréhender un patient, gérer ses refus, le convaincre de s'associer à sa prise en charge, anticiper les problèmes pouvant survenir, mais également cerner les différentes personnalités et pouvoir adapter leur discours et leur prise en charge à chacun. Il s'agit

pour eux d'apprendre à remettre en question leurs *a priori* et de toujours rechercher leur compréhension.

Thérèse : « [...] de cerner les types de personnalités pour pouvoir adapter ton comportement et... ta communication en conséquence et ça on a pas du tout... »

Ces difficultés sont d'autant plus importantes lorsque l'interne se trouve face à un patient présentant des troubles cognitifs.

- Marie-Chantal : « [...] en fonction de l' état cognitif c' est compliqué de savoir... l' attitude à prendre je trouve. »

Une formation sur la prise en charge du deuil serait également judicieuse car il est fréquent chez le patient âgé et peut être responsable de l'apparition ou de l'aggravation de nombreux troubles.

- Lucette : « [...] je trouve que ça a mis [...] en lumière... que j' avais une difficulté vis-à-vis : Que dire à la personne âgée [...] qui vient d' avoir un décès ? »

Ils présentent également des difficultés lorsqu'un tiers s'intègre dans la relation qu'entretien le médecin avec son patient, par exemple lors de conflits avec le patient ou sa famille, ou lorsque celle-ci fait des demandes abusives auxquelles ils ne peuvent pas répondre positivement. Ils souhaiteraient aborder ce sujet lors d'une formation.

-Thérèse : « [...] comment faire comprendre aux gens **gentiment** qu' en fait ils t' appellent de façon plus ou moins abusive parfois et que tu peux pas les aider.... Parce que j' avoue j' ai pas la patience le vendredi soir...

-Armande : Limite sous cet angle je pense qu' y a pas de moyen gentil deeee [...] même avec toutes les formations de communication du monde. »

➤ Un questionnement éthique

Le questionnement éthique est fréquent dans la prise en charge du patient âgé et une période de réflexion éthique, de discussion a été proposé par les internes, concernant la fragilité, la limite acceptable de l'aide apportée par le médecin au patient, l'information au patient et le respect de ses choix, la douleur, la limitation de soins, le deuil, la mort...

- Edmond : « [...] ça pourrait être intéressant et puis surtout que ça a un lien avec laa gériatrie [...] il y a quand même... une continuité avec la gériatrie, la fin de vie, les soins palliatifs ... »

Toutefois ils doutent de la possibilité d'application de ce type de discussion.

-Lucette : « Je trouve c' est tellement dur à traiter l' éthique ! [...] Est-ce que quelqu' un a la réponse de toute façon ? est-ce qu' y a une réponse ? »

➤ Les aspects juridiques liés à la prise en charge du patient âgé

Du fait de la nécessité de faire appel à des intervenants extérieurs ou à la famille chez certains patients âgés, il est difficile pour les internes de connaître les limites du secret médical, il leur semble nécessaire de faire le point sur ce sujet.

-Claudette : « Et ça pose question sur le secret professionnel aussi du coup, avec tous ces gens qui interviennent [...] »

-Paulette : « [...] y' a plein de choses qu' on fait en pratique et qu' on aurait pas le droit je pense.

-Roselyne : Ouais c' est sûr. Genre donner les infos au téléphone, en théorie faudrait pas le faire [...]

Mais bon ça tout le monde le fait.

-Paulette : [...] Mais un moment on est coincé sinon. »

Le rôle du médecin en tant que protecteur de la personne fragile a également été évoqué par plusieurs internes.

-Rita : « [...] Enfin, des fois t' as des histoires aussi avec les personnes âgées, c' est compliqué, t' as vraiment un rôle d' assistante sociale [...] t' as tout ça àààà préserver aussi pour le patient [...] »

Il serait intéressant de refaire le point sur les différentes protections juridiques existantes. La personne de confiance a été évoquée par les groupe 3 et 4 mais son rôle n'a pas été abordé et mériterait d'être développé.

-Armande : « [...] je trouve des fois il devrait y'avoir quelque chose [...] avant les mesures de protection juridique enfin même la curatelle c' est quand même tout de suite déjà assez **fort** !... Et y' a des gens qui ont des troubles cognitifs mais assez légers qui relèvent pas de ces protections juridiques mais à côté de çaaa leur situation peut déjà les mettre en danger [...] »

La question de la protection des données du patient s'est également posée en raison de la multiplication d'applications ou de logiciels à usage médical.

-Edith : « Après je sais pas si par exemple les bios elles pouvaient être téléchargées dans ce dossier-là [...] après le problème c' est toujours le... secret médical faut que ce soit...

-Simone : ... oui que ce soit sécurisé. »

➤ Une formation sur la cotation des actes spécifiques à la gériatrie

Les stages ambulatoires ont suscité un questionnement chez les internes quant à la rémunération en médecine générale.

-Joséphine : « [...] je trouve que la consultation elle a quand même besoin d' être financée [...] »

-Simone : On vit pas d' amour et d' eau fraîche quoi ! »

Peu d'internes semblent au courant des cotations existantes dans la prise en charge du patient âgé en médecine générale et ceux étant au courant de leur existence ne connaissent pas les conditions d'application de ces cotations.

-Louis : « [...] tu as pleins d' aides [*cotations*] déjà qui sont sorties donc la question c' est juste de vérifier si t' as bien une aide [...] »

➤ Les assistants médicaux, une aide ?

La possibilité de faire appel aux assistants médicaux pour aider à la prise en charge de cas complexes de gériatrie, surtout à visée de décharge administrative, a été évoquée. Cependant les conditions d'obtention d'un assistant, son rôle semblent être encore mal compris par les internes et pourraient être éventuellement évoqués dans une formation.

-Louis : « [...] il nous proposait un assistant [*le représentant de l' assurance maladie*] [...] Et du coup est ce que finalement l' assistant il pourrait pas faire tout ça puisque ce serait pas notre rôle ? [...] »

d. Avec qui travailler en partenariat pour créer et dispenser cette formation

❖ Des médecins expérimentés

La transmission du savoir par des médecins expérimentés dans le domaine de la gériatrie ambulatoire a été de nombreuses fois plébiscitée par les internes. En effet, ils apprécient la formation par compagnonnage et souhaiteraient connaître les « trucs et astuces » de leurs aînés.

-Armande : « [...] si y' a des médecins plus expérimentés qui nous donnent leurs p' tits trucs [...] Avoir un p' tit peu des retours d' expériences sur des médecins qui ont plus d' années ça ça pourrait être intéressant aussi quoi. »

Il semble que la transmission orale soit importante dans l'acquisition d'un bon sens clinique et permet d'ouvrir les débats lors de sujets sensibles comme la limitation de soins.

❖ Des gériatres

Les gériatres ont été de nombreuses fois cités comme pouvant intervenir en tant que formateur dans une formation en gériatrie. Les internes semblent penser que l'échange serait réciproque et satisferait tout le monde car il permettrait d'éviter des prises en charge tardives et des hospitalisations.

-Rita : « On devrait avoir une formation par les gériatres [...] Voilà ! A la Robertsau... ils en ont **tous** marre d' avoir des patients qui viennent tout pourri parce qu' ils étaient pas pris en charge. Je suis sûre qu' ils accepteraient ... »

L'idée de l'intervention d'un psycho-gériatre a été proposée afin que celui-ci apporte son expérience sur la prise en charge des troubles cognitifs.

-Lucette : « Psychogériatre, pourquoi pas ? [...] »

❖ Des intervenants sociaux, paramédicaux...

La possibilité d'une transmission poly-professionnelle a été fortement évoquée par les internes. Ils ont suggéré de faire appel à un ou deux intervenants sociaux durant la formation afin d'avoir accès à leur expertise, partager leur expérience, expliquer en quoi consiste leur travail, leurs interactions avec la médecine générale et un résumé de toutes les possibilités qui s'offrent à eux dans le domaine social en médecine ambulatoire.

-Marie-Ange : « [...] et qu' ils [*intervenants de différentes professions gravitant autour de la personne âgée*] nous disent qu' est-ce qu' ils font, comment ils le font, comment on les contacte, comment ça fonctionne... dans les régions, les localisations [...] »

-Claudette : Au moins une personne [...] qui sont effectivement très au fait de tout ce qui existe et de tout ce qui est pratique pour nous et qui pourraient nous faire vraiment un truc carré, un truc bien clair. »

Il a été proposé de faire intervenir une assistante sociale, des professionnels paramédicaux, un membre des UMG ou de l'hôpital de jour de gériatrie.

-Armande : « Bah typiquement quelqu' un des UMG [...] »

Claudette : Oui ! Eux ils connaissent tout ! Ou d' un hôpital de jour de gériatrie ! »

-Lucette : « [...] et je trouve que par exemple avoir différents intervenants que ça soit les assistantes sociales, que ça soit le kiné, que ça soit même des gériatres, ça pourrait être super intéressant [...] »

e. Suggestions d'amélioration de leur formation en gériatrie en dehors du cadre d'une formation théorique

Outre la création d'une formation théorique orientée sur la prise en charge du patient âgé en médecine ambulatoire, les internes ont fait de nombreuses suggestions quant à l'amélioration de leur formation globale à la gériatrie :

- ❖ Réaliser une fiche résumant les différentes échelles, aides, structures... existantes et consultable sur le site du DMG

-Paulette : « [...] ils pourraient juste ajouter un power point un peu explicatif avec des échelles ou un guide et le mettre sur le site du DMG [...] Y' aurait un onglet formation [...] Un peu sous forme de schéma conduite à tenir [...] »

- ❖ Intégrer la réalisation de vidéos de leurs consultations à leur formation, en stage, en GEAP afin d'en débattre collectivement.

-Roselyne : « Je disais que nous on se filme par exemple dans une vraie consultation pour voir ce qu' on fait bien ou pas bien... se rendre compte comment on leur parle, est-ce que finalement on les infantilise et on s' en rend pas forcément compte [...] »

- ❖ Favoriser et encourager la participation d'intervenants aux séances de GEAP

Il a été proposé d'inviter des intervenants durant un groupe d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) afin de discuter avec les participants du groupe.

-Armande : « Du coup à la limite en GEAP ce qui peut se faire éventuellement c'est... qu'y ai un intervenant extérieur qui viennent pour débiter la discussion dans le groupe de tutorat quoi. Ça t'as le droit ! »

- ❖ Intégrer des visites au domicile des patients âgés de manière systématique durant le stage chez le praticien de premier niveau.

-Joséphine : « [...] ce qui est super intéressant dans la prise en charge de la personne âgée c' est p' t- être en stage premier niveau ils devraient faire plus de visites à domicile mais **accompagnées** [...] c' est là qu' on voit vraiment... la vie de la personne âgée [...] »

- ❖ Assister à des consultations en gériatrie ambulatoire ou en hôpital de jour gériatrique, soit pendant la demi-journée d'absence pour formation justifiée ou non, soit en l'intégrant à un stage.

-Germaine : « [...] je veux dire avoir accès à des consultations pour le spécialiste [...] Si y' avait des gériatres en libéral, bah passer une semaine chez les gériatres, je pense qu' on pourrait apprendre pas mal de choses. »

- ❖ Proposer plus d'offres de stage en gériatrie et envisager la possibilité de rendre obligatoire un stage en gériatrie d'une durée minimum de 3 mois dans la maquette de l'internat de médecine générale.

-Joséphine : « ... ou alors un demi-stage en service de gériatrie avec un gérontologue [...] Ouais enfin faudrait faire ouais voilà trois mois en géria... »

Certains internes insistent sur le fait que le stage de médecine interne ne semble pas correspondre à leurs attentes en termes de formation en gériatrie et qu'ils sont plus intéressés par des stages de gériatrie ambulatoire.

-Joséphine : « [...] une équipe mobile de gériatrie [...] si on va se retrouver dans un service de géria, on va nous faire le bouche trou et faire la main d'œuvre pour... aller vite vite vite... et dans ce cas la formation elle apporte rien [...] ou un gériatre en ville ! Ouuu une équipe d'HAD avec un gériatre, mais alors plutôt des choses comme ça ! »

Ils ont conscience du possible manque de terrains de stage pour satisfaire l'ensemble des internes mais ils souhaiteraient avoir tout de même plus de choix, avec des pratiques plus diversifiées et plus orientées vers leur pratique future.

-Edith : « Le problème ça va être que t' en as pas assez pour faire des terrains de stage pour tout le monde quoi.

-Simone : Bah même si y' en avait d'jà que quelques 'uns... »

f. Résumé du chapitre

Les besoins en formation

Tous les internes étaient favorables à la création d'une formation en gériatrie pour les internes de médecine générale de Strasbourg.

Ils ont conscience d'un manque de formation dans ce domaine, de l'inégalité de formation entre les différentes facultés pendant l'externat ainsi que de l'inégalité d'accès aux stages à orientation gériatrique. Ils comprennent qu'un besoin se fait sentir aujourd'hui dans la société et qu'il ne fera que s'accroître dans les années à venir du fait de l'accroissement de la population âgée et du manque de gériatre à exercice ambulatoire.

Ils proposent une formation sur la base du volontariat.

Plusieurs formes ont été proposées :

- Une formation optionnelle présentielle intégrant des discussions sur différents cas cliniques avec des médecins spécialistes (médecins généralistes, gériatres...) et intervenants sociaux, l'utilisation d'enregistrements vidéo de consultation ambulatoire suivi de débats, la participation de patients experts. Pour eux, cette formation doit durer au moins deux jours pour être exhaustive.

- Une formation en e-learning par vidéoconférences pré-enregistrées intégrant des discussions sur des cas cliniques entre plusieurs médecins spécialistes et intervenants sociaux, associée à des vidéos d'approfondissement plus théorique à la suite des cas cliniques. Les internes apprécient le côté pratique, accessible à tout instant et pour tous de ce type de formation.

Il a également été proposé des visites en HDJ gériatrique, l'accès à des consultations de gériatrie dans le cadre de cette formation.

D'après les retours des internes, cette formation doit s'adresser à l'ensemble

des internes de médecine générale de Strasbourg du début de l'internat à la fin de l'année Thèse.

Les demandes sur le contenu de la formation sont les suivantes :

- Acquérir des capacités de repérage et de prise en charge des patients âgés fragiles

- Être dans la capacité de prendre en charge des patients âgés complexes à domicile

- Disposer d'outils de dépistage et de suivi adaptés

- Savoir prendre en charge la douleur, la fin de vie, l'aidant principal

- Avoir un rappel sur les troubles cognitifs, les spécificités de la prise en charge psychologique, la iatrogénie, les pansements et les escarres

- Identifier et comprendre le rôle des différents partenaires et structures intervenant dans la prise en charge du patient âgé à domicile

- Apprendre les bases de la communication et le comportement à adopter avec le patient âgé et sa famille, gérer les refus, le deuil, les conflits intrafamiliaux, les demandes abusives.

- Refaire un point sur le secret médical et le partage d'information, les protections juridiques, la protection des données médicales

- Se former à la cotation d'actes spécifiques à la gériatrie en médecine générale ambulatoire

Pour animer cette formation, ils ont proposé la participation de médecins généralistes expérimentés dans la prise en charge de patients âgés en ambulatoire, de gériatres dont un psycho-gériatre, d'intervenants sociaux, paramédicaux afin de profiter de l'expérience et de l'expertise de chacun.

Outre une formation théorique, les internes ont fait de multiples suggestions d'amélioration de leur formation en gériatrie comme : rendre accessible des fiches résumant les bases de la prise en charge du patient âgé en médecine générale sur le

site du DMG, créer un stage obligatoire en gériatrie ambulatoire, utiliser des vidéos de consultations dans le cadre de leur formation (stage, GEAP...), encourager la participation d'intervenants sociaux dans le cadre de GEAP, rendre les visites à domicile chez les patients âgé systématiques durant le stage praticien, offrir plus d'accès à des consultations de gériatrie ambulatoire ou HDJ.

E. Les suggestions d'amélioration dans la prise en charge du patient âgé en soins primaires

Durant l'ensemble des discussions, les internes ont fait plusieurs suggestions d'amélioration de la prise en charge du patient âgé en ambulatoire.

a. Des idées pour faciliter la pratique quotidienne de la gériatrie ambulatoire :

- ❖ Une fiche de renseignement standardisée à domicile ou dans le dossier médical pour chaque patient âgé fragile et/ou en perte d'autonomie

-Thérèse : « [...] fiche de renseignements standardisée que les personnes âgées doivent avoir chez elles [...] »

- ❖ Faire appel aux assistants médicaux pour aider à la prise en charge de cas complexes de gériatrie, surtout à visée de décharge administrative.

-Louis : « [...] il [*le représentant de l' assurance maladie*] nous proposait un assistant [...] Et du coup est ce que finalement l' assistant il pourrait pas faire tout ça puisque ce serait pas notre rôle ? »

b. Des idées à intégrer dans les politiques de santé gouvernementales :

- ❖ Mettre en place un compagnonnage des jeunes remplaçants par un médecin expérimenté en gériatrie ambulatoire (exprimé dans le 3^{ème} groupe)

-Paulette : « [...] ce qui serait bien, ça serait au début des remplacements d' avoir une forme de compagnonnage peut-être [...] un méd G expérimenté [...]

-Thérèse : [...] pas des connaissances gériatriques pures mais plutôt dans la relation... avec la personne âgée... Plus en fait comme tu dirais à ton maître de SASPAS ou au médecin que tu remplaces [...]

»

- ❖ Avoir une ligne directe n'importe où et de manière systématique entre le médecin généraliste et l'hôpital pour la réalisation de bilans semi-urgents.

-Thérèse : « [...] ça serait bien qu' on puisse avoir une ligne directe... pour une hospit programmée où on sait qu' on aura une place dans la semaine et on commence à gérer. »

- ❖ Avoir un interlocuteur privilégié (médecin ou structure) lors de situation d'urgence sociale chez le patient âgé.

-Thérèse : « [...] faudrait un intermédiaire... un SAMU social personnes âgées »

- ❖ Assouplir les critères d'accès à l'hospitalisation à domicile et en faciliter la mise en place.

-Edith : “Ça pourrait être la HAD. Si c' était plus simple à mettre en place [...] Ça pourrait être un intermédiaire [...] ou alors après le retour des urgences.”

- ❖ Avoir accès à un pool d'intervenants extérieurs, auxiliaires de vie, infirmières... lors de situations d'urgence

-Thérèse : « Ou alors il faudrait qu' y ai un système [...] d' un pool de gens qui pourraient intervenir en urgence... »

- ❖ Augmenter le personnel soignant des structures hospitalières publiques et privées, à domicile, afin d'améliorer les conditions de travail de ces derniers et la qualité du soin.

-Simone : « [...] y' a pas assez de monde [*dans les EHPAD*] en fait [...] ça je pense faudrait que ce soit revu mais c' est un problème de coût [...] »

- ❖ La création d'une application numérique ou d'un site d'information collaboratif dédiés à la prise en charge du patient âgé.

-Gisèle : « [...] un outil numérique type *Antibioclïc* mais version référents sur le territoire français ! Ça ça serait un sacré projet ! [...] »

-Thérèse : Où un truc collaboratif un peu comme *Wikipédia*, chacun vient noter une contribution [...] »

- ❖ L'organisation d'un dépistage systématisé et gratuit de la fragilité et des troubles neurodégénératifs.

-Marie-Ange : « Ouais le dépistage de troubles cognitifs et de fragilité [...] »

-Thérèse : [...] t' en as certains qui reçoivent des convocations de la CPAM ou de la MGEN [...] J' me dis pourquoi y' aurait pas ça pour les personnes âgées, un bilan un peu global... »

- ❖ Créer une consultation dédiée la prise en charge du patient âgé complexe et prise en charge à 100% par l'assurance maladie, pouvant être réalisé de manière régulière par exemple annuelle.

-Thérèse : « [...] Que là y' ait une consult annuelle prise en charge à 100% par l' assurance maladie, voilà justement dépistage fragilité [...] une consult ou une visite [...] on parlerait vraiment que des aides dont ils ont besoins [...] »

-Joséphine : « Rien qu' une fois par an faire une consultation... revérifier tous les traitements... voilà ça prend du **temps** [...] un peu plus valorisée pour regarder toute l' ordonnance, les vaccins... »

- ❖ Réaliser de l'éducation de la population générale et de la population âgée au cabinet et/ou dans le cadre d'une campagne de sensibilisation à la perte d'autonomie.

-Thérèse : « [...] je pense faudrait quand même que les patients soient sensibilisés parce que parfois ça se dégrade **tellement vite** ! [...] Soit par leur médecin avant soit par les campagnes... de l' assurance maladie... »

- ❖ Améliorer la formation des médecins et des patients à l'utilisation du DMP.

-Edith : « Oui et puis si le patient pouvait aussi télécharger... ses propres trucs [*dans son DMP*] [...] »

- ❖ Créer une carte intégrant le dossier médical du patient

-Germaine : « [...] les pays du Nord ils ont [...] une carte où y'a tout dessus en fait, les comptes-rendus, les trucs, des fois ça simplifierait tout. »

Discussion

I. Représentations de la personne âgée chez les internes de médecine générale, impact des enjeux sociétaux et culturels sur l'expérience de la médecine ambulatoire, influences de la crise sanitaire

A. Représentations de la personne âgée

a. Ce qu'en dit la littérature

Tout comme dans la littérature, les réactions émotionnelles étaient fortes et l'ambivalence fréquente dans les représentations de nos internes quant à la pratique de la gériatrie ambulatoire et vis-à-vis de la personne âgée.

Tantôt décrite par nos participants comme une médecine pleine d'intérêts ; riche d'enseignements et de défis médicaux ; elle a également été critiquée pour sa complexité médicale, sociale, administrative, l'absence de perspectives de guérison et l'aspect chronique des maladies de ce type de patients dont le suivi pouvait leur sembler rébarbatif et peu stimulant intellectuellement.

Nous retrouvons ainsi des stéréotypes et préjugés similaires à ceux observés dans différentes études réalisées au sein de sociétés occidentales comme la nôtre (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie...), tout aussi bien positifs que négatifs.

Richesse des échanges, sagesse, reconnaissance du travail de l'interne, respect, confiance sont autant d'attributs positifs rapportés chez nos participants et retrouvés dans la littérature. Les limitations

fonctionnelles (cognitives, sensorielles, motrices) entravant la communication, les réticences à l'échange des personnes âgées lors des interrogatoires, les exigences familiales, le paternalisme médical, l'isolement social... le sont tout autant (37,150–153).

Nous avons pu constater un lien étroit entre perception du vieillissement par les internes, dépendance, maladie et mort, particulièrement dans les cas d'annonce et de prise en charge de maladies graves, de définition du niveau de soin et de prise en charge de la fin de vie. Ces situations semblent engendrer chez les participants anxiété, tristesse et peurs.

Ces représentations du vieillissement se retrouvent également dans d'autres études réalisées sur des étudiants en médecine à travers le monde occidental (37,151–153).

Des stéréotypes et préjugés d'autant plus importants que le contact avec des personnes âgées provoquait chez certains de ces internes un sentiment de malaise, ceux-ci évoquant leurs craintes quant à leur propre vieillissement (151,153).

Toutefois, il est intéressant de constater que ces *a priori* ont parfois eux-mêmes été mis en évidence et remis en question par nos participants.

Ceci pourrait s'expliquer par un biais de désirabilité sociale voulant qu'au sein d'un groupe, un individu puisse nuancer ses propos afin de pouvoir mieux s'intégrer à celui-ci.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse d'une influence positive jouée par la pratique ambulatoire de la gériatrie en stage et durant les remplacements, les participants eux-mêmes évoquant des patients âgés plus autonomes et aux échanges plus faciles que dans les services hospitaliers. En effet, les critiques vis-à-vis de leurs préjugés envers la personne âgée étaient d'autant plus fréquentes dans les discussions que le nombre de participants en dernier semestre ou remplaçants du groupe, et donc plus avancés dans leur formation d'internat, était important. Il faut toutefois noter qu'elles n'étaient pas absentes des échanges mais constatées moins fréquemment dans les groupes où les participants étaient plus jeunes.

b. Ce qui n'a pas été évoqué

Le point de vue des internes vis à vis de la personne âgée semble dominé par la maladie et le déclin fonctionnel. Certains aspects de la vie de la personne âgée n'ont jamais ou très peu été évoqués tels que la sexualité, l'activité physique et de maintien de la santé, le bien-être ou encore le travail qui n'a été abordé que sous l'aspect de l'absence d'activité professionnelle. Cette vision principalement axée sur l'aspect médical et social de la dépendance de la personne âgée n'est pas surprenante et rejoint les discours sociétaux et politiques actuels empreints d'une culture âgiste (13,14,16,84).

B. L'herbe pousse-t-elle plus verte ailleurs ?

a. Les préjugés concernant la famille des patients âgés

Une situation fréquemment rapportée par les internes de nos groupes de discussions sont les comportements inadaptés de la famille du patient vieillissant de type abandon, négligence... dans nos sociétés occidentales modernes.

Une vision des relations familiales qui ne semble pas s'accorder avec les recherches sociologiques réalisées à ce sujet.

Deux thèses s'affrontent chez les chercheurs. La première, la thèse du remplacement, veut que la solidarité publique se soit substituée aux solidarités familiales et ait dû suppléer à ses défaillances, apparues suite au développement de l'industrialisation et du capitalisme. Cette thèse a été contestée par la théorie du renforcement, reposant sur le principe que solidarité publique et solidarité familiale loin de s'opposer s'imbriqueraient l'une dans l'autre.

Elle est aujourd'hui la thèse privilégiée dans les milieux sociologiques. Toutefois, la thèse du remplacement reste très répandue dans la population générale (146).

L'augmentation de l'espérance de vie, de l'indépendance financière, résidentielle, juridique, une meilleure santé, une meilleure éducation scolaire chez les personnes âgées actuelles ont en effet modifié les relations intergénérationnelles.

Aujourd'hui près de cinq générations peuvent coexister au sein d'une même famille, bouleversant la dynamique familiale et les relations entre chacun de ses membres.

Plusieurs études sociologiques se sont intéressées à l'impact des échanges intergénérationnels sur les relations parents- enfants adultes voir grands-parents, enfants adultes et petits-enfants.

Ce phénomène d'échange intergénérationnel semble se retrouver dans toutes les sociétés occidentales modernes dotées d'un système de protection sociale.

D'après ces études, un Etat providence fort consacrant une partie importante de ses dépenses dans le soutien aux personnes âgées et les pensions de retraite réduirait le fardeau des relations intergénérationnelles. Les personnes âgées ne comptant plus sur leur famille par nécessité, leurs interactions se concentreraient sur l'intimité et la proximité grâce aux dons intrafamiliaux fait d'échanges réciproques (monétaire, gardiennage, aide aux déplacements...).

Ainsi plus les personnes âgées auraient de ressources (pension de retraite élevée, aide sociales...) plus elles pourraient se permettre de faire des dons à leurs proches, celles qui donnent ayant une plus grande probabilité de recevoir. Un système social généreux renforcerait donc les solidarités familiales.

Dans les Etats moins généreux, ce sont ceux qui sont en plus mauvaise santé qui seraient le plus susceptible de recevoir de l'aide, les échanges seraient donc plus motivés par les besoins de la personne âgée que par la réciprocité et/ou l'affection.

Mais quelle qu'en soit la motivation, l'entraide serait plus susceptible de se produire que l'abandon dans les sociétés occidentales.

Ces études rappellent toutefois que l'Etat ne peut se substituer à la famille, comme la famille ne peut se substituer à l'Etat. Solidarité publique et solidarité familiale sont complémentaires dans l'aide apportée aux personnes âgées.

Ainsi loin d'altérer les relations, les transformations survenues dans les modèles familiaux et sociaux ces dernières décennies, notamment la création de la sécurité sociale et du système de retraite, semblent avoir au contraire renforcé deux des quatre principaux moteurs de l'aide que sont la réciprocité et l'affection (les deux autres étant les normes d'obligation et les besoins de la personne aidée) (146,154–156).

Les résultats d'une étude de la DREES, publiée en mai 2020 à partir des réponses à un questionnaire envoyé à près de 3000 personnes, rapportaient que parmi les Français interrogés, moins d'un sur cinq déclaraient vouloir placer un proche en perte d'autonomie dans un établissement spécialisé, et trois sur cinq souhaitaient l'accueillir et s'en occuper chez eux. Une personne sur cinq déclarait aider un proche âgé dont six sur dix moins de trois heures par semaine.

Bien que ces résultats soient issus de déclarations et sont donc soumis à de nombreux biais dont celui de conformité, nous pouvons supposer que l'abandon ne serait pas l'option la plus fréquemment choisie parmi les enfants adultes de personnes âgées en France (157).

De plus, l'étude publiée par l'association *les Petits frères des pauvres* « *SOLITUDE ET ISOLEMENT QUAND ON A PLUS DE 60 ANS EN FRANCE EN 2017* » met en avant de multiples résultats que nous pourrions analyser : 2% des personnes interrogées de plus de 60 ans seraient en situation de mort sociale (ce qui équivaldrait à 300 000 personnes en France qui n'auraient aucun contact ou très peu avec le cercle familial, amical, le voisinage et le réseau associatif), 6% seraient isolées du cercle familial et amical (soit 900 000 personnes en France) et 22 % seraient isolées du cercle familial (19% dans le Grand Est), 19% des femmes et 27% des hommes de plus de 60 ans.

Bien que nous puissions considérer que ces chiffres soient beaucoup trop élevés, ils ne représentent pas la majorité des personnes de plus de 60 ans. Nous pouvons en effet constater que 78%

des personnes interrogées de plus de 60 ans en France (81% dans le Grand Est) ne sont pas isolées de leur cercle familial. De plus les résultats semblent rapporter un resserrement des liens familiaux au grand âge. En effet, après 80/85 ans le cercle familial proche est celui où la solidarité familiale se resserre (62 % des 80 ans et plus voient au moins l'un de ses enfants une à plusieurs fois par semaine contre 49 % des 70-79 ans) ce qui semble être en accord avec les résultats des études sociologiques évoquées précédemment quant à un soutien familial d'autant plus présent lorsque les besoins de la personne aidée sont importants (158).

b. Représentation de la personne âgée dans les sociétés traditionnelles

Il est fréquent d'entendre comparer l'abandon des personnes âgées de nos sociétés occidentales avec le respect quasi mystique des anciens dans les sociétés traditionnelles.

Nous nous intéresserons ici aux sociétés africaines car elles sont les plus couramment citées mais nous aurions également pu parler de l'Asie, de l'Amérique centrale ou de l'Amérique du Sud.

Des différences culturelles importantes existent entre les différentes régions du monde et d'Afrique. Le statut et le traitement accordés aux personnes âgées varient fortement en fonction de l'organisation matérielle et économique du pays mais également de son idéologie, de ses valeurs et de ses croyances.

Dans nombre de ces sociétés, empreintes de croyances liées à la sorcellerie, la personne âgée y trouve une place centrale de par les multiples rites, malédictions, savoirs ancestraux... qui leurs sont accordés mais également par la possession de terres et de richesses qui leur reviennent. Certaines sociétés comme celle des Méru de Tanzanie sont des gérontocraties masculines. Le pouvoir économique, politique et social est remis aux hommes âgés.

La descendance joue un rôle essentiel dans ces sociétés, celle d'une assurance vieillesse.

En effet de nombreux pays d'Afrique ne possèdent pas ou peu de système d'aide sociale, le Sénégal a par exemple mis en place le *plan sésame* en 2006 permettant aux personnes âgées de plus de 60 ans de bénéficier de soins médicaux gratuits mais celui-ci est aujourd'hui au point mort en raison de difficultés de mise en place (accès aux soins et mis en place d'une carte d'identité entre autres).

Or comme dans les sociétés occidentales, un accroissement de la population âgée est également prévue en Afrique d'ici 2050 avec un nombre de personnes âgées qui devraient quadrupler entre 2010 et 2050 (de 56 à 215 millions de personnes âgées). Les défis posés de manière simultanée à ces pays seront énormes et nécessiteront des moyens considérables que nombre d'entre eux ne possèdent pas à l'heure actuelle.

De plus, les nombreux bouleversements survenus ces dernières décennies ont fortement impacté le pouvoir et le respect des anciens. En effet guerres, épidémies, migrations économiques, colonialisme, mondialisation... ont affaibli le pouvoir des aînés, modifiant les comportements et les mentalités.

La pauvreté et les difficultés d'accès aux structures médicales influent fortement les soins apportés aux personnes âgées, la priorité n'étant pas nécessairement accordée à l'ancien mais aux femmes et aux enfants. L'absence ou la quasi-absence de système de retraite oblige les personnes âgées à rester en activité jusqu'à des âges extrêmes de la vie, un maintien de l'activité qui semble essentiel au maintien de leur rôle social et politique ainsi que leur position dans la hiérarchie familiale, la dépendance étant synonyme de mort sociale dans l'espace domestique et communautaire du village.

Il est à noter que dans ces sociétés encore majoritairement patriarcales, la position des femmes âgées y est plus que précaire. Les veuves sont nombreuses du fait de la grande différence d'âge encore fréquente entre les époux et de la polygamie. L'absence de descendance mâle isole plus fortement ces femmes dont les filles rejoignent et apportent leurs soins à leur belle-famille.

Malgré ces difficultés, les solidarités familiales et le respect des aînées restent forts et variés (il est par exemple encore très fréquents que les grands-mères prennent en charge leurs petits-enfants et vis-versa). Toutefois des transformations sont annoncées par les sociologues et anthropologues (159).

Ainsi les croyances entre sociétés occidentales et sociétés traditionnelles ne sont pas toujours fondées, la réalité n'est pas si simple.

Rien n'est jamais tout blanc ou tout noir. Le monde que les internes perçoivent et celui dans lequel ils évoluent est bien plus nuancé et complexe que nous ne pourrions l'imaginer mais la marque qu'il laisse sur leurs esprits et leurs espoirs reste prévisible et son impact sur leur vie, positif ou négatif, peut être anticipé.

C. Impact des conditions de travail sur les représentations des internes, leurs performances et leur perception de leur qualité de vie au travail

Notre étude met en évidence un lien étroit entre les conditions de travail et contraintes engendrées par l'exercice ambulatoire de la médecine générale, les représentations des internes vis-à-vis de la gériatrie ambulatoire et du patient âgé, leur satisfaction au travail et leurs performances.

Les internes de notre étude ont évoqué différentes inquiétudes liées à l'exercice de la médecine générale pouvant interférer dans leur relation avec le patient et particulièrement avec la personne âgée : les contraintes de temps, la surcharge de travail principalement administrative, les possibles difficultés financières, le manque de respect de certains membres de leur patientèle.

→ Le temps de travail

La contrainte de temps est la plus récurrentes des inquiétudes formulées par les internes de notre étude.

Une enquête réalisée en 2019 par la Commission Jeunes médecins en collaboration avec le CNOM sur les déterminants à l'installation auprès des internes en médecine, des remplaçants exclusifs et des médecins installés a mis en évidence une préoccupation des horaires et rythme de travail. En

effet, à la question de l'impact des horaires et du rythme de travail sur leur projet professionnel : 82% des internes et 87% des remplaçants la considéraient « Tout à fait » ou « Plutôt » « d'accord ». Il semble que les horaires et rythme de travail aient un impact important dans le choix du mode d'exercice des jeunes médecins (143).

La contrainte de temps était souvent associée dans notre étude à une charge de travail jugée excessive, notamment les tâches non médicales (administratives, comptabilité, informatiques, gestion du parcours de soins du patient...).

Une thèse soutenue en 2018 à Montpellier a mis en évidence chez des médecins généralistes d'Occitanie un temps moyen consacré à l'ensemble des tâches non médicales de 13 heures et 6 minutes par semaine soit entre 22 et 33% de l'activité de ces médecins, dont 6 heures et 36 minutes par semaine étaient consacrées à la gestion de tâches administratives (constitution de dossiers administratifs patients, organisation et tenue des dossiers médicaux, gestion de courriers et de comptes rendus, gestion de rendez-vous). Ces tâches s'immiscuaient également dans le temps libre et de loisir. Pourtant nombre d'entre-elles ne nécessitaient pas de compétences médicales et étaient donc déléguables (160). Dans un rapport de la DRESS de 2016 sur les conditions de travail des médecins généralistes, la durée moyenne accordée par les médecins généralistes aux tâches de gestion et de secrétariat était de 4 heures par semaine soit 7 % du temps de travail hebdomadaire moyen, toutefois il semblait exister un certain flou dans la définition des tâches administratives (161).

Or une charge de travail conséquente peut être responsable de retards et de fatigue décisionnelle avec pour conséquences des soins sous-optimaux pour les patients. C'est ce qu'évoque l'étude *Association of Primary Care Clinic Appointment Time With Clinician Ordering and Patient Completion of Breast and Colorectal Cancer Screening* qui met en évidence une diminution de la prescription et de la réalisation de test de dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal au fur et à mesure de la journée de travail. D'autres études ont également constaté ce lien entre retards, fatigue

décisionnelle et qualité des soins notamment en termes de vaccination grippale, de prescription d'antibiotiques inadaptés ou encore d'opioïdes dans le contexte de douleurs dorsales (162).

→ L'appréhension du risque financier

Une seconde appréhension évoquée par les internes était celle du risque financier.

La complexité potentielle de la patientèle âgée, le temps de travail qu'elle peut nécessiter, son accroissement attendu dans les prochaines années (98) leur semblaient en inadéquation avec la rémunération accordée à ce type de prise en charge. Ils craignaient un impact important sur leur qualité de vie personnelle et professionnelle future ainsi que sur la qualité des soins prodigués.

Un questionnaire sur les risques économiques qui peut paraître surprenant mais que nous retrouvons également chez les jeunes médecins interrogés dans *l'enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés* en 2019. A la question « la possibilité d'un risque économique est-elle un frein à votre installation », 43% des internes et 59% remplaçants le craignaient, 80% et 92% lorsqu'étaient comptés ceux répondant « partiellement » ou « un peu ».

L'hypothèse émise dans ce rapport pour expliquer ces résultats, était une plus grande prise en compte du risque économique par les jeunes médecins du fait de la comparaison aisée entre exercice libéral et salarié notamment sur les questions de protection sociale, de démarches administratives et de qualité de vie au travail en exercice libéral (et qui est également fortement suggéré par les participants de notre étude), ainsi que la confrontation fréquente à la notion de « crise économique », très présente dans les médias ces dernières années (143).

La perception d'un risque financier était également présent dans la pensée des médecins généralistes libéraux comme le montre un rapport de la DRESS où 15% des médecins généralistes

interrogés déclaraient avoir « souhaité travailler moins mais qu'ils ne pouvaient pas pour des raisons financières » (161).

Une seconde étude de la DRESS publiée en 2010 sur *l'emploi du temps des médecins libéraux* a mis en évidence l'importance de la perception d'une juste rétribution pour le temps accordé par le médecin généraliste à un patient dans l'évaluation subjective positive de la charge de travail perçue par celui-ci.

Cette étude semble corroborer les dires des internes participants à notre étude quant à la charge de travail importante suscitée par les patients âgés complexes et la nécessité de mise en place d'une rémunération adaptée.

D'autres notions évoquées par nos participants ont également pu être constatées parmi les médecins libéraux: complexité d'organisation du temps de travail, pression de la salle d'attente, relation entre la rémunération du praticien et le nombre d'actes effectués, travail en flux tendus avec une variabilité d'amplitude des journées et des horaires incertains, des retards fréquents, équilibre familial difficile à maintenir, travail administratif considéré comme ne devant pas incomber au médecin, prise en charge sociale vécue comme pesante...

La gratification perçue du travail médical y était exprimé comme provenant en grande partie de l'attitude des patients, la confiance en eux-mêmes des médecins pouvant être remise en question par les comportements incorrects ou désinvoltes des patients considérés comme de plus en plus nombreux (163).

→ Le comportement des patients

L'importance accordée aux comportements incorrects des patients à l'égard de leur médecin généraliste et leur influence sur la charge perçue par celui-ci ont été abordés à de nombreuses reprises par les internes de nos groupes de discussion.

D'après une expérience israélienne réalisée sur trente-neuf équipes d'unités de soins intensifs de néonatalogie et publiée en février 2016 dans la revue *PEDIATRICS*, l'impolitesse des patients (ou proches du patient, ici mère de l'enfant) peut entraîner des conséquences néfastes sur les performances des équipes médicales aussi bien en termes de diagnostic, d'intervention que de partage d'informations et de charge de travail, d'aide et de communication entre professionnels. Une intervention préventive à l'exposition à la grossièreté permettait de réduire ses effets indésirables mais pas une intervention post-exposition (164).

Au contraire, l'exposition à des interactions sociales positives avec le patient, comme l'expression de sa gratitude envers l'équipe soignante, semble améliorer considérablement les performances de celle-ci, en grande partie en raison d'un meilleur partage des informations entre collègues. C'est ce que conclut l'étude israélienne réalisée sur quarante-trois équipes des unités de soins intensifs de néonatalogie du même hôpital que l'étude précédente durant une formation de simulation aux soins actifs où les participants étaient exposés au hasard à l'une des quatre situations suivantes : gratitude de la mère, gratitude d'un expert, gratitude des deux (mère + expert), déclarations neutres (165).

Même si ces deux études ont été réalisées dans des équipes hospitalières, elles semblent conforter les perceptions des internes de notre étude et les retours fait par les médecins libéraux dans l'étude publiée par la DRESS en 2010. En effet, la médecine générale est une discipline de premier recours où la confrontation aux difficultés sociales, à la souffrance d'autrui est fréquente et où la charge émotionnelle peut être forte. Nous pouvons supposer que les comportements négatifs ou positifs des patients envers leur médecin pourraient avoir un impact direct sur ses performances, son psychisme et la perception, positive ou non, de sa qualité de vie au travail.

C'est ce que semble également suggérer un article de 2009 publié dans la revue *Annales Médico-Psychologiques*.

L'auteur évoque dans cet article un lien direct entre burn-out et sentiment d'iniquité du médecin dans la relation médecin-patient.

Cette étude était une étude transversale réalisée par questionnaire auto-administrés à 259 médecins généralistes français. Parmi les médecins participant à cette étude seuls 27,4 % percevaient leurs relations avec leurs patients comme équilibrées au point de vue des coûts et de l'investissement qu'ils y accordaient, 52,4% déclaraient être « sous bénéficiaires » c'est-à-dire que le coût de leurs échanges avec leurs patients était bien moindre que le bénéfice qu'ils en tiraient. Ces médecins « sous bénéficiaires » présentaient un score d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation (deux dimensions du burn-out) significativement supérieurs à leurs collègues percevant leurs relations comme équilibrées ou se considérant comme « sur-bénéficiaires », ces résultats bien que soumis à plusieurs biais (sélection, interprétation, désirabilité sociale...) semble aller dans le sens d'autres études sur le burn-out des médecins et la théorie de l'équité (166).

Comportement du patient, performances et perception de la qualité de vie professionnelle du médecin semblent être intimement liés.

Depuis 2012, le nombre d'agressions déclarées par les médecins au CNOM a augmenté (sauf en 2019 où l'on peut constater une légère baisse) passant de 798 en 2012 à 1084 déclarations en 2019 (1126 en 2018). En 2019, les médecins généralistes étaient les plus touchés représentant 70% des médecins déclarants, le patient ou la personne accompagnant le patient représentaient la majorité des agresseurs, dans 98% des cas il n'y avait pas d'utilisation d'armes, 66% des agressions étaient des agressions verbales et/ou des menaces (8% d'agressions physiques), près de 71% d'entre-elles se déroulaient en milieu urbain (57% en centre-ville, 17% en banlieue), dans 7% des cas l'agression avait nécessité une interruption de travail. Toutefois, 59 % des médecins déclarants n'avaient ni déposé de main courante, ni porté plainte (167).

Il semble que le ressenti des internes quant à une augmentation des incivilités des patients se constate. Elle pourrait également être le fait d'une augmentation de déclaration de ces comportements de la part des médecins et peut-être d'une prise de conscience quant à l'importance de faire connaître ces abus aux instances supérieures et à la population générale (168).

Ces agressions, probablement sous déclarées, peuvent paraître anecdotiques dans l'activité médicale de l'ensemble des médecins sur une année (1084 déclarations de violences pour 229 400 médecins inscrits au tableau de l'ordre et en activité en 2019) (169).

Cependant d'après une enquête allemande publiée en 2015 et portant sur l'analyse de questionnaires interrogeant 831 médecins de soins primaires sur les violences subies dans l'exercice de leur profession, 91% des médecins déclaraient avoir déjà été victimes d'un comportement agressif au moins une fois au cours de leur carrière dont 73% dans l'année ayant précédé, 23% d'une agression violente au moins une fois au cours de leur carrière, 11% dans les douze derniers mois. Une grande majorité se sentaient en sécurité dans leur cabinet ce qui n'était pas le cas des visites à domicile non programmées pour 66% des femmes et 34% hommes. De plus, 73% des médecins disaient avoir déjà subi des injures durant leur carrière, la moitié dans l'année ayant précédé, 54% avaient connus des actes criminels, dommages et vols, 34% dans les douze derniers mois. La diffamation dans le voisinage et la calomnie sur Internet concernaient un médecin sur deux, le harcèlement sexuel 25% des femmes médecins et 15% des hommes médecins. Lors de situations d'agression dont ils avaient été victimes, 5% des médecins déclaraient l'usage d'armes (170).

Cette violence est réelle et peut, comme nous l'avons vu, avoir des conséquences importantes en termes de performance, d'appréciation de qualité de vie professionnelle et sur la santé mentale du médecin, ce qui peut expliquer qu'elle soit si largement discutée par nos participants et sources d'inquiétudes pour leur pratique future.

Il est intéressant de constater que malgré ces incivilités apparentes envers les médecins généralistes (et les autres médecins), la perception des Français vis-à-vis de leur médecin généraliste est bonne.

En effet le « *Sondage OpinionWay pour l'Académie nationale de médecine* », réalisé entre le 15 et le 22 octobre 2019 auprès de 1530 personnes représentatives de la population générale française des 18 ans et plus, rapportait 92% de personnes ayant une bonne image du médecin généraliste. Nombre d'entre eux étaient satisfaits quant à la facilité de compréhension des termes utilisés par le médecin (91%) son contact humain (89%) l'attention portée à leurs demandes (88%), l'efficacité des soins (88%), la pertinence des diagnostics (88%), la facilité d'obtenir un rendez-vous (82%), le temps d'attente en salle d'attente (70%) ...

Les médecins étaient considérés comme suffisamment reconnus par la société (contrairement au personnel soignant : aides-soignants, infirmiers...). Cela suggère que la population générale, bien que consciente des difficultés que peut vivre le personnel soignant, manque peut-être de clairvoyance (par défaut d'information ? ...) concernant les contraintes professionnelles, sociétales et psychologiques vécues par certains médecins et est peut-être victime de certains préjugés sociétaux courants comme celui du médecin notable respecté de tous et aux revenus confortables ou de la vocation médicale qui se doit d'être désintéressée (171).

D. Les difficultés du monde médical et leurs conséquences

Les internes des différents groupes de discussion ont été très loquaces quant aux difficultés du monde médical dont ils ont été témoins durant leurs études.

La charge émotionnelle perceptible durant ces discussions était intense mêlant critiques d'un modèle sanitaire qu'ils accusent ne pas prendre correctement en charge leurs aînés les plus fragiles (mais aussi les populations vulnérables dans leur ensemble) et résignation face à des problématiques inextricables, qu'ils subissent et sur lesquelles ils ne pensent pas avoir prise.

De vives critiques qu'il faut replacer dans un contexte de mouvements de contestations majeurs survenant depuis plusieurs années parmi les soignants (et la population générale notamment les

mouvements de grève des gilets jaunes) et dont la crise sanitaire du coronavirus ne semble avoir qu'amplifié les préoccupations (172).

En effet, depuis 2017 les mouvements de grève parmi les soignants se multiplient. Initiés par les soignants en EHPAD qui dénonçaient leurs conditions de travail difficiles et les conséquences délétères sur les soins apportés aux personnes âgées (173), ils ont été suivi entre 2019 et 2020 par les grèves de soignants paramédicaux hospitaliers, les grèves des urgences puis celles des internes parisiens et des internes de toute la France ainsi que des médecins hospitaliers séniors et des médecins généralistes, aboutissant le 28 janvier 2020 à la démission de 27 chefs de services de leurs fonctions administratives (174–179).

Bien que freinés par la crise sanitaire du coronavirus, de nouveaux mouvements de grèves ont été engagés entre 2020 et 2021 notamment parmi les praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs, urgentistes, infirmiers anesthésistes... suite aux décisions prises durant le Ségur de la santé qui ne semblent pas avoir apporté satisfaction à de nombreux soignants hospitaliers. Une manifestation rassemblant plus de soixante collectifs, associations et syndicats de dix pays différents s'est déroulée le 29 mai 2021. Politiques d'austérité budgétaire responsables d'une dégradation de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions de travail difficiles avec une perte de sens des métiers en sont les principales critiques. Une insatisfaction également exprimée dans le secteur des soins ambulatoires faisant l'objet de négociations à part du Ségur de la santé (180–185).

Cette préoccupation quant à la situation actuelle et future du système de santé est également présente parmi la population générale.

Parmi les 63 574 idées exprimées dans les contributions libres du Grand débat national publiées en juin 2019, 20% estimaient que l'amélioration du système de santé était la principale préoccupation (186). Dans les contributions au Grand débat auxquels ont répondu 335 535 répondants uniques sur les questions de « *L'ORGANISATION DE L'ETAT ET DES SERVICES PUBLICS* », 30,4% des répondants estimaient qu'il fallait renforcer l'accès aux soins de santé, que le domaine de la santé

(0,5%) et le secteur hospitalier (1,3%) avaient évolué négativement ces dernières années et qu'il était nécessaire de donner plus de moyens pour la santé (3%) et l'hôpital (1,4%). Ainsi le service public devant le plus évoluer pour 15,4% des répondants était le secteur de la santé.

Il est intéressant de noter que, parmi les services publics manquants aux répondants sur leur territoire, figurait pour 1,4% d'entre eux les services pour personnes âgées, l'aide aux personnes âgées et la dépendance comptant parmi les services publics à améliorer pour 1,4% des participants (187).

Le sondage réalisé à la demande de l'Académie de médecine française présenté en février 2020 mettait également en évidence les inquiétudes des Français interrogés face à une dégradation constatée du système de soins. 81% des participants étaient en accord avec l'idée que le système de soins français était l'un des meilleurs au monde mais 61% estimaient qu'il était moins performant que par le passé, seul 41% d'entre eux pensaient que l'accès aux soins était facile, 42% que l'égalité d'accès aux soins s'était dégradée tout comme l'accès à certains professionnels de santé ou structures de soins (principalement dentiste, psychiatre, gynécologue, ophtalmologue, maternité, hôpital, service des urgences). Nombre d'entre eux exprimaient des craintes face aux défis que devrait relever la médecine de demain notamment concernant les déserts médicaux, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, le développement de nouveaux agents infectieux résistants aux traitements. Ils exprimaient également des inquiétudes face au manque de médecins, à l'augmentation des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, au coût des soins de santé dans l'avenir. Ils restaient cependant optimistes quant à l'attention et au temps que leur accorderait leur médecin (171).

E. La crise sanitaire du COVID-19, un futur incertain et riche en défis

→ Les soignants et l'investissement dans le secteur de la santé en France

La crise sanitaire du coronavirus a d'une façon ou d'une autre bouleversée la vie de chacun d'entre nous, nos participants tout autant que les autres. Les détresses psychologiques évoquées par certains ne sont pas isolées et ont été constatées chez bien d'autres soignants.

L'InterSyndicale Nationale des Internes a publié en mai 2020 les premiers résultats d'une étude s'intéressant au vécu psychologique des internes durant la crise sanitaire de l'épidémie de COVID-19. Les scores de dépressions, d'anxiété et de stress post traumatique représentaient respectivement 22,2%, 51,3% et 35,9% des internes de médecine générale. Une comparaison à une précédente enquête sur le vécu psychologique des internes en 2017 a permis de mettre en évidence une augmentation de l'anxiété (score échelle HAD A supérieure à 8 passant de 62,2% à 76,5% des internes) et de la dépression (HAD D > 8 passant de 23,8% à 41,5%) déjà élevées chez les internes de médecine générale lors de la première étude (188). Ces symptômes d'anxiété, de dépression, de syndrome post traumatique ont également été retrouvés chez d'autres soignants durant l'épidémie de COVID-19 (189–191).

Une étude canadienne réalisée à la suite de l'épidémie de SRAS de 2003 s'est intéressée aux conséquences à moyen termes de cette épidémie sur le personnel soignant des hôpitaux de Toronto (le plus touché par l'épidémie) et d'Hamilton. Il s'est avéré que 13 à 25 mois après l'éclosion de SRAS, les soignants de l'hôpital de Toronto présentaient des niveaux d'épuisements professionnels, de détresse psychologique et de stress post-traumatiques plus élevés que les soignants de l'hôpital de Hamilton. Ces soignants étaient plus susceptibles de diminuer leurs temps de contact avec les patients et leurs heures de travail (absentéisme, arrêt maladie...) d'augmenter leur consommation d'alcool et de drogues, d'avoir des comportements nuisibles au travail. La formation, l'accès à des équipements

de protection, le soutien adéquats et l'expérience des soins avaient un effet protecteur face à ces complications (192).

Cette étude montre que des effets indésirables majeurs peuvent persister chez les soignants plus d'un an après la survenue d'une épidémie. Nous pouvons supposer qu'il en sera de même pour les soignants confrontés à l'épidémie de COVID-19. Un soutien psychologique au long cours semble nécessaire, la formation et la préparation des soignants à une nouvelle épidémie indispensable (193).

En effet, peu de mesures de prévention ont été mises en place en France à l'issue de l'épidémie de grippe H1N1 et celles ayant été adoptées ont même parfois été supprimées, la pénurie de masques en est un exemple frappant (194).

Quant aux multiples dispositifs d'écoute mis en place en France depuis le début de l'épidémie de coronavirus et aux recommandations émises par l'HAS, il est difficile à l'heure actuelle d'en mesurer l'efficacité (195,196).

Une crise dont les conséquences sur le travail des soignants seront majeurs mais qui ne semble pas avoir effacé leurs craintes quant aux politiques de restrictions budgétaires et suppressions de lits prévues dans différents hôpitaux.

En effet, malgré l'engagement pris par le président de la République d'un plan massif d'investissement et de revalorisation pour l'hôpital et l'appel du ministre de la Santé « *à sortir du dogme de la réduction des lits* », des plans de restructuration de plusieurs hôpitaux prévoyant une diminution du nombre de leurs lits sont toujours en cours. Une logique comptable qu'une crise sanitaire, pour laquelle chaque lit d'hospitalisation compte, ne semble pas ébranler (185,197,198).

En ce qui concerne la médecine ambulatoire, les négociations conventionnelles ont été suspendues en décembre 2019 faute d'accords entre les syndicats de médecins libéraux et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, ceux-ci ayant évoqué le « *manque de respect* » du Gouvernement envers la médecine de ville (182,199), elles ont été récemment reprises (200).

Une réticence pour l'investissement dans la médecine de ville qui peut paraître irrationnelle.

En effet, le Gouvernement avait annoncé en 2014 son désir d'un virage ambulatoire des soins de santé (201). La Cour des Comptes avait constaté en 2018 des efforts insuffisants dans la mise en place de soins ambulatoires en médecine, l'accent ayant été mis sur la chirurgie. Elle évoquait une tarification floue, l'absence de revalorisations adéquates, un défaut de réorganisation de la médecine hospitalière et de la médecine de ville, un cloisonnement ville-hôpital, des défauts dans la permanence de soins en ville, des retards de développement de l'HAD, des difficultés dans la mise en place du parcours de soins coordonnés, l'échec du dossier médical personnel, la lenteur de développement des structures de soins pluri-professionnels, une pluralité d'outils de coordination mal structurés, un défaut de formation des professionnels de santé à la médecine ambulatoire notamment en premier et second cycle...

Or les dépenses de médecine de ville progressent ces dernières années plus rapidement que les dépenses hospitalières notamment pour les maladies cardio-vasculaires (augmentation de l'espérance de vie et des maladies chroniques) (202), ce qui suggère une augmentation des besoins de la population et laisse présager une dégradation des soins ambulatoires si aucun plan d'investissement n'est réalisé dans les prochaines années.

→ Augmentation de la pauvreté et aggravation des inégalités

Les projections quant à la pauvreté mondiale font état d'une hausse du nombre de personnes pauvres en 2020 compris entre 100 et 500 millions selon les méthodes de calcul (seuil de pauvreté à 1,9 dollars, 3,2 dollars, 5,5 dollars et/ou indice de pauvreté multidimensionnel incluant en plus du seuil et de l'indice de développement humain, l'accès à l'électricité, à l'assainissement, au logement et à l'eau potable). La Banque Mondiale a ainsi revu ses objectifs d'éradication de la pauvreté à la baisse et décalé le seuil de 7% de pauvres dans le monde initialement prévu en 2023 à 2030 soit sept ans de retard pour un an de crise sanitaire. L'indice de développement humain prenant en compte les dimensions de la santé, de l'éducation et du niveau de vie déclinera pour la première fois depuis sa

création en 1990 du fait de la fermeture des écoles, de l'impact sanitaire du coronavirus et de l'augmentation de la pauvreté mondiale (203).

L'impact de la crise sanitaire sur la pauvreté des jeunes sera à priori majeur, ils sont et seront les premiers touchés par les conséquences négatives de la crise sanitaire en matière d'emploi et de revenus dans le monde et en France (204,205).

Le climat âgiste se développant actuellement reflète cette souffrance présente et future, vécue par ces jeunes ou supposée par une élite intellectuelle appartenant à une catégorie sociale non concernée mais diffusant ses idées dans la population générale. Il sera nécessaire par éthique professionnelle et pour le bien de nos futurs patients d'y prendre garde dans les prochaines années.

Partout dans le monde et notamment en France, les confinements successifs ont révélé et amplifié les inégalités sociales parmi les populations les plus précaires : personnes âgées isolées, sans-papiers et demandeurs d'asile, ménages précaires et familles monoparentales, personnes sans-abri... Ces populations dont les aides sociales, les banques alimentaires, les emplois précaires, les cantines scolaires, les centres d'accueil, la mendicité... sont parfois vitales, n'ont pu ou ont dû moins compter sur ceux-ci lors des épisodes de confinement, provoquant dans certains cas leur basculement vers la pauvreté (204). A cela s'ajoute l'inégalité face au logement et l'éducation, les enfants de familles modestes présentant parfois des difficultés à suivre leurs enseignements dans de bonnes conditions.

La crise sanitaire aura également renforcé les inégalités entre femmes et hommes.

Celles-ci sont en effet plus susceptibles de travailler dans les secteurs majoritairement touchés par la crise et sont plus vulnérables aux pertes d'emploi. En France, en octobre 2020 le taux de chômage des femmes (8,5%) était supérieur à celui des 25 ans et plus (7,3%) ainsi qu'à celui des hommes (8,4%). Elles sont aussi plus nombreuses à travailler en première ligne dans le secteur médical, deux professionnels de santé sur trois dans le monde et un médecin sur deux dans les pays de l'OCDE sont des femmes.

Ce sont également les femmes qui assurent une part importante des soins non rémunérés au domicile et elles ont parfois dû vivre sous le même toit que leur agresseur durant les différents confinements (205–207).

Des conséquences qui pourront se faire ressentir sur le long terme en accentuant chez les femmes les risques de précarité, en limitant l'accès aux soins de santé, à la formation, au logement, en diminuant leurs pensions de retraites du fait de périodes de chômage plus importantes...

Une proposition de loi a été voté le 12 mai 2021 par l'Assemblée nationale, celle-ci vise à accélérer l'égalité professionnelle entre femmes et hommes en imposant « *un seuil de 30 % de femmes au sein des instances dirigeantes et des cadres dirigeants aux entreprises employant au moins 1 000 salariés* ».

Une avancée toutefois critiquée par certains du fait des faibles intentions politiques perçues dans le texte et de multiples lacunes repérées dans sa rédaction. En effet, les entreprises de moins de 250 personnes emploient près de la moitié des salariés en France, elles ne seront donc pas concernées par cette loi. De plus, l'index Egapro, outil de mesure de l'égalité de genre s'appuyant sur un système de notation de l'entreprise considéré comme peu adapté à la problématique et peu sanctionnant, ne sera pas prise en compte dans les réformes proposées dans cette future loi (208).

Le soutien des gouvernements aux plus précaires à la suite de cette crise sanitaire sera indispensable et devra passer par l'investissement dans les domaines de la santé, de l'éducation, du logement, de l'emploi...

Bien qu'en France de nombreuses mesures ont été prises afin de préserver les fonctionnaires et les emplois privés des conséquences délétères de la crise sanitaire (80% de la population n'a pas ou peu ressentie de conséquences financières à la suite des deux premiers confinements), peu d'efforts semblent avoir été fait pour venir en aide aux plus démunis (100 euros de hausse de l'allocation de rentrée scolaire, aides ponctuelles versées aux allocataires du RSA...). Un oubli d'autant plus

incompréhensible qu'il a été accordé dix milliards d'euros par an de baisse d'impôts aux entreprises, dont certaines n'auront pas besoin (204).

Cette inégalité de répartition des richesses n'est pas récente mais semble s'accroître ces dernières années. Une étude de l'organisation *Oxfam* publiée le 20 janvier 2020 rapportait que le nombre de milliardaire Français était passé de quatorze en 2000 à quarante et un en 2019. En 2019 sept milliardaires français possédaient plus que 30 % des Français les plus pauvres. De plus, plusieurs rapports parlementaires et études de l'Institut des politiques publiques et de l'INSEE ont montré que les choix sociaux et fiscaux réalisés ces dernières années, loin de réduire les inégalités, les aggravaient. A titre d'exemple, le manque à gagner estimé pour les collectivités des mesures sur l'Impôt Sur la Fortune et la flat tax s'élèverait à environ quatre milliards d'euros par an et cela sans impact visible sur l'investissement, ce qui en était la justification principale lors de leur mise en place. Selon l'Institut des politiques publiques les plus pauvres n'auraient pas vu leur pouvoir d'achat augmenter significativement depuis 2018 alors qu'1% les plus riches ont vu leur pouvoir d'achat augmenter de 4 462 euros par an et 0,1% des plus riches de 23 072 euros par an (206).

L'argument budgétaire, fréquemment mis en avant par les politiciens, est donc un argument fallacieux, la France fait partie des pays les plus riches au monde (7^{ème} puissance économique mondiale en 2019) mais ses richesses sont inéquitablement réparties (209).

L'OCDE est pourtant formelle à ce sujet, afin de sortir de cette crise sanitaire et de la crise économique à venir, la reprise inclusive est indispensable. Une répartition équitable des richesses dans toutes les sociétés et la création d'opportunités pour tous est vitale pour une société durable. Celle-ci repose sur le bien-être de sa population et sa confiance en ses institutions politiques. Or en 2017, le niveau de confiance de la population française envers la démocratie et son gouvernement étaient inférieurs aux moyennes de l'OCDE (210).

L'accroissement de la pauvreté et des inégalités sociales, et cela à tous les âges de la vie, seront des facteurs auxquels nous serons de plus en plus confrontés à l'avenir et que nous devons savoir prendre en charge en tant que médecin généraliste. Or les internes de notre étude ne semblent pas y être préparés.

→ Bioéthique, initiatives et innovations technologiques

Bien qu'elle ait été propice au développement et à la diffusion d'idées discriminatoires, cette pandémie de COVID-19 a également permis, grâce à l'émulation provoquée dans les communautés scientifiques et sociologiques en réponse ou non aux discours stigmatisants, une réflexion éthique de haut niveau quant aux droits et devoirs de chacun en termes de santé, de la place qu'occupe un individu au sein de sa communauté, de l'autonomie individuelle face au devoir moral de protéger ses proches. Une réflexion dont les bénéfices secondaires pourraient être importants pour l'éthique des soins de santé futurs.

Comme nous l'avons vu plus haut, elle a également mis en lumière la fragilité des populations les plus précaires dans un contexte épidémique majeur, une réalité pouvant permettre à plus ou moins long terme une réflexion éthique quant à l'importance d'intégrer les déterminants sociaux de la santé aux soins du quotidien (211).

Outre les publications scientifiques, ce besoin de réflexion éthique s'est manifesté en France par la création de cellules d'appui éthique Covid-19 venant en aide aux personnels soignants, médecins généralistes... dans leurs questionnements face à des situations éthiquement discutables et proche de la réalité quotidienne (212).

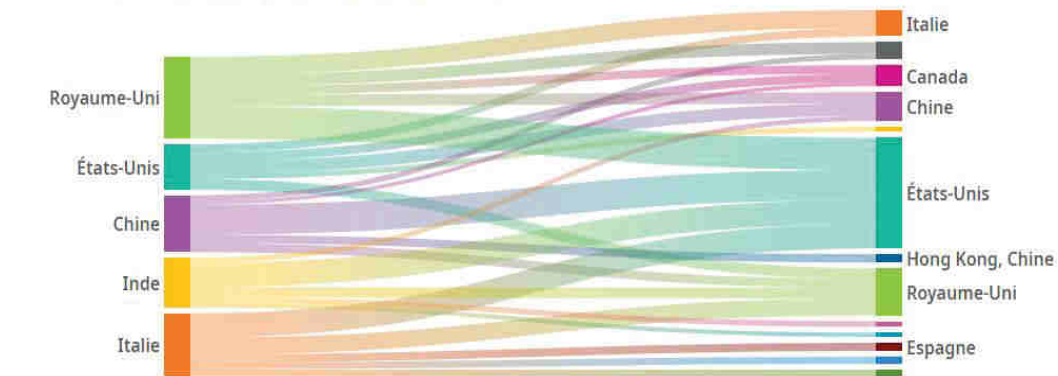
Malgré le fait qu'elles aient révélé les carences de nos gouvernements quant à leur préparation à la gestion de crises mais également dans le domaine de la recherche scientifique et technologique, la mobilisation et l'ingéniosité développées par les médecins, ingénieurs, chercheurs... afin de pallier aux manques de moyens médicaux sont prodigieuses (213).

L'exemple du masque de plongée adapté à l'usage médical en service de réanimation en Italie puis en France et au Canada est frappant et démontre l'existence de capacités exceptionnelles de coopération et d'innovation de la part de professionnels de tout horizon lors de situation de crise mondiale (214–217). Partage de plans gratuitement, dons de matériel, collaboration internationale en vue de la mise au point de vaccins contre la COVID-19, libre accès des études médicales en rapport avec la recherche sur la COVID-19... sont autant de preuves des capacités humaines de partage de compétences personnelles et professionnelles au service du bien commun, en dehors de toute ambition personnelle (213,215,217).

Figure 10 :

Collaboration scientifique internationale et recherche sur le COVID-19

Flux de collaboration en matière de recherche



À gauche : Les 5 pays qui ont publié le plus de travaux de recherche sur le COVID-19. À droite : Les 5 pays et économies avec lesquels chacun a le plus collaboré. Explorez les flux pour voir quel pays a le plus collaboré et avec qui. Périmètre : du 1er janvier au 30 novembre 2020, 74 115 documents. • Source : OCDE (2021), Science, technologie et innovation : Perspectives de l'OCDE 2021.

Une émulation dans la recherche et l'innovation qui, grâce au soutien des pouvoirs publics (rééquilibrage de leur arsenal de mesures, réforme de la formation doctorale et postdoctorale, soutien de l'innovation responsable...) et des organismes de financement, pourrait donner l'élan nécessaire aux organismes de recherche pour le développement de travaux scientifiques et technologiques internationaux innovants, indispensables à la transition vers des sociétés plus durables, équitables et résilientes (213).

F. Que penser de tout cela ?

Vieillir, que cela signifie-t-il ?

Certains scientifiques transhumanistes travaillent actuellement à la création ou l'adaptation d'un système de codage intégrant le vieillissement comme une maladie, ils estiment que la reconnaissance du vieillissement en tant que maladie est indispensable au développement de la recherche dans ce domaine et son absence un frein (218).

Outre la complexité de la tâche, le questionnement éthique est majeur. Accepter la catégorisation du vieillissement comme maladie impliquerait de considérer chaque personne âgée comme malade de principe, pouvant entraîner sa stigmatisation et son rejet de la société. Nous pourrions pousser la réflexion et prendre en compte le fait que chaque être humain sur Terre vieillit à partir du jour même de sa naissance, la vie deviendrait elle donc une maladie ? L'OMS a refusé d'inclure le vieillissement comme maladie dans sa nouvelle Classification internationale des maladie CIM-11 dont l'application est prévue pour janvier 2022 mais a créé le code d'extension XT9T « liés au vieillissement » (219,220).

Ces travaux de recherche, bien que menés par une minorité de scientifiques, nous questionnent quant aux limites que peut ou non franchir l'être humain dans sa lutte contre le vieillissement, la mort... La science justifie-t-elle le sacrifice de certaines de nos valeurs éthiques ?

Une question me taraude : est-ce vraiment l'image que nous souhaitons laisser à ceux qui nous succéderont ? Une société excluant une partie des siens ? Une société malade de vivre ?

Je ne le pense pas.

Nos résultats sont clairs, les internes que nous avons interrogés sont fortement influencés par les préjugés de la société dans laquelle ils évoluent. Cependant nous avons été étonnamment surpris par leurs capacités à remettre en question leurs croyances, ainsi que par leur clairvoyance quant au monde qui les entoure. Leurs représentations de la personne âgée bien que fortement ancrées dans leur personnalité ne sont pas inscrites dans le marbre. Un désir de changement existe, porté par une volonté

de bien faire et cette crise sanitaire est l'occasion d'engager les changements, de faire évoluer les pensées, de redéfinir les objectifs à atteindre aussi bien chez les internes de médecine générale de Strasbourg que dans notre société.

Le vieillissement de la population française n'est pas une fatalité mais elle est inéluctable.

Dans la région Grand Est, l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus en 2030 est de 44% dans le Bas Rhin et de 42% dans le Haut Rhin par rapport à 2013. La croissance du taux de prévalence de la perte d'autonomie estimée entre 2015 et 2050 est de 1,5% pour le Bas Rhin et 1,1% pour le Haut Rhin (221–223). Ce vieillissement s'accompagnera indubitablement d'une augmentation des maladies chroniques liées au vieillissement.

L'ignorer c'est s'exposer à une dégradation inévitable de la qualité des soins prodigués à nos aînés, une situation indigne pour le pays des Droits de l'Homme.

Les soins et l'accompagnement des aînés sont un droit inscrit au Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* » (224) et non une grâce accordée par la bonne volonté d'un Etat.

L'anticipation n'est pas seulement nécessaire, elle est indispensable.

En tant que médecin, nous avons un rôle à jouer. Nos paroles, nos actions, aussi humbles soient-elles, comptent. Elles influencent notre entourage particulièrement les jeunes médecins qui nous entourent, mais également la société. Maître de stage, enseignants, confrères, nous avons un devoir de compagnonnage, de transmission de notre savoir et bien que l'enseignement de la gériatrie se soit nettement amélioré ces dernières années en France (225), notre étude montre que nos internes de médecine général ne sont pas encore prêts à faire face aux défis qui les attendent. Nous espérons que notre modeste contribution apporte quelques pistes de réflexion à l'amélioration continue de la

formation en gériatrie des internes de médecine générale de Strasbourg dont les besoins et suggestions sont développés ci-dessous.

II. Besoins et suggestions des internes en vue de l'amélioration de leur formation et de la prise en charge de la personne âgée

A. Les besoins en formation

Les participants à cette étude ont exprimé de nombreux besoins en termes de formation quant à la prise en charge du patient âgé en médecine ambulatoire. Nous avons choisi de développer certaines thématiques qui nous sont apparues pertinentes au vu des enjeux actuels de prévention et de prise en charge de la santé de la population générale dont les personnes âgées. Il ne s'agit en rien de lister ce qui doit être étudié ou non dans une formation, ceci nécessitant des capacités pédagogiques que nous ne possédons pas, mais de mettre en lumière certains aspects de la prise en charge des personnes âgées évoqués par les internes, pouvant soulever des difficultés ou qui nécessiteraient d'être développés au regard de ce qu'en dit la littérature et les sociétés savantes.

→ La douleur

La prise en charge de la douleur n'a été que peu évoquée dans les différents groupes malgré l'importance qu'elle revêt en médecine gériatrique, et lorsqu'elle l'a été, de grandes difficultés ont été mises en avant par les internes.

Dans un communiqué de presse du 19 novembre 2020, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et douze organisations appelaient les pouvoirs publics à une amélioration de la prise en charge de la douleur en France. En effet, seuls 30% des patients douloureux (qui concernerait 12 million de Français) recevraient un traitement antalgique adapté et moins de 3%

d'entre eux seraient pris en charge dans des centres spécialisés. De plus, un tiers de ces centres pourraient disparaître prochainement (226).

D'après une enquête multicentrique réalisée par la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie et la SFETD auprès de patients âgés traités par antalgiques entre juillet et septembre 2018 dans différentes structures gériatriques hospitalières françaises, les prescriptions de paracétamol seraient largement représentées contrairement aux prescriptions de paliers 2 et traitements non médicamenteux, cela suggérerait que l'ensemble de l'arsenal thérapeutique mis à la disposition des médecins ne serait pas utilisé de façon optimale. De plus, 59% des patients avaient bénéficié d'une évaluation de leur douleur par une échelle d'auto-évaluation, 11% n'avaient bénéficié d'aucune évaluation qu'elle soit auto ou hétéro-évaluée. Le fait qu'une majorité des douleurs soient mesurées uniquement de manière subjective par auto-évaluation ou non mesurées pourrait suggérer une sous-évaluation de la douleur chez ces patients (227).

Plusieurs études montrent une prévalence élevée de la douleur chez les patients âgés, la douleur chronique représenterait 50% des patients âgés vivant à domicile. Elle ne serait donc probablement pas suffisamment diagnostiquée et traitée dans notre société. Ainsi, le fait que la prise en charge de la douleur du patient âgé n'ait été que peu évoquée par les internes ne serait que le reflet d'un manque de considération plus globale vis-à-vis de la douleur dans le monde de la santé et par les politiques de santé actuelles, le dernier Plan Douleur remontant à 2012 (226,228).

Or l'Article R.4127-37 du Code de Santé Publique dit « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.* » (229).

Il est à noter que de nombreux efforts ont été réalisés ces dernières années afin d'améliorer l'enseignement de la prise en charge de la douleur des étudiants en médecine (création d'un module 6 Douleur puis de l'UE 5.1 à l'ECN, création d'un DESC puis d'une FST Douleur, DU, DIU et Capacités consacrés à la discipline, enseignement obligatoire pour l'ensemble des DES depuis 2017).

Toutefois, le remplacement du DESC par une FST Douleur laisse craindre à la SFETD une limitation du nombre d'internes en médecine générale motivés à se former à la prise en charge des douleurs chroniques, entraînant un défaut de prise en charge des patients et de renouvellement des médecins de la douleur (228).

Une formation optionnelle FO 3 Anthropologie de la douleur a été créée par le DMG de Strasbourg, toutefois elle n'est plus enseignée actuellement (information recueillie suite à un échange de courriels avec Dre Zumstein C. membre du DMG de Strasbourg) (132).

→ La communication

Des difficultés de communication avec la personne âgée et un manque de formation à cette pratique ont été rapportées à de nombreuses reprises durant les discussions. Nos internes ne sont pas les seuls à présenter ces difficultés. En effet, plusieurs études les évoquent de façon similaire chez les étudiants en médecine et médecins généralistes: interrogatoires difficiles en raison de troubles de la compréhension supposés ou réels, comportements de réticence chez la personne âgée, paternalisme de la part du médecin ou favorisé par le patient, relations difficiles avec les familles de patients... y ont également été évoqués (37,150–153).

Un rapport de 2018 en vue d'*Adapter les formations aux enjeux des systèmes de santé* faisait état de l'absence d'évaluation claire des besoins des patients dans leur prise en charge par les professionnels de santé et de l'absence d'intégration de ces paramètres dans leur formation. Il proposait de « *mieux former les futurs professionnels de santé à la communication, à la relation thérapeutique, aux facteurs humains et aux compétences non techniques au sens large* » notamment par le recours aux patients experts, une idée évoquée par plusieurs participants à notre étude (230).

L'OMS a proposé en 2008 sa « boîte à outils » à destination des soins primaires, fournissant des renseignements sur les processus thérapeutiques, des conseils de base sur l'environnement physique ainsi que des conseils en communication inspirés de recommandations faites par la TSAO foundation

for Successful Ageing (fondation de promotion du vieillissement basée à Singapour). Toutefois celle-ci n'a pas été remise à jour depuis (231).

En 2018, la fondation Patients Canada en collaboration avec le Comité de programme sur les soins aux personnes âgées (SPA) du Collège des médecins de famille du Canada ont réalisé une enquête auprès de plus de 2000 médecins de famille inscrits dans la communauté de pratique en SPA leur demandant d'indiquer les moyens pris pour rendre leurs cliniques et leurs pratiques plus conviviales pour les aînés, ainsi que les idées qu'ils envisageaient pour l'avenir. Il en a résulté une liste de suggestions nombreuses notamment en termes d'amélioration de la communication avec le patient âgé et sa famille, qui n'a cependant été validé par aucune autorité sanitaire (232).

→ L'aidant

La nécessité d'un soutien adapté à l'aidant principal d'un patient âgé n'est plus à démontrer et fait aujourd'hui parti des principaux objectifs à atteindre dans de nombreuses recommandations publiées par les autorités politiques et sanitaires (100,102–104,233,234). Plusieurs actions menées ces dernières années en termes d'évolution des droits aux aidants vont dans ce sens : droit au répit, congé de trois mois pour l'aidant principal, mise en place de numéro vert pendant la crise sanitaire (235–237)... Il semble donc naturel que nos participants soient sensibles à cette question.

Toutefois la prise en charge de l'aidant principal semble encore aujourd'hui sous optimale.

Les résultats de l'enquête « *CARE Ménages* » réalisée entre 2015 et 2016 auprès des aidants des seniors montraient que près d'un aidant sur deux (47%) déclaraient au moins une conséquence négative sur sa santé en lien avec son rôle d'aidant, des effets négatifs d'autant plus importants que l'aidant était proche de la personne aidée (plus présent chez les conjoints aidants que les enfants ou autres), que la personne aidée souffrait de maladie neurodégénérative, que le nombre d'aides apportées était important. Ces conséquences négatives étaient également associées à un effet de genre, plus de

femmes que d'hommes déclaraient des conséquences négatives sur leur santé. L'enquête rapporte également les conséquences sur la vie professionnelle et personnelle de l'aidant (chômage, célibat...) (238).

Un sondage réalisé en 2015 à la demande de l'Espace Ethique Région Ile de France auprès de 509 aidants âgés de 40 à 75 ans a révélé que près de 85% d'entre eux avaient déjà ressenti des phases de découragement caractérisées par l'apparition de fatigue physique ou morale (stress, sentiment de solitude, dépression), seuls 24% d'entre eux en avaient parlé à un professionnel de santé (55% à un proche) et 26% n'en avaient parlé à personne. De plus, bien qu'ils pensaient en majorité que leur activité soit bénéfique à la personne aidée et à la société ; respectivement 87% et 62% ; nombre d'entre-eux jugeaient que leur rôle n'était pas assez valorisé par la société (85%) mais que leur expérience de proche aidant leur avait permis d'acquérir des compétences qu'ils étaient prêts à partager avec des professionnels de santé en formation (32%) (239), une idée également évoquée dans un rapport publié en septembre 2020 par plusieurs associations et syndicats d'internes voulant apporter leur contribution aux défis soulevés par le Grand âge et la perte d'autonomie (240).

Bien que ces résultats soient à analyser avec prudence, ils montrent que de nombreux efforts peuvent encore être faits et que de nombreuses opportunités s'offrent aux soignants en termes de dépistage, suivi des aidants et formation professionnelle.

→ La prise en charge sociale et les échanges interprofessionnels

La prise en charge pluriprofessionnelle de la personne âgée polypathologique est un fait admis des autorités politiques et sanitaires (16,241). L'HAS a émis plusieurs recommandations dans ce sens (241–243). Or comme le montre les résultats de notre travail de thèse, plusieurs thèses et études font retour de difficultés chez les internes de médecine générale et médecins généralistes quant à leur rôle de coordinateur de soins au sein de réseaux pluri-professionnels, leur manque de connaissances vis-à-vis de la fonction qu'occupe chacun, des aides, des structures existantes et filières de soins

ambulatoires... La complexité du réseau ambulatoire, dont le secteur social représente une part importante, semble être un obstacle pour beaucoup (116,123,244,245).

En effet, une étude réalisée par l'ISNAR-IMG en 2013 auprès de 1508 internes de médecine générale rapportait que parmi ceux ayant réalisé une formation théorique à la prise en charge sociale du patient 25,17% se sentaient à l'aise dans ce domaine, ce qui reste assez peu, contre 0,67% des internes n'ayant pas réalisé de formation (246).

Le rapport final publié en 2018 *Adapter les formations aux enjeux des systèmes de santé* quant à lui faisait état de « *méconnaissance de la variété des modes d'exercices, des métiers et des structures réelles du système de santé* » par les étudiants en santé, d'un « *manque d'ouverture vers la réalité d'exercice et les grandes directions du système de santé, d'une vision hospitalo-centrée des étudiants en santé* ». Des difficultés de collaboration interprofessionnelle en lien avec des « *formations en silo et une absence de lien entre les différentes filières* ». Il proposait ainsi de « *renforcer l'interprofessionnalité pour créer une culture commune chez les professionnels de santé* » (230).

Le rapport *Contribution grand âge, perte d'autonomie* de septembre 2020 proposait le développement de stages interprofessionnels en gériatrie en structure hospitalière et en équipes mobiles ambulatoires afin de permettre la sensibilisation des futurs praticiens de santé aux particularités de l'exercice grâce au contact direct avec des personnes en perte d'autonomie (240).

Plusieurs études ont montré une amélioration de la coopération et de la communication chez les étudiants ayant bénéficié d'une formation interprofessionnelle, des changements dans les connaissances et les compétences, dans le comportement, dans l'organisation pratique, certaines ont rapporté des bénéfices pour les patients (247)...

Un travail de thèse composé d'une étude qualitative et quantitative a été réalisé en 2011 à Rouen dans le cadre de la création d'un séminaire interprofessionnel entre internes de médecine générale et étudiants en soins infirmiers autour du maintien à domicile de la personne âgée. Malgré

les conflits qui ont pu émerger durant ce séminaire entre les étudiants des deux disciplines, la collaboration qu'il a exigé semble avoir permis aux internes de médecine générale de gagner en performance (cependant résultat non significatif), de reconnaître leur rôle dans la coordination des soins auprès du patient et de mieux comprendre les compétences des infirmiers. Des résultats similaires étaient observés chez les étudiants infirmiers (245).

Un Réseau européen interprofessionnel de pratique et d'éducation (EIPEN) a été créé en 2005, son but était et est encore aujourd'hui de « *stimuler et de partager une formation interprofessionnelle efficace dans l'enseignement supérieur européen, et d'améliorer les pratiques collaboratives en matière de santé et de soins sociaux en Europe, afin d'aider à optimiser la qualité des soins et la qualité de vie des patients* ». Il compte parmi ses membres plusieurs universités de différents pays européens mais aucune ne sont françaises (248).

L'intégration d'enseignements interprofessionnels pour les étudiants en médecine a été évoqué dans le Rapport Libault de mars 2019 mais le sujet n'a pas été développé (16).

→ Les besoins en formation non exprimés

Les internes ont évoqué de nombreux besoins en termes de formation à la prise en charge ambulatoire de la personne âgée. Toutefois certaines thématiques n'ont pas ou très peu été abordées durant les discussions comme la sexualité, le travail, les activités physiques et de loisirs, le bien-être, les addictions... Or nous pouvons penser qu'ils auraient leur place dans une formation faisant partie intégrante de la vie de ces personnes.

En effet, une étude basée sur les données issues de trois vagues de l'enquête européenne SHARE recueillies entre 2004 et 2012 a mis en évidence une réduction de la probabilité d'être inactif au moment de la retraite surtout dans les pays où le médecin généraliste est le soignant de premier recours, une augmentation de la probabilité d'arrêter de fumer, ainsi qu'une augmentation de la consommation régulière d'alcool en particulier chez les hommes, les célibataires et ceux dont les parents avaient un faible statut socio-économique pendant l'enfance. Les personnes les plus instruites

et celles qui avaient un statut socio-économique parental élevé pendant l'enfance étaient plus susceptibles de changer de comportement en matière de santé à la retraite. Sensibiliser les internes en médecine générale à la promotion d'une vie saine au moment de la retraite semble donc essentiel, la période étant une occasion majeure d'apporter des changements positifs à leur mode de vie (249).

B. Les propositions des internes

a. Les visites à domicile

Les visites à domicile sont une pratique fréquente en médecine générale mais en diminution ces dernières années, suscitant l'inquiétude de nombreux professionnels médicaux, sanitaires et sociaux ainsi que des politiciens et cela en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement attendu des maladies chroniques (250,251).

Celles-ci ont suscité de vives critiques de la part des participants.

Contraignantes en termes de charge de travail, chronophages, inadaptées à la clinique, parfois peu stimulantes intellectuellement (principalement pour les visites considérées comme un soutien social), demandant une adaptation du médecin à des environnements parfois difficiles « en terrain inconnu », complexes intellectuellement et demandant des capacités de gestion allant au-delà de la prise en charge médicale pure, financièrement désavantageuses... sont autant de reproches fait à ce type de pratique et que nous retrouvons dans la littérature (251–253).

Toutefois elles sont également considérées comme indispensables à différents niveaux : soutien social, suivi de maladies chroniques, prise en charge d'événements aigus pouvant compliquer une prise en charge au long cours et prévention avec anticipation des difficultés liées au domicile. Elles ont permis à certains de nos participants d'être témoins d'une médecine autre que la médecine

hospitalière, d'adopter une vision différente de la gériatrie et parfois de réviser leurs préjugés liés à l'âge.

En effet, une étude nord-américaine étudiant l'effet d'un programme de soins des maladies chroniques, intégrant un stage de six semaines en soins primaires dont une demi-journée par semaine de visites à domicile, a permis de mettre en évidence chez les étudiants en médecine participants un changement dans leurs attitudes envers les patients atteints de maladies chroniques, une augmentation de l'empathie et du respect, une augmentation de leur sensibilité à leurs besoins. Cette expérience leur a permis d'être témoins de changement dans la dynamique de pouvoir entre médecin et patient permettant une plus grande responsabilisation du patient et de meilleurs rapports avec le médecin. Des changements positifs ayant encore une influence sur leur pratique jusqu'à deux ans après leur participation (254).

Cette amélioration des attitudes des étudiants en médecine à l'égard des patients âgés présentant des maladies chroniques suite à un programme de visites à domicile suggère que la proposition de Joséphine d'intégrer de manière systématique des visites à domicile au stage praticien de premier niveau pourrait s'avérer positif dans l'apprentissage des internes à la prise en charge des patients âgés à domicile. Une idée sous-entendue dans une autre étude américaine où les étudiants interrogés évoquaient les visites à domicile effectuées durant leur stage d'externat en médecine de famille comme une aide précieuse à la prise en charge de patients âgés complexes (37).

De plus le fait d'être confronté à des patients âgés en médecine ambulatoire, souvent moins lourds que les patients âgés hospitalisés, pourrait permettre une amélioration des attitudes des internes vis-à-vis de ces patients et peut être améliorer leur prise en charge ultérieure. C'est ce que semble suggérer une étude dont l'intervention consistait à exposer des étudiants en médecine à des personnes âgées vivant en communauté, robustes et indépendantes, au travers d'un partage d'activités, de la réalisation de séminaires sur des thèmes choisis par les seniors (comme par exemple la sexualité) ainsi que de consultations pour problèmes médicaux (255). Les auteurs de cette étude insistaient sur

l'importance d'inclure dans la formation des étudiants l'exposition à des personnes vigoureuses ainsi qu'à des personnes fragiles.

Une autre suggestion pouvant être faite et émanant du besoin d'exposition de nos participants à une activité pratique de la gériatrie ambulatoire notamment en visite à domicile peut être suggérée sur la base d'une autre étude.

En effet, l'Uniformed Services University de Bethesda a proposé à dix-sept de ses étudiants en médecine de 3^{ème} année (et seize étudiants en groupe témoin), un nouveau programme de visites gériatriques intégré à leur stage de médecine interne. Il consistait pour les étudiants à identifier un patient en stage à partir de leur expérience clinique, préparer des objectifs de visite à domicile et rédiger la première partie d'un mémoire sur ces objectifs puis de compléter leur travail par des recherches bibliographiques et des modules d'enseignement proposés par leurs enseignants (modules réalisés également par le groupe témoin). Ils devaient ensuite réaliser les visites à domicile et compléter leur mémoire.

Cette expérience n'a pas eu d'effet sur les connaissances en gériatrie des étudiants ayant réalisés ces visites, les connaissances s'étant améliorées de manière similaire dans le groupe témoin mais une amélioration a été constatée dans les connaissances des soins à domicile, dans la gestion du temps et des problèmes de remboursement parmi le groupe intervention (256).

Nous pourrions suggérer une expérience similaire avec des internes de médecine générale dans le cas où celle-ci s'intégrerait aux objectifs pédagogiques de l'internat de médecine générale ce que nous n'aurions pas la prétention d'assurer du fait de notre absence de qualification dans le domaine de l'enseignement universitaire.

Elle exigerait un niveau important d'indépendance des étudiants et nécessiterait donc d'être réalisée préférentiellement lors du SASPAS afin de s'assurer de la motivation des internes et de l'intégration de cette expérience dans un projet professionnel cohérent, l'interne sélectionnerait un patient (âgé mais peut éventuellement se décliner sur d'autres thématiques comme par exemple l'adulte ou l'enfant handicapé) dont la prise en charge lui paraîtrait complexe et définirait ses objectifs

de prise en charge, réaliserait des recherches bibliographiques et de terrain qu'il compléterait d'un enseignement universitaire (éventuellement une formation en gériatrie dont traite le sujet de cette thèse), réaliserait les visites et rédigerait un mémoire pouvant éventuellement s'intégrer dans le portfolio universitaire. Ce travail aurait le bénéfice de nécessiter une faible charge de travail supplémentaire aux enseignants et d'inciter les internes à s'investir dans une prise en charge globale complexe centrée sur le patient car comme le suggérait Roselyne il arrive dans certaines situations que par manque de pédagogie du MSU et /ou de volonté de l'interne, celui-ci ne profite pas pleinement de toutes les opportunités d'apprentissage que lui offre son SASPAS. Nous avons pu constater que plusieurs internes ayant réalisé ce stage n'avaient que très peu de connaissances quant aux différents acteurs intervenant auprès de la personne âgée dans son maintien à domicile, un travail inscrit dans un exercice de terrain et nécessitant la recherche de ces différentes ressources pourrait peut-être aider à pallier à ce déficit de connaissances.

b. L'offre en stage de gériatrie pendant l'internat

La proposition faite par nos participants de rendre le stage de gériatrie obligatoire pour un minimum de trois mois durant l'internat de médecine Générale a déjà été évoquée dans un autre travail réalisé par le CNGE en 2014 par questionnaire auto-administré adressé à tous les internes de médecine générale de France. Au total 3366 des 14483 internes en médecine générale ont répondu au questionnaire, 69,6% d'entre eux pensaient qu'un stage minimum de trois mois en gériatrie était nécessaire durant le DES, un souhait d'autant plus important que l'interne avait un projet d'exercice libéral. De plus, nombre d'entre eux souhaitaient augmenter la formation ambulatoire, ce qui est également un souhait formulé à de multiples reprises par les internes de notre étude (257).

Nous avons listé l'ensemble des stages ambulatoires et hospitaliers à orientation gériatrique proposé aux choix de stage de novembre 2020 et mai 2021 aux internes de médecine générale de Strasbourg et qui est disponible en Annexe 8 (258).

Nous avons pu constater la volonté du DMG d'augmenter le nombre de stages ambulatoires disponibles pour ses internes, toutefois la suppression de postes en gériatrie hospitalière (suite à l'absence de renouvellement d'agrément de stage, qu'elle soit temporaire du fait du semestre d'été ou définitive) ne semble pas avoir été suivie de manière proportionnelle par la création de postes de médecine ambulatoire à orientation gériatrique. En effet, entre novembre 2020 et mai 2021 neuf postes de gériatrie hospitalière ont été supprimés pour un poste d'HAD en stage praticien et un poste en soins palliatifs à la clinique de la Toussaint créés.

Cette suppression de postes hospitaliers en gériatrie sans alternatives ambulatoires, si elle devait se poursuivre, pourrait fortement impacter la formation des internes de médecine générale à la prise en charge du patient âgé et entraîner des répercussions sur leur pratique future de la gériatrie. De plus, les internes de notre étude ont évoqué l'importance de la complémentarité des expériences hospitalières et ambulatoires nécessaire à leur formation, un équilibre entre ces deux types de stage semble souhaité afin de pouvoir continuer à accéder à l'expertise gériatrique et interniste hospitalière.

Nous pouvons noter la création en novembre 2020 d'un poste de stage praticien niveau 1 en cabinet de gériatrie ambulatoire chez Dre Katia Mangeney (une information confirmée par Dre Katia Mangeney et Dre Anabel Sanselme Responsable enseignements au DMG de Strasbourg suite à un échange de courriels) renouvelé au choix de stage de mai 2021 (258). Cette offre de stage peut s'avérer profitable pour les internes mais reste toutefois limitée, en effet seules deux gériatres ambulatoires exercent en Alsace (259).

Une possibilité, évoquée dans le rapport *Contribution grand âge, perte d'autonomie*, serait d'indiquer l'orientation gériatrique de l'exercice des MSU généralistes de la même manière que cela est réalisé pour les MSU à orientation pédiatrique ou gynécologique des stages praticien, stages enfant, stages femme ; selon des modalités qu'il reste à définir (240) ; cela afin que chacun puisse faire le choix d'une orientation gériatrique ou non des stages ambulatoires réalisés et se former selon le projet professionnel qu'il aura défini.

Ce rapport proposait également de favoriser l'ouverture de terrains de stage dans les EHPAD et les Unités de Soins Longue Durée ainsi qu'au sein d'équipes mobiles de gériatrie et cela dans le but de former les étudiants dans un environnement représentatif de la prise en charge des patients âgés dépendants ou non, vivant en EHPAD ou à domicile et proche de leur pratique ambulatoire future (240).

Une idée soutenue dans le Rapport Libault qui indiquait la nécessité d' « *une immersion obligatoire dans les EHPAD pour les étudiants du DES de médecine générale* » (16).

c. Le compagnonnage

Le compagnonnage réalisé par des pairs expérimentés est un modèle d'enseignement extrêmement apprécié de nos participants. Un enthousiasme également présent chez de nombreux étudiants en médecine interrogés dans différentes études réalisées à travers différents pays (37,151,152,260).

L'une des propositions des internes de notre étude en vue de l'amélioration de la prise en charge des patients âgés en médecine de ville était la mise en place d'un compagnonnage de jeunes remplaçants en médecine générale ou installés afin qu'ils puissent profiter du savoir d'un confrère expérimenté (ici au maintien à domicile de la personne âgée) dans un territoire donné.

L'inconfort des internes face à cette médecine de terrain impliquant une prise en charge globale du patient, dont une part importante de coopération interprofessionnelle (difficultés fortement exprimées par nos participants), pourrait résulter d'un manque de formation pratique en autonomie supervisée.

En effet, la réforme récente du 3^{ème} cycle a rendu obligatoire la réalisation d'un SASPAS en plus du stage praticien de niveau 1, ce stage dont l'efficacité a été mis en évidence par différents

travaux pourrait ne pas suffire à lui seul pour répondre aux besoins des internes de médecine générale, les connaissances nécessaires à la pratique de médecine générale étant de plus en plus conséquentes (261–263).

L'ajout très controversé d'une 4^{ème} année « professionnalisante » durant l'internat de médecine générale est actuellement discutée et sa mise en place prévues par le CNGE d'ici un à deux ans (annonce faite avant la crise sanitaire) (136,264–266).

Une 4^{ème} année supplémentaire permettrait à l'interne de bénéficier d'un temps supplémentaire d'exercice en condition réelle sous la supervision d'un MSU expérimenté ce qui pourrait s'apparenter à la forme de compagnonnage que proposent nos participants.

Toutefois, plusieurs syndicats d'internes redoutent une mise en place trop rapide, mal préparée, ne bénéficiant pas d'un encadrement enseignant suffisant, maquillant une forme de remplacement déguisé et aboutissant à termes à un bénéfice moindre voir nul de cette année de professionnalisation (264–266).

En effet, une thèse de médecine soutenu en Aquitaine en 2017 a pu mettre en évidence un lien direct entre l'amélioration des niveaux de compétences autoévalués des internes ayant réalisé un SASPAS et la qualité de la supervision indirecte par le MSU (262).

Or un communiqué du SNEMG du 18 avril 2019 alertait sur la diminution du nombre d'heures allouées à la formation à la maîtrise de stage et l'abandon du thème de la formation à la maîtrise de stage comme orientation prioritaire du DPC (267). Face à une dégradation de la qualité de la formation des MSU, il est à craindre des conséquences directes délétères sur la formation des internes de médecine générale et la mise en place de la 4^{ème} année d'internat dans de bonnes conditions.

Outre l'allongement de la durée de l'internat de médecine générale, la mise en place d'un programme de mentorat serait envisageable.

En 2016, le Collège des médecins de famille du Québec a initié la mise en place d'un programme de mentorat sur douze mois auprès de jeunes médecins de famille récemment installés afin de les aider à faire face aux enjeux et aux défis de l'intégration professionnelle et du perfectionnement personnel et professionnel. Ce programme se composait de trois caractéristiques principales : participation volontaire du mentoré et du mentor avec recherche du mentor initié par le mentoré, soutien du mentor lors d'un webinaire éducatif au début et contacts réguliers coordonnés par le comité du programme de mentorat, méthodes d'encouragement à la participation proposé par le comité. Les mentorés devaient choisir un médecin de famille en fonction de leur environnement professionnel ou non et/ou d'intérêts personnels ou professionnels réciproques, tous deux devaient ensuite fixer les objectifs à atteindre durant la période de mentorat. Les deux premières années de participation à ce programme ont rapporté un taux d'appréciation globale de 83% chez les mentorés et les mentors dont 58% des mentorés et 50% des mentors pensaient avoir atteints l'ensemble des objectifs fixés (260). Suite à ce succès, le programme de mentorat a été poursuivi et est toujours proposé à l'heure actuelle (268).

d. Un nouvel outil informatique et un annuaire

La création d'un outil d'aide à la prise en charge du patient âgé à domicile de type application ou site internet a été proposé par l'ensemble des groupes de discussion.

Plusieurs sont répertoriés sur le site *Kit Médical* mais aucun ne traitent spécifiquement du maintien à domicile des personnes âgées (269).

Un site internet, *DemenceClic*, développé en 2017 à la faculté de médecine de Strasbourg dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale, en coopération avec des gériatres et médecins internistes du CHU de Strasbourg, traite d'informations pouvant être utiles au maintien à domicile des personnes âgées. Toutefois ce site est spécifique à la prise en charge des troubles cognitifs et n'a pas été mis à jour depuis le 29 mars 2018 (270).

Il pourrait être envisagé la mise à jour de cet outil et le développement d'autres thématiques autour du maintien à domicile (fonction des modalités réglementaires entourant les droits de propriété intellectuelle et les droits d'usage sur les informations contenues sur le site) ou la création d'une seconde application par la réalisation d'un second travail de thèse.

Une seconde proposition faite par l'ensemble des participants de nos groupes de discussion est la mise à disposition d'un annuaire des structures d'aide au maintien à domicile des personnes âgées.

Une thèse, présentée en novembre 2019, a permis le développement dans le Puy de Dôme d'un outil d'aide à la prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires.

Ce logiciel permet de proposer au médecin généraliste, sous la forme de liste, les structures pertinentes dans la prise en charge de son patient selon sa situation géographique dans le Puy de Dôme et ses caractéristiques (type de prise en charge, gravité des troubles et autres critères de gravité). Cette application, hébergée sur le site de la société de gérontologie d'Auvergne, n'est disponible que dans le département du Puy de Dôme <http://sgca.fr/pages/index.html>. Une présentation de cette application durant la journée de médecine générale de Clermont Ferrand en vue d'une diffusion régionale, voire plus, était initialement prévue mais a été annulée en raison de la crise sanitaire du coronavirus (informations collectées suite à un échange de courriel avec Dre BDIOUI Amina co-auteure de la thèse) (271).

Dans le cas de retours positifs quant à l'adhérence des médecins généralistes du Puy de Dôme à cet outil et la mise en évidence de bénéfices attestés dans la prise en charge des patients pour lesquels il est utilisé, il pourrait être envisagé de développer une application similaire dans d'autres départements et/ou régions à moyen terme grâce à la réalisation de travaux comparables dans d'autres facultés de médecine de France. Cela permettrait de proposer à chaque médecin généraliste (paramédicaux...) une liste de structures adaptées aux besoins de son patient et ainsi améliorer sa prise en charge en limitant les recherches et/ou orientations inadaptées et chronophages (entraînant retards de diagnostics, retards de prise en charge, coûts supplémentaires...).

e. La création d'une nouvelle consultation de prévention et de dépistage de la fragilité, une sensibilisation du grand public à la perte d'autonomie

Au Danemark, une visite préventive est proposée par la municipalité à tout citoyen à risque entre 65 et 79 ans, puis de manière annuelle à partir de 80 ans. Son but est de retarder la perte d'autonomie par la proposition de soins, rééducation, aide à domicile, adaptation du logement, contacts téléphoniques quotidiens, activités occupationnelles, participation à des groupes de personnes âgées, réalisation de formations... (17).

En France, des examens de prévention en santé (anciens bilans de santé gratuits) proposés par l'assurance maladie existent et sont réservés aux personnes âgées de plus de seize ans éloignées du système de santé et en situation de précarité. Un examen est proposé aux assurés retraités depuis six à douze mois repérés via le fichier national et répondant à des critères économiques et sanitaires précis. Cependant ces examens ne relèvent pas de consultations réalisées de manière systématique à l'ensemble de la population générale à des âges ou périodes de vie particuliers (272).

Il existe également des plans d'aide et de prévention développés par différents organismes de retraites, mutuelles, collectivités territoriales ou réseaux associatifs mais ces initiatives manquent de cohérence d'ensemble et ne se focalisent pas nécessairement sur les personnes âgées qui peuvent parfois se trouver perdues face à la pluralité de l'offre plus ou moins pertinente en fonction des situations, ou au contraire ne pas être du tout sollicitées (16).

Le Rapport Libault proposait la création d' « *un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge* » réalisable pendant une période de 5 ans qui interviendrait à trois âges clés, notamment lors du passage à la retraite. Celui-ci nécessiterait la mobilisation du médecin traitant et permettrait une approche multidimensionnelle de la personne associant volet sanitaire et volet social afin d'inciter à la

modification des comportements en renforçant les facteurs protecteurs et en réduisant les facteurs de risque (16).

Des consultations prévention également évoqués dans le rapport *Contribution grand âge, perte d'autonomie* (240).

Or les récentes proposition de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne semblait pas inclure la création de ce type de consultation malgré les demandes de différents syndicats de médecine ambulatoire (273).

La proposition d'amélioration de la sensibilisation du grand public à la perte d'autonomie par des campagnes gouvernementales a également été évoquée dans le rapport Libault qui proposait la réalisation de campagnes pluriannuelles axées sur les comportements du quotidien et la nécessité d'anticiper l'avancée en âge (16).

Une campagne de communication sur l'anticipation de la perte d'autonomie a récemment été diffusée par le gouvernement au travers de messages télévisés et radiophoniques, d'affiches et dépliants. Toutefois, les cibles de cette campagne se limitaient encore aux personnes âgées fragilisées par la crise sanitaire et à leurs proches (274).

III. Forces et Limites de cette étude

A. Forces de cette étude

a. L'étude qualitative et la technique des focus group

La recherche qualitative permet de traiter de manière scientifique les données subjectives telles que les émotions, les opinions personnelles... ce qui était notre but ici et difficilement réalisable par une étude quantitative.

La technique des focus group et la grande liberté de parole qu'elle accorde aux participants, nous a permis de profiter de l'effervescence d'une discussion de groupe afin de récolter une grande diversité d'opinions, de propositions, certaines totalement inattendues ce qui a participé à la richesse des échanges (139–141).

Le choix de l'étude qualitative par focus group m'a permis en tant que modératrice des groupes et auteure de la thèse de ne pas influencer de manière trop importante par mes *a priori* les résultats de cette étude (je ne suis que peu intervenu et n'ai jamais partagé mon avis personnel au cours des discussions) , tout en orientant en partie les thématiques des discussions par l'utilisation d'un guide d'entretien afin de s'assurer d'une certaine reproductibilité des résultats mais également d'une liberté de parole des participants.

b. Modératrice et interne

Ma position privilégiée d'interne de médecine générale a permis d'instaurer un climat de confiance et une relation d'égal à égal entre moi et les participants des groupes de discussion, le tutoiement y était naturel et l'ambiance détendue. Les participants ne se sentaient pas contraint de prouver leurs capacités et leurs connaissances médicales comme ça peut être parfois le cas face à un interlocuteur placé plus haut qu'eux dans la hiérarchie.

Le fait que toutes les discussions se soient déroulées dans mon salon, accompagnées d'encas, a contribué à instaurer une atmosphère détendue et une fluidité dans l'enchaînement des différentes thématiques abordées.

c. Caractéristiques des participants : l'âge des participants

Les participants avaient entre 24 et 31 ans. L'âge médian de ces internes était de 26 ans. Entre 2010 et 2020, l'âge médian des étudiants en médecine affectés en médecine générale à l'issue de

l'ECN était de 25 ans (275). A ce niveau, ils différaient peu des internes français entreprenant un internat de médecine générale.

B. Limites de l'étude

a. Le recrutement

La représentativité n'est pas nécessaire en étude qualitative mais un large échantillonnage dans la population étudiée permet de multiplier les points de vue et donc d'assurer la richesse des données recueillies.

❖ La méthode de recrutement

Les participants des groupes de discussion étaient pour une majorité en première, dernière année d'internat de médecine générale et post internat. Seuls deux internes étaient en deuxième année dont une était en quatrième semestre suite à un semestre invalidé et donc aurait dû être en cinquième semestre au moment du focus group.

Cette prépondérance des participants en première année peut s'expliquer par notre intervention au Séminaire de rentrée, un contact direct avec nous et une description de ce projet a pu leur en donner une vision beaucoup plus concrète qu'un courriel ou un message sur un réseau social. De plus, mettre un visage à l'auteur de cette thèse a pu pousser certains de ces internes à porter une plus grande attention à sa demande. Cette supposition a été étayée par les dires des participants en première année d'internat qui ont souvent cité le Séminaire de rentrée comme les ayant motivés à participer au groupe de discussion.

En tant que remplaçante de médecine générale, j'ai également eu plus de facilités à diffuser mon message parmi les autres remplaçants non-thésés grâce à l'aide de connaissances remplaçantes, médecins installés et coordonnateurs de Maison de santé pluridisciplinaire. De la même manière, il

m'a été plus simple de diffuser mon message aux internes de dernière année grâce à des connaissances en dernière année d'internat que j'avais pu côtoyer pendant mes stages d'internat. Plusieurs participants en dernière année d'internat ou en post internat ont évoqué le fait qu'eux même étaient engagés dans un travail de thèse ou projetaient de le faire dans un avenir proche ce qui a pu les inciter à s'engager dans une entraide confraternelle.

Je n'avais aucune connaissance parmi les internes en deuxième année d'internat donc plus de difficultés à multiplier les appels à recrutement parmi ces internes. Ceux ayant participé au groupe de discussion ont évoqué le courriel du secrétariat de médecine générale comme les ayant incités à participer à cette étude. De plus la deuxième année d'internat ne comprend pas de stage chez le praticien (ou moins, le stage enfant pouvant se faire en ambulatoire), ils ont donc moins eu accès à l'appel à recrutement que je faisais diffuser par l'intermédiaire de médecins installés MSU.

Le fait d'avoir recruté un des participants parmi mes connaissances a pu influencer la discussion du groupe 3, bien que j'aie essayé d'être la plus neutre possible. Quant à la participante du groupe 4 que je connaissais de vue, je l'avais invité suite au retour d'une coordonnatrice de Maison de santé pluridisciplinaire qui nous avait mis en contact et ne l'ai rencontrée pour la première fois que la veille de la discussion de groupe, je ne la connaissais donc pas et n'avait pas d'affinité particulière avec celle-ci au jour de cette discussion.

❖ Le sexe des participants

Plus de femmes que d'hommes ont participé aux focus group. Bien qu'une féminisation de la profession médicale (dont la médecine générale) soit observée depuis plusieurs années (276) et doit s'accroître dans les prochaines décennies (277), la proportion de femmes dans nos groupes de discussion (86,4% des participants) était bien supérieure à la proportion de femmes ayant fait le choix de la spécialité médecine générale à l'ECN entre 2010 et 2020 (63,1%) (275), mais également supérieure au taux de médecins généralistes de sexe féminin en activité régulière en 2020 (50,4%) (71) et au taux de médecins femmes diplômés en médecine générale de moins de 35 ans en 2020 (7709

femmes pour 4034 hommes soit 66% de femmes médecins généralistes de moins de 35 ans) selon le CNOM (278).

Nous pourrions suggérer que cette différence serait liée à la catégorie de population choisie comme sujet des discussions de ce travail de thèse. En effet, une étude réalisée au Canada a mis en évidence un intérêt plus important pour la gériatrie chez les étudiantes en médecine dans leurs premières années d'études que chez les étudiants. L'effet de genre disparaissait après la réalisation d'un stage en gériatrie (279). Chez nos participants, onze avaient réalisé un stage de gériatrie, toutes étaient des femmes. Bien que la population étudiée dans cette étude ne soient pas superposables à la nôtre, nous pouvons suggérer que la part plus importante de femmes dans notre étude pourrait être liée à un intérêt plus marqué de la part de celles-ci à la gériatrie et aux patients âgés par rapport aux internes masculins. Une supposition que semble appuyer les résultats d'une seconde étude, longitudinale sur des étudiants en médecine de premier cycle (1^{ère} à 4^{ème} année) et qui montre des scores d'attitudes positives envers les personnes âgées plus élevés chez les femmes (280). De plus, nous avons pu constater qu'entre 2017 et 2020, la spécialité Gériatrie a été choisie en majorité par des femmes (69%) (149), une différence plus marquée que dans d'autres DES créés au même moment comme la médecine d'urgence (53.5 % de femmes) (281) ou la médecine vasculaire (53.3 % de femmes) (282), ce qui appui notre propos sur la possibilité d'une sensibilité plus importante des femmes à ce type de médecine, en plus de l'effet de féminisation de la profession médicale . Les femmes pourraient ainsi être plus enclines à participer à une étude abordant le thème de la personne âgée en médecine ambulatoire.

❖ Le lieu de formation durant l'externat

Onze internes parmi les vingt- deux participants avaient réalisé leur externat à la faculté de médecine de Strasbourg. Nous pouvons noter qu'il y'avait autant d'étudiants de la faculté de médecine de Strasbourg que d'autres villes universitaires en France (onze participants). Toutefois les régions du

Nord Est de la France restaient majoritairement représentées dans les différents focus group, dix-neuf des participants y avaient étudié la médecine durant leur second cycle.

❖ Les projets professionnels des participants

Quatorze internes avaient un projet d'installation à plus ou moins long terme (63% des participants). Parmi ces internes quatre ont exprimé le souhait d'exercer en milieu rural/semi-rural (28% des internes ayant un projet d'installation). Trois internes envisageaient un exercice mixte en salariat et en libéral (13%). Quatre internes n'avaient pas de projet d'installation (18%) (deux souhaitaient réaliser du remplacement en médecine générale libérale de manière exclusive, deux internes étaient indécises, une interne a exprimé le désir de faire valoir son droit au remord pour une autre spécialité). Trois internes n'ont pas donné de réponse ou ont donné une réponse en dehors du sujet (13%).

Ces chiffres diffèrent quelque peu de l'enquête réalisée auprès des internes non thésés et TCEM3 par l'ISNAR-IMG publiée en janvier 2020. Dans cette étude, 82% des TCEM3 et 83% des internes non thésés avaient un projet d'installation (respectivement 18% et 17% d'internes n'avaient pas de projets d'installation), parmi eux 34% des TCEM3 et 29% des internes non thésés avaient un projet d'exercice mixte.

Si nous reprenons les réponses données par les internes en TCEM3 et non thésés de nos groupes de discussion 67% des TCEM3 (4 sur 6) et 75% des internes non thésés (3 sur 4) ont un projet d'installation, ce qui se rapproche mais ne correspond toujours pas aux chiffres retrouvés dans l'étude de l'ISNAR-IMG. Parmi eux 17% des TCEM3 (1 sur 6) et 50% des internes non thésés (2 sur 4) ont un projet d'exercice mixte (144).

Une des raisons pouvant expliquer ces différences peut être le fait que nous avons demandé aux internes leurs projets professionnels sans leur faire de propositions de réponses (installation, exercice libéral, mixte ...). La question était libre, ils n'ont donc peut-être pas pensé à donner certaines

précisions ou n'ont peut-être pas compris la question (trois internes n'ont pas répondu ou ont donné une réponse en dehors du sujet). De plus beaucoup d'internes (9 sur 22) étaient en début d'internat, nous pouvons penser que certains d'entre eux n'avait pas encore de projet professionnel bien défini.

❖ Le volontariat

Tous les participants des différents focus group étaient volontaires ce qui suggère qu'ils étaient motivés et présentaient un certain intérêt pour le sujet traité. Ceci a pu induire un biais dans nos résultats. Toutefois nous avons atteint la saturation des données ce qui laisse entendre une certaine reproductibilité des résultats parmi nos participants, suggérant leur possible application (avec une certaine réserve) sur notre population cible, les internes de médecine générale.

b. Technique des focus group

❖ Les participants

La technique des focus group implique certaines limites dans l'interprétation des résultats. En effet, les discussions de groupe peuvent entraîner un risque de consensus parmi les participants en raison d'une tendance naturelle que ceux-ci peuvent avoir à adopter les conventions sociales, à tendre vers une position commune. Elles peuvent favoriser l'apparition de leaders d'opinions, monopolisant le temps de parole et réfrénant celle de certains participants plus timides qui pourraient dissimuler leurs opinions afin de se conformer au groupe. Nous avons pu observer la présence de leaders d'opinion dans les groupes 1 et 3, nous avons essayé de les canaliser en interpellant et en donnant la parole à d'autres participants.

De plus, le fait que plusieurs participants se connaissaient de vue ou intimement dans les différents groupes a pu influencer le déroulement des conversations, en effet une connivence a pu être observée chez certains d'entre eux et entraîner une mise à l'écart des autres participants.

Nous pouvons également nous attendre à ce qu'il y'ait un décalage entre la parole des participants et la réalité de leurs pensées et de leurs actes. Nous pouvons supposer que dans un souci de vouloir me « faire plaisir », certains aient pu aller intentionnellement ou non dans mon sens, principalement en ce qui concernait la nécessité de création d'une formation en gériatrie pour les internes de médecine générale. Cette supposition semble d'autant plus crédible dans les groupes 1 et 2 car ceux-ci pouvaient visualiser la trame d'entretien pendant la discussion et donc en comprendre la finalité.

❖ La modératrice

Mon manque d'expérience en tant que modératrice de groupe a nécessairement influencé les résultats de cette étude.

C'était la première fois que je participais à une étude qualitative et que je jouais le rôle de modératrice. Durant le premier groupe, j'avais donc naturellement tendance à me reporter sur le guide d'entretien et à laisser moins de place à la spontanéité des participants. Ce malaise s'est dissipé au fur et à mesure des discussions, laissant plus de place à l'inattendu.

Le ton neutre qu'il faut adopter durant ces conversations était parfois difficile à maintenir, d'autant plus lorsque les participants m'interpellaient afin de connaître mon avis ou cherchaient mon approbation.

L'absence d'observateur n'a pas permis la réalisation de débriefing post discussion entre modérateur et observateur essentiels à la prise de recul quant au déroulement des discussions et à l'adaptation du comportement du modérateur dans les groupes suivants suite aux différentes difficultés soulevées.

❖ Les conditions de réalisation des focus group

Les conditions dans lesquels se sont déroulées ces groupes d'entretien étaient tout à fait particulières (excepté pour le groupe 1 qui s'est déroulé en décembre 2019).

En effet, la crise sanitaire a entraîné de nombreuses difficultés de tous types ayant pu influencer sur la qualité de ce travail. Tout d'abord en termes d'organisation des rencontres, celles-ci ont dû se dérouler entre les multiples confinements (et vacances) réduisant le nombre de dates disponibles et parfois le nombre de participants. En termes d'organisation du lieu de rencontre, il a fallu proposer des masques, du gel hydroalcoolique, agencer la pièce de façon à assurer un mètre de distance entre chaque participant. Les masques ont pu empêcher les internes de se comprendre entre eux et donc perturber la discussion, ils ont également perturbé la retranscription des groupes de discussion entraînant la perte d'informations potentiellement importantes.

La crise sanitaire a nécessairement influé sur les discussions dans le sens où elle a systématiquement été évoquée dans les groupes 2, 3 et 4.

L'absence d'observateur a nécessité l'utilisation d'un enregistrement vidéogramme afin de pouvoir recueillir à posteriori les informations verbales non perçues par la modératrice au moment des focus group. L'utilisation d'une caméra a probablement entraîné une gêne chez ces internes qui ont pu modérer ou modifier leurs propos pour les rendre socialement plus acceptables. Les participants savaient que mon directeur de thèse était membre du DMG, qu'il visualiserait ces vidéos, ils ont donc pu ne pas exprimer le fond de leur pensée du fait qu'elle serait entendue et vue d'un de leurs enseignants.

La présence d'un proche durant les discussions des groupes 2, 3 et 4, m'aidant à l'organisation de la rencontre mais ne jouant pas le rôle d'observateur, a également pu perturber les participants et influencer leur discours.

❖ Le Guide d'entretien

L'utilisation d'une trame d'entretien a de principe influencé les discussions. La solution à ce problème aurait été de réaliser des entretiens libres. Cependant, cette technique demande une grande expérience en tant que modérateur de focus group ce qui n'était pas mon cas.

Concernant les questions et relances de ce guide, elles ont été conçues de sorte à ce qu'elles soient les plus neutres possible afin de ne pas y laisser transparaître l'avis de l'auteure.

❖ L'analyse

En tant qu'auteure de cette thèse, j'ai intentionnellement abordé la thématique du vieillissement de manière à en apporter une vision optimiste, réfutant l'idée d'une personne âgée nécessairement dépendante et adoptant le concept d'intégration sociétale de nos aînés.

Toutefois afin de m'assurer que mes convictions profondes n'altèrent pas l'objectivité de l'analyse des résultats, nous avons demandé à deux intervenants extérieurs de reprendre les analyses des groupes 2, 3 et 4. De plus, une triangulation des données a été réalisée par revue de la littérature et retours par courriel de l'avis des participants quant à l'analyse de leurs groupes respectifs dans le but de limiter les biais d'interprétation.

c. Les limites liées au choix de la méthode de recherche

Cette étude aurait pu être complétée par d'autres méthodes de recherche comme la réalisation d'entretiens individuels, questionnaires... afin d'aborder différemment les représentations des internes vis-à-vis de la personne âgée en médecine de ville et leurs besoins en formation.

De plus il aurait également été intéressant d'interroger des personnes âgées rencontrées en médecine de ville sur la relation qu'elles entretiennent avec les jeunes médecins, leur opinion quant au regard qu'ils peuvent leur porter et les éventuelles améliorations à apporter.

L'avis des enseignants médecins généralistes et gériatres quant à la formation dispensée en gériatrie et les éventuelles adaptations à apporter aurait pu également profiter à ce travail et pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire.

Conclusion

Notre société ne valorise pas ses aînés. L'âgisme s'y est insinué et y est profondément enraciné.

Les médecins généralistes, membres actifs de cette société ne sont pas exempts d'*a priori*, qu'ils partagent avec la population générale. Cependant, outre ces préjugés sociétaux, le manque de formation de ces médecins n'est pas étranger à leur méconnaissance des âges avancés de la vie, dont les conséquences peuvent parfois s'avérer délétères pour ces populations.

A travers notre travail, nous nous sommes intéressés aux représentations des internes de médecine générale de Strasbourg vis-à-vis de la personne âgée prise en charge en médecine ambulatoire, l'influence de ces représentations sur leurs pratiques, les besoins exprimés par ceux-ci en termes de formation complémentaire et leurs propositions afin d'adapter celle-ci à leurs besoins.

Pour ce faire, nous avons choisi l'étude qualitative et la méthode des focus group dans le but d'explorer au mieux, grâce à l'interactivité et l'émulation de groupe, les représentations, les expériences personnelles, les émotions de ces internes face à la personne âgée mais également leurs besoins et leurs propositions afin qu'ils puissent apporter leur contribution à l'amélioration continue de leur formation.

Les résultats de cette étude mettent en avant une certaine ambivalence dans les représentations des internes vis-à-vis de leurs aînés, un mélange de sentiments positifs et négatifs que nous avons également retrouvé dans d'autres études s'intéressant aux représentations de la personne âgée chez les étudiants en médecine à travers le monde occidental.

Nous avons cependant été surpris par la capacité de certains de ces internes à remettre en question leurs croyances et *a priori* à l'égard de la personne âgée ainsi que leur volonté à les faire évoluer. Ceci semble nous suggérer que de nombreuses opportunités peuvent encore être saisies afin d'améliorer les représentations de ces jeunes médecins envers leurs aînés.

Notre travail nous a permis de constater leur clairvoyance quant au monde qui les entoure et dans lequel ils évoluent personnellement et professionnellement, mais également leurs craintes face à une dégradation ressentie de leurs conditions de travail en médecine générale et dans le monde de la

santé dans son ensemble. Des doutes ont également été observés parmi les soignants dans la littérature nationale et internationale.

La crise sanitaire du coronavirus a également fortement impacté la vie et les conversations des participants. Une vigilance, principalement en termes de suivi psychologique, semble être indispensable à l'avenir.

Les besoins en formation se sont avérés divers et variés, mais le message principal formulé par l'ensemble des participants reste la mise en place d'une formation adaptée à leur pratique quotidienne de la médecine générale. Certains besoins ont été plus fréquemment évoqués que d'autres : l'apprentissage de la communication avec la personne âgée et sa famille, la prise en charge du proche aidant, la prise en charge sociale et le travail en équipe pluriprofessionnel ont été exprimés dans l'ensemble des groupes de discussion.

Les propositions des internes quant à l'amélioration de leur formation ne se sont pas arrêtées au cadre d'une formation théorique, contrairement à ce que nous avons initialement prévu lorsque nous avons débuté ce travail, mais sont allées bien au-delà. Les participants ont fait de nombreuses suggestions quant à leur formation pratique : visites à domicile systématiques en stage praticien, élargissement et adaptation de leur offre de stages en gériatrie, réalisation de fiches récapitulatives disponibles sur le site du DMG... mais également en vue de l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée en soins primaires : mise en place d'un compagnonnage jeune médecin/médecin sénior, outil numérique spécifique à la prise en charge de patients âgés complexes, création d'une consultation de prévention et de dépistage de la fragilité, sensibilisation du grand public à la perte d'autonomie...

Nombre de ces propositions ont déjà fait l'objet de discussions voire de travaux par des autorités sanitaires, gouvernementales, chercheurs, thésards... Certaines ont déjà eu des applications pratiques souvent locales, parfois étrangères, d'autres restent encore à l'état d'embryon et demandent un coup de pouce pour être concrétisées.

Une chose est certaine, nous avons été étonnement surpris voire parfois impressionnés par la pertinence, le pragmatisme et l'ingéniosité de leurs propos.

Leurs représentations de la personne âgée sont nuancées et teintées de préjugés mais ils en ont pour beaucoup conscience, leurs besoins en formation sont réels et nombreux et certaines de leurs propositions afin de l'améliorer judicieuses.

Une évolution de leur formation voire la création d'une nouvelle formation complémentaire permettrait à ces internes de faire face aux défis qui les attendent et peut-être contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ou tout simplement de la qualité de vie des personnes âgées présentes et futures, car comme le dit un adage « *Une société se juge à la manière dont elle traite ses aînés* ».

VU

Strasbourg, le 19/07/2021

Le président du jury de thèse

Professeur Georges KALTENBACH



Georges KALTENBACH
Professeur

VU et approuvé

Strasbourg, le **22 JUIL. 2021**

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Le Vice Doyen

Professeur Philippe DERUELLE



Annexes

Annexe 1 : Liste des items ECN traitant du vieillissement

UE3 : MATURATION - VULNÉRABILITÉ - SANTÉ MENTALE - CONDUITES ADDICTIVES

- 58. Connaître les facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques de l'enfant à la personne âgée
- 59. Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée
- 60. Décrire l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, de l'enfant à la personne âgée
- 64. Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de la personnalité.
- 68. Troubles psychiques du sujet âgé

UE4 : PERCEPTION - SYSTÈME NERVEUX - REVÊTEMENT CUTANÉ

- 87 : Altération de la fonction auditive (voir item 127)
- 104- Maladie de Parkinson
- 106- Confusion, démences
- 107- Troubles de la marche et de l'équilibre

UE5 : HANDICAP - VIEILLISSEMENT - DÉPENDANCE - DOULEUR - SOINS PALLIATIFS -

ACCOMPAGNEMENT

- 119- Vieillesse normale. Prévention du vieillissement pathologique
- 121- Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé
- 120- Ménopause et andropause
- 123- Hypertrophie bénigne de la prostate
- 124- Ostéopathies fragilisâtes
- 125- Arthrose
- 126- La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques

-127- Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé

-128- Troubles de la marche et de l'équilibre

-129- Troubles cognitifs du sujet âgé

-130- Autonomie et dépendance chez le sujet âgé

-131- Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

UE8 : CIRCULATION - MÉTABOLISMES

-250- Troubles nutritionnels chez le sujet âgé

UE10 : LE BON USAGE DU MÉDICAMENT ET DES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

-319. La décision thérapeutique personnalisée : bon usage dans des situations à risque

UE11 : URGENCES ET DÉFAILLANCES VISCÉRALES AIGUËS

-359- Fractures fréquentes de l'adulte et du sujet âgé

Annexe 2 : Formation en gériatrie dispensées dans le cadre de l'enseignement théorique des IMG dans les autres facultés de médecine françaises

Faculté de médecine	Formation
AMIENS	Séminaires : -santé de la personne âgée (IMG2) -soins palliatifs, fin de vie à domicile, éthique et fin de vie (IMG 3)
ANGERS	?
BESANÇON	0
BORDEAUX	Enseignements obligatoires : - le patient douloureux - patient chronique, poly pathologique et maladies graves - personnes âgées et handicap
BREST	?
CAEN	0
CLERMONT-FERRAND	0
DIJON	Ateliers : -maintien à domicile - soins palliatifs
GRENOBLE	0
GUADELOUPE	0
LA RÉUNION	?
LILLE	Enseignements théoriques dirigés - maintien à domicile d'un patient dépendant - de la dépendance à la fin de vie - réponse à une plainte douloureuse - prévention individuelle et collective, dépistage - démarche diagnostique et décisions partagées - communication, négociation - suivi et coordination des soins autour du patient
LILLE institut catholique	?
LIMOGES	Enseignements facultaires : - la personne âgée (en phase socle dispensé sous forme de RSCA-GEP) - le patient douloureux -la ménopause et l'andropause (en phase d'approfondissement sous forme de RSCA-GEP)
LYON 1	0
LYON CHARLES MERLIEUX SUD	0
MARSEILLE	?
MONTPELLIER	Enseignement théorique : - fin de vie - prise en charge du sujet âgée
NANCY	Groupes d'enseignements facultaires : -situations autour de patients souffrant de pathologie chroniques, poly morbidité à prévalence élevée - maintien à domicile et perte d'autonomie -situations où les problèmes sociaux sont prédominants

NANTES	0
NICE	?
PARIS DESCARTES	Enseignements dirigés (feuilles de situation) avec thèmes abordés : -maladies chroniques, polyopathie - problèmes sociaux, inégalités sociales, précarité - fin de vie et autour de la mort - problèmes de santé concernant les spécificités de la personne âgée, la perte d'autonomie et/ ou le handicap -souffrance psychique aux différents âges de la vie Séances d'apprentissage par résolution de problèmes (thème proposé) : - situations courantes concernant la femme ménopausée (dont ostéoporose)
LA SORBONNE	0
PARIS DIDEROT	0
PARIS SUD 11	Enseignement dirigé facultatif : - sujet âgé, soins palliatifs
PARIS EST CRÉTEIL	?
PARIS NORD 13	GEP (thèmes abordés) : - suivi de patients souffrant de pathologies chroniques - prise en charge de patients polyopathologiques - accompagnement des patients âgés - accompagnement des patients en fin de vie Enseignement dirigé : -Soins palliatifs
VERSAILLES- SAINT QUENTIN	?
POITIERS	0
REIMS	Séminaires : -précarité (IMG1) -maladies chroniques (IMG2) -maintien du sujet âgé à domicile (IMG3)
RENNES	Module de gériatrie organisé en 5 journées de formation (au minimum 1 formation à valider sur 5) avec participation de plusieurs intervenants (MG, psychiatre, gériatres, réseau Bien vieillir, etc.) : - syndrome dépressif de la personne âgée -chutes de la personne âgée - syndromes démentiels - Bien vieillir - iatrogénie
ROUEN	?
SAINT ÉTIENNE	?
TOULOUSE RANGUEIL	?
TOURS	0

0 : pas de formation existante - ? : information non disponible

Annexe 3 : Liste des diplômes d'université (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU) en gériatrie – gériatrie

DU ou DIU de gériatrie-gériatrie généraux

DU Médecine gériatrique (Bordeaux)
 DU Gériatrie – gériatrie (Bordeaux)
 DU Cours international de médecine gériatrique (Paris 6)
 DU de Gériatrie (Nantes) (Paris 6)
 DU Longévité vieillissement (Lille)
 DU Médecine des personnes âgées (Lille)
 DU Télémédecine et e-santé en Gériatrie (Limoges)
 DU Médecine gériatrique, gériatrie et coordination d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (Montpellier)
 DIU de Gériatrie sociale (Bordeaux)
 DIU de Gériatrie (Rouen, Caen)
 DU Connaissances générales de la personne âgée (Montpellier)
 DU de Gériatrie générale (Strasbourg)

DU ou DIU de gériatrie-gériatrie spécialisés

Cardiogériatrie

DIU Maladies cardiovasculaires du sujet âgé (Paris 6, Paris 11)
 DIU Cardiogériatrie (Paris 6, Paris 11)
 DU Cardiologie appliquée à la gériatrie (Lyon)

Démences et troubles cognitifs

DIU Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Brest, Rennes)
 DU Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (Bordeaux)
 DU Diagnostic et prise en charge des troubles cognitifs acquis de l'adulte (Nantes)
 DU Formation pluridisciplinaire à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés (Montpellier) (Toulouse)
 DU Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : du diagnostic précoce à la prise en charge (Paris 12)
 DIU Mémoire et pathologies de la mémoire (Nancy, Strasbourg)
 DIU Prises en soin de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés (Paris 6, Paris 7).
 DU Accompagnement du malade d'Alzheimer et autres maladies neuro-évolutives (Dijon)
 DU Unités spécifiques Alzheimer (UCC, UHR) (Paris 5)
 DIU Neuro-gériatrie (Paris 6, Toulouse)

Gériatrie-psychiatrie

DU de Gériatrie-psychiatrie (Paris 6)
 DU Psychiatrie du sujet âgé (Gériatrie-psychiatrie) (Paris 5)
 DIU Gériatrie-psychiatrie (Besançon)
 DU Agés : Psychologie médicale et Psychiatrie (Clermont Ferrand)

DU Approche des troubles psychiques de la personne âgée (Clermont Ferrand)

DIU Gériatopsychiatrie et psychopathologie du vieillissement (Marseille, Montpellier, Nice)

DU Psychiatrie du sujet âgé (Lyon)

DIU Psychopathologie de la personne âgée (Angers, Poitiers, Tours)

DU Psychopathologie de la personne âgée (Nantes)

DU Psychopathologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement (Toulouse)

DU Expertise médicale dans le cadre de la protection des majeurs (Paris 7 et Paris 12)

Maladies infectieuses

DIU Infectiologie du sujet âgé (à distance) (Paris 6, Grenoble)

Néphro-gériatrie

DIU Néphro-gériatrie (Paris 7, Lille)

Nutrition

DIU Nutrition du sujet âgé (Paris 6, Lyon 1)

DU Nutrition et vieillissement (Paris 12)

Oncogériatrie

DU Cancérologie du sujet âgé (Nantes)

DU Oncogériatrie (Toulouse)

DIU Gériatrie appliquée à la cancérologie (Limoges, Montpellier)

DIU Oncogériatrie (Bordeaux, Lyon, Saint-Etienne) (Paris 5, Paris 6)

DU Personne âgée et cancer, prise en charge institutionnelle et ambulatoire (Paris 13)

DIU Onco-Gériatrie Thérapeutique (Nice, Marseille)

Rééducation fonctionnelle et Rhumatologie

DIU Kinésithérapie et réhabilitations gériatriques (Dijon, Saint-Etienne)

DIU Réadaptation gériatrique (Nice, Paris 6)

DU Personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV) : accompagnement, prise en soins et innovations organisationnelles (Montpellier)

DU Rhumatologie de la personne âgée (Paris 6)

DIU Maladie de Parkinson et autres pathologies du mouvement chez le sujet âgé (Caen)

DIU Gestion pluridisciplinaire de la maladie de Parkinson (Grenoble, Paris, Lille, Marseille, Toulouse)

Thérapeutique

DIU Thérapeutiques médicales et médicaments chez la personne âgée (Paris 6, Paris 12)

DU Gériatologie et pharmacie clinique (Paris 5)

DU Optimisation de la prise en charge médicamenteuse en gériatrie (Toulouse)

Soins et Organisation Des Soins

Coordination des soins en gériatologie

DU Fragilité et parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (Montpellier 1)

DU Gériatrie clinique-Coordination médicale des personnes âgées dépendantes (Grenoble)

DU Personnes âgées : réseaux de soin et prise en charge institutionnelle et ambulatoire (Paris 13)

Ethique - Soins palliatifs

DIU Ethique et vulnérabilité (Dijon, Besançon)

DU Ethique et prévention dans l'accompagnement de la personne âgée (Lyon 1)

DU Pratiques des soins palliatifs (Nice)

DU Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge des patients âgés (Versailles-Saint-Quentin)

DU Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie (Paris 6)

DU Soins palliatifs et accompagnement (Montpellier)

DIU Soins palliatifs et accompagnement (Montpellier)

Evaluation, Prévention

DU Education thérapeutique en gériatrie (Paris 6)

DU Evaluation, coordination et techniques de soins en gériatrie (Grenoble)

DU Fragilité et évaluation gériatrique (Paris 12)

DIU Médecine morphologie et anti-âge corporelle et prévention des troubles liés au vieillissement (Montpellier)

DU Médecine anti-âge et prévention (Paris 12)

Médecin coordonnateur en EHPAD

DU Médecin coordonnateur en EHPAD (Paris 6, Bordeaux, Lille, Limoges, Nice, Saint Etienne, Toulouse)

DIU Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD (Paris 5, Paris 6) (Poitiers)

Soins et soignants

DU Education thérapeutique en gériatrie (Paris 6)

DU Management des équipes en gériatrie (Dijon)

DU Préserver l'indépendance et l'autonomie des personnes âgées (Angers)

DU Procédures de soins en gériatrie (Paris 12)

DU Soins et santé en gériatrie (Lille)

DU Hospitalisation et maintien à domicile (Angers)

DU Culture, soins et accompagnement (Paris 6)

Annexe 4 : Flyers explicatif remis le jour de l'intervention au Séminaire de rentrée de début d'internat

Bonjour et bienvenue à Strasbourg,

je me nomme Tiffany Capron et comme toi je suis interne en médecine générale. Je prépare actuellement ma thèse qui s'intéresse aux internes de médecine générale de premier semestre en stage chez le praticien. Je forme actuellement des groupes de discussion afin de recueillir l'expérience, le ressenti des internes lors de leurs consultations avec des patients âgés. Il s'agira de petits groupes de moins de 10 personnes d'une durée de 1h-1h30 dans un endroit calme, propice à la discussion et où tu seras accueilli(e) avec café et petits biscuits ! Tu pourras discuter librement de ton expérience avec les patients âgés et ton anonymat sera garanti.

Ce que tu as à dire m'intéresse et j'aimerais par ce travail le transmettre à d'autres afin de permettre une meilleure compréhension du vécu des internes de médecine générale. J'espère te rencontrer prochainement et ne doute pas de l'enrichissement personnel et collectif que ta participation apportera à ce travail.

Si tu es intéressé(e) je suis joignable par téléphone, SMS *** et par mail ***.

Merci d'avance et bonne rentrée !

Annexe 5 : Questionnaire quantitatif

Nom :

Age :

Prénom :

Sexe : F/M

Dans quelle ville avez-vous réalisé votre externat ?

-

En quel semestre êtes-vous ? :

-

Quels stages avez-vous validés dans votre maquette ?

Semestre 1 :

Semestre 3 :

Semestre 5 :

Semestre 2 :

Semestre 4 :

Semestre 6 :

Avez-vous validé votre stage chez le praticien ?

- stage chez le praticien niveau 1 : oui / non

- stage chez le praticien niveau 2 : oui/non

Dans quelles villes exercent vos maîtres de stage :

Stage chez le praticien niveau 1

-

-

-

Stage chez le praticien niveau 2

-

-

Avez-vous déjà réalisé un stage de gériatrie ?

-Durant votre externat ? Oui/ Non

Si oui, dans quel(s) service(s) ?

-Durant votre internat ? Oui/ Non

Si oui, dans quel(s) service(s) ?

Si vous êtes en post-internat, quelle activité professionnelle exercez-vous ?

-salarial

-remplacement libéral

-les 2

Avez-vous réalisé un ou des DU/ DIU et / DESC ? Oui/ non si oui, le(s)quel(s) ?

Quel(s) est (sont) votre (vos) projet(s) professionnel(s) ?

Annexe 6 : Première Grille d'entretien

Introduction :

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion. Je m'appelle Tiffany Capron, je suis remplaçante en médecine générale. Je travaille actuellement sur ma thèse qui s'intéresse à la consultation de la personne âgée et ses spécificités. Je me tourne donc vers vous afin que vous me rapportiez votre expérience avec les patients âgés, votre ressenti lors de ces échanges, vos représentations de la personne âgée, vos facilités ou vos difficultés lors de ces consultations. La discussion sera enregistrée, je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement, de respecter le temps de parole de chacun et si possible de donner votre nom avant votre prise de parole car cela devient rapidement inaudible si plusieurs personnes parlent en même temps et on peut perdre des informations importantes. Je vous rappelle que l'ensemble de la discussion sera anonymisée, vous pouvez donc vous sentir en total liberté afin d'exprimer votre vécu, vos expériences personnelles en rapport avec la personne âgée et sa prise en charge.

Liste de questions/relances :

- Comment vous sentez vous lors de consultations avec une personne âgée ?
- Quel est votre avis quant à votre préparation à la prise en charge d'un patient âgé ?
- Que connaissez-vous comme ressources, outils utiles à la prise en charge du patient âgé ?
- Comment avez-vous acquis ces connaissances ?
- De quelle autre manière pourrait-on acquérir et transmettre facilement ces connaissances à l'avenir ?
- Que pensez-vous quant à la création d'une formation en gériatrie pour les internes de médecine générale de Strasbourg ?
- Quelles suggestions pouvez-vous nous faire quant au contenu d'une telle formation ?

Annexe 7 : Grille d'entretien

Introduction :

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion. Je m'appelle Tiffany Capron, je suis remplaçante en médecine générale. Je travaille actuellement sur ma thèse qui s'intéresse à la consultation de la personne âgée et ses spécificités. Je me tourne donc vers vous afin que vous me rapportiez votre expérience avec les patients âgés, votre ressenti lors de ces échanges, vos représentations de la personne âgée, vos facilités ou vos difficultés lors de ces consultations. La discussion sera enregistrée, je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement, de respecter le temps de parole de chacun et si possible de donner votre nom avant votre prise de parole car cela devient rapidement inaudible si plusieurs personnes parlent en même temps et on peut perdre des informations importantes. Je vous rappelle que l'ensemble de la discussion sera anonymisée, vous pouvez donc vous sentir en total liberté afin d'exprimer votre vécu, vos expériences personnelles en rapport avec la personne âgée et sa prise en charge.

Liste de questions/relances :

- Comment vous sentez vous en consultation avec une personne âgée ?
Quel est votre ressenti lorsque vous êtes en consultation face à une personne âgée ?
- Que pensez-vous de votre préparation à la prise en charge du patient âgé ?
- Sur quels outils, ressources, partenaires vous appuyez-vous durant ces consultations ?
Sur quels outils, aides extérieures vous appuyez-vous durant ces consultations ?
- Comment avez-vous acquis ces connaissances ?
- Comment pourrait-on les transmettre facilement à d'autres ?
Comment pourrait-on acquérir/ apprendre de nouvelles connaissances dans ce domaine
- Que pensez-vous de la création d'une formation en gériatrie pour les internes de médecine générale de Strasbourg ?
- Que devrait-elle contenir ? Sous quelle forme ?

Annexe 8 : Liste des offres de stages hospitaliers et ambulatoires à orientation gériatrique pour les internes de médecine générale de Strasbourg en mai 2021 (+ comparaison à l'offre de stage de novembre 2020)

- Stages praticien niveau 1 : 61 postes (+1 poste par rapport à novembre 2020)
 - o 3 postes en Hospitalisation à domicile (+1 poste)
 - o 1 poste en cabinet de gériatrie ambulatoire avec le Dr Katia Mangeney
- SASPAS : 61 postes (+2 postes)
 - o 2 postes en Hôpital de jour à Strasbourg
 - o 1 poste en Hôpital de jour à Altkirch
 - o 2 postes au Centre pour personnes âgées de Colmar
 - o 1 poste au Centre de Repos et De Soins de Colmar
 - o 1 poste en gériatrie à la clinique du Diaconnat Colmar
 - o 2 postes de soins palliatif à l'hôpital de la Toussaint (+ 1 poste)
 - o 2 postes en Equipe mobile de soins palliatifs à Bischwiller
- Médecine polyvalente : 36 postes (- 5 postes)
- Gériatrie hospitalière : 14 postes (- 9 postes)
 - o 2 postes au Centre pour Personnes Agées
 - o 6 postes en gérontologie à Mulhouse
 - o 2 (court séjour) +2 (SSR) postes à l'Hôpital Schutzenberger (-2 postes de SSR)
 - o 1 poste en court séjour gériatrique à l'hôpital de Bischwiller (- 1 poste)
 - o 1 poste en médecine gériatrique à Sélestat (- 2 postes)
 - o (- 2 postes au Centre de Repos et De Soins de Colmar et - 2 postes au Diaconat de Colmar)

(Liste réalisée à partir des données recueillies suite à un échange de courriels avec Dre Dumas Claire, Responsable Stage au DMG de Strasbourg et des listes de postes disponibles pour les internes de Strasbourg aux choix de stage de novembre 2020 et mai 2021 disponibles sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Grand Est.)

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Decade of healthy ageing: Baseline report [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-baseline-report>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé Rapport du Secrétariat. 2016. Report No.: A69/17 Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire.
3. Larousse Éditions. Définitions : vieillesse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>
4. Sauveur Y. Quelle représentation de la vieillesse aujourd'hui ? Le jeunisme dans la société comme élément explicatif. *Hist sci méd.* 2013;47(4):575-82.
5. Larousse Éditions. Définitions : jeunisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeunisme/44903>
6. Hummel C. Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. *Gerontol Soc.* 2001;24(98):239-52.
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Espérance de vie - Mortalité – Bilan démographique 2020 | Insee [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5007694?sommaire=5007726>
8. Institut national d'études démographiques. Risques de mortalité selon l'âge [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur:

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/risques-mortalite/>

9. Haut Conseil de la Santé Publique. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 févr [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>

10. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Questions-réponses sur l'âgeisme [Internet]. WHO. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>

11. Richelet P. Dictionnaire françois : contenant les mots et les choses, plusieurs nouvelles remarques sur la langue françoise, ses expressions propres, figurées et burlesques, la prononciation des mots les plus difficiles, le genre des noms, le régime des verbes. Genève: Jean Herman Widerhold; 1680. 1146 p.

12. Trincaz J. Communication : Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui. In: Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées-. Paris: INSERM; 2015 p. 467-77.

13. Opinion Way. Sondage OpinionWay – FE Le temps des villes Concours National des Villes 2010 – SPQR- la place des séniors [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-fe-le-temps-des-villes-concours-national-des-villes-2010-la-place-des-seniors/viewdocument/301.html>

14. Cusset P-Y. Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France. Paris: France Stratégie; 2017 juin. Report No.: 2017-07.

15. Gastaldi-Ménager C, Geoffard P-Y, de Lagasnerie G. Medical Spending in France: Concentration, Persistence and Evolution before Death: Medical spending in France. *Fisc Stud.* sept 2016;37(3-4):499-526.

16. Libault D. Concertation Grand âge et Autonomie. France: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 mars.
17. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Paris: Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge; 2019 mars.
18. Institut national de la statistique et des études économiques. Dépense courante de santé dans les pays de l'OCDE | Insee [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2387502>
19. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: [../..../..../els-2019-5436-fr/index.html](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/els-2019-5436-fr/index.html)
20. HelpAge International. Global rankings table | Data | Global AgeWatch Index 2015 [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/global-rankings-table/>
21. HelpAge International. About Global AgeWatch | About | Global AgeWatch Index 2015 [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.helpage.org/global-agewatch/about/about-global-agewatch/>
22. Secrétariat d'état chargé des retraites. Comment fonctionne notre système? [Internet]. La réforme des retraites. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.reforme-retraite.gouv.fr/la-retraite-aujourd-hui/article/comment-fonctionne-notre-systeme>
23. Secrétariat d'état chargé des retraites. Les précédentes réformes [Internet]. La réforme des retraites. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.reforme-retraite.gouv.fr/le-saviez-vous/article/les-precedentes-reformes>

24. Institut national de la statistique et des études économiques. L'exercice européen de projection des dépenses de retraites : à l'horizon 2060, leur poids dans le PIB reculerait fortement en France - Insee Analyses - 21 [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1521336>
25. Le Conseil d'État. Avis sur un projet de loi organique et un projet de loi instituant un système universel de retraite [Internet]. Conseil d'État. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-etat.fr/ressources/avis-aux-pouvoirs-publics/derniers-avis-publies/avis-sur-un-projet-de-loi-organique-et-un-projet-de-loi-instituant-un-systeme-universel-de-retraite>
26. Salvi E. Réforme des retraites: le Conseil d'Etat assassine le projet du gouvernement. Mediapart. 25 janv 2020;
27. Delevoye J-P. Un système universel de retraite, plus simple, plus juste, pour tous. Préconisations de Jean-Paul Delevoye, Haut-Commissaire à la réforme des retraites. 2019.
28. Delevoye J-P. Pour un système universel de retraite. Préconisations de Jean-Paul Delevoye, Haut-Commissaire à la réforme des retraites. 2019.
29. Organisation de coopération et de développement économiques. Vieillesse et politiques de l'emploi [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/emploi/vieillessetpolitiquesdelemploi.htm>
30. Toubon J. Rapport annuel d'activité 2019. Paris: Défenseur des droits; 2019.
31. Ministère de l'emploi et de l'action sociale union européenne. Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors 2006-2010 [Internet]. 2007 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/609103_Brochure_SENIORS_148x260_V7.pdf

32. Organisation de coopération et de développement économiques. Examen thématique de l'OCDE de suivi des politiques pour améliorer les perspectives des travailleurs âgés sur le marché du travail-France-situation mi-2012. OCDE; 2012 oct.
33. Service Communication du Premier ministre. Déclaration de politique générale de M. Edouard PHILIPPE, Premier ministre Assemblée nationale, mercredi 12 juin 2019 [Internet]. 2019 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/06/declaration_de_politique_generale_de_m._edouard_philippe_premier_ministre_-_assemblee_nationale_-_12.06.2019.pdf
34. Levy P, Becca R. Eradication of Ageism Requires Addressing the Enemy Within. *Gerontologist*. oct 2001;41(5):578-9.
35. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *J Gen Intern Med*. nov 2013;28(11):1504-10.
36. Nash P, Stuart-Hamilton I, Mayer P. The Continuation of Prejudice: Addressing Negative Attitudes in Nurse Training and Continuing Professional Education. *Educ Gerontol*. 1 janv 2014;40(1):53-60.
37. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as “frustrating” and “boring”: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud*. 1 déc 2012;26(4):476-83.
38. Fernando P, Arora A, Crome P. Combating age discrimination: A United Kingdom perspective. *Eur Geriatr Med*. oct 2011;2(5):263-9.
39. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society’s response say about us? *Age and Ageing*. 24 août 2020;49(5):692-5.

40. Académie Nationale de médecine. Âgisme et tensions intergénérationnelles en période de Covid-19 Communiqué de l'Académie nationale de médecine 18 avril 2020 [Internet]. 2020 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/%C3%82gisme-et-tensions-interg%C3%A9n%C3%A9rationnelles-en-p%C3%A9riode-de-Covid-19.pdf>
41. Mabilille P. Coronavirus : les jeunes se vivent comme la génération sacrifiée de la crise. La Tribune [Internet]. 12 oct 2020 [cité 16 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.latribune.fr/economie/france/coronavirus-les-jeunes-se-vivent-comme-la-generation-sacrifiee-de-la-crise-859508.html>
42. Thibert C. Coronavirus : les plus de 75 ans sont-ils exclus d'office des soins de réanimation ? LEFIGARO [Internet]. 1 avr 2020 [cité 12 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences/coronavirus-les-plus-de-75-ans-sont-ils-exclus-d-office-des-soins-de-reanimation-20200401>
43. AGE Platform Europe. COVID-19 and care for older people: The urgent wake-up call of the Council of Europe's Human Rights Commissioner | AGE Platform [Internet]. 2020 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.age-platform.eu/press-releases/covid-19-and-care-older-people-urgent-wake-call-council-europe-human-rights>
44. AGE Platform Europe. COVID-19: Older persons' rights must be equally protected during the pandemic | AGE Platform [Internet]. 2020 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-older-persons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>
45. Organisation des Nations Unies. Décennie du vieillissement en bonne santé : l'OMS rappelle la fragilité des aînés en pleine pandémie de Covid-19 [Internet]. 2021 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2021/01/1086002>

46. Mijatović D. Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities [Internet]. 2020 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.coe.int/en/web/commissioner/view/-/asset_publisher/ugj3i6qSEkhZ/content/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities
47. Orfali K. What Triage Issues Reveal: Ethics in the COVID-19 Pandemic in Italy and France. *J Bioeth Inq.* 1 déc 2020;17(4):675-9.
48. Macron E. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur l'épidémie de COVID-19, le prolongement du confinement et le déconfinement progressif à partir du 11 mai, les aides aux entreprises et le maintien de la fermeture des frontières, Paris, le 13 avril 2020 [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/274079-emmanuel-macron-13-avril-2020-deconfinement-progressif>
49. Atlani-Duault L, Lina B, Chauvin F, Delfraissy J-F, Malvy D. Immune evasion means we need a new COVID-19 social contract. *Lancet Public Health.* 18 févr 2021;2667(21):1-2.
50. Conseil National Professionnel de Gériatrie. Auto-confinement des personnes Âgées / Tribune du CNP de Gériatrie [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00625059700aca41b42bf>
51. Dulieu L. Les personnes âgées isolées de plus en plus fragilisées par la crise sanitaire [Internet]. France Culture; 2020 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/les-personnes-agees-isolees-de-plus-en-plus-fragilisees-par-la-crise-sanitaire>
52. André J, Vanel E, Schuster M. Isolement, dépression... les dégâts de la pandémie sur la santé mentale des seniors (ITV Olivier Hanon, France 24) – SFGG [Internet]. France 24; 2020 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/isolement-depression-les-degats-de-la-pandemie-sur-la-sante-mentale-des-seniors-itv-olivier-hanon-france-24/>

53. Maamar M, Khibri H, Harmouche H, Ammouri W, Tazi-Mezalek Z, Adnaoui M. Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. 20 nov 2020;20(120):322-5.
54. CSA Research. Rapport Petits Frères des Pauvres Isolement des personnes âgées : les effets du confinement [Internet]. Paris: Petits Frères des Pauvres; 2020 juin [cité 12 avr 2021]. Report No.: 4. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/selon-notre-rapport-inedit-720-000-personnes-agees-n-ont-eu-aucun-contact-avec-leur-famille-durant-le-confinement>
55. Thilbert C. Les personnes âgées infectées ont-elles été privées d’hospitalisation? LEFIGARO [Internet]. 23 avr 2020 [cité 12 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences/les-personnes-agees-infectees-ont-elles-ete-privees-d-hospitalisation-20200423>
56. World Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19 Interim guidance [Internet]. WHO; 2020 mars [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
57. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Covid-19 : une « vague d’âgisme » dénoncée par les jeunes géiatres (Dr Arnaud Caupenne) – SFGG [Internet]. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/revue-de-presse/covid-19-une-vague-dagisme-denoncee-par-les-jeunes-geriatres-dr-arnaud-caupenne/>
58. Boumediene A. En Ehpad, le nombre de morts du Covid-19 plus lourd que le bilan officiel. 20 Minutes. 25 mars 2020 [cité 3 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2748183-20200325-coronavirus-nombre-deces-ephad-probablement-beaucoup-plus-lourd-bilan-officiel>
59. Institut Français d’opinion publique (Ifop). Sondage des jeunes Français à l’heure du Coronavirus : état d’esprit, place dans la société et impact de la crise sanitaire- Sondage événementiel

pour les 35 ans de La Tribune [Internet]. 2020 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.youscribe.com/BookReader/Index/3183537/?documentId=4013318>

60. Coronavirus : la solidarité bat son plein à l'égard des personnes âgées [Internet]. le 23h. Franceinfo; 2020 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-la-solidarite-bat-son-plein-a-legard-des-personnes-agees_3884071.html

61. Covid-19: les initiatives locales de solidarité fleurissent [Internet]. 2021 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.linfodurable.fr/social/covid-19-les-initiatives-locales-de-solidarite-fleurissent-24096>

62. Olfa Ayed LA. Des initiatives solidaires face à l'épidémie de Coronavirus-COVID 19. France 3 Région Normandie. 12 mars 2020 [cité 2 mars 2021]; Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/calvados/caen/initiatives-solidaires-face-epidemie-coronavirus-1798800.html>

63. Association Old'up. Confinement : 5 385 Vieux prennent la parole ! Old'Up; 2020.

64. Institut national de la statistique et des études économiques, Pic V, Monchatre V. Perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile : 80 000 personnes concernées dans le Grand Est [Internet]. Insee Grand Est; 2018 août [cité 18 mars 2019]. (Insee Flash Grand Est). Report No.: 18. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3561601>

65. A bientôt 90 ans, elle opère quatre patients par semaine. Egora [Internet]. 11 févr 2017 [cité 7 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/insolite/22118-a-bientot-90-ans-elle-opere-quatre-patients-par-semaine>

66. Robert Marchand : 100 ans et 100 km à 23 km/h ! Le Point [Internet]. 28 sept 2012 [cité 7 juill 2021]; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sport/le-cycliste-centenaire-robert-marchand-a-deroule-sur-100-km-28-09-2012-1511393_26.php

67. Viktory P. Coupe du monde féminine 2019 : les mamies chaussent les crampons. France Bleu [Internet]. 19 juin 2019 [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/sports/football/coupe-du-monde-feminine-2019-les-mamies-chaussent-les-crampons-1560810204>
68. Fauja Singh. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fauja_Singh&oldid=181593408
69. Snider-Mc Grath B. The story behind « Fauja Singh Keeps Going ». Canadian Running Magazine [Internet]. 16 sept 2020 [cité 12 avr 2021]; Disponible sur: <https://runningmagazine.ca/the-scene/the-story-behind-fauja-singh-keeps-going/>
70. L’outil en main France. Bienvenue sur notre site Internet - L’Union des Associations l’Outil en Main [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.loutilenmain.fr/associations.html>
71. Gérard-Varet J-F, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France Tome 1 situation au 1er janvier 2020 [Internet]. Paris: Conseil national de l’Ordre des médecins; 2020 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
72. Ministère de l’économie des finances et de la relance. Qu’est-ce que la silver économie ou économie des seniors ? [Internet]. 2017 [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition>
73. France Stratégie, Hallal S. Retours d’enquête sur la filière ”Silver Économie” [Internet]. Paris: Commissariat général à la stratégie et à la prospective- Premier Ministre; 2014 janv [cité 15 févr 2021]. Report No.: 2013-08, décembre. Disponible sur: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/retours-denquete-filiere-silver-economie>

74. Robineau D, Perrot M, Hébel P, Mathé T. Comment consomment les seniors ? [Internet]. Paris: Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie; 2012 déc. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/comment-consomment-les-seniors>
75. Organisation Mondiale de la Santé. La discrimination et les attitudes négatives à l'égard du vieillissement sont nocives pour la santé [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
76. World Values Survey Association. World Values Survey Database [Internet]. 2020 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>
77. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Age Stereotypes Held Earlier in Life Predict Cardiovascular Events in Later Life. *Psychol Sci.* mars 2009;20(3):296-8.
78. Levy BR, Ferrucci L, Zonderman AB, Slade MD, Troncoso J, Resnick SM. A Culture-Brain Link: Negative Age Stereotypes Predict Alzheimer's-disease Biomarkers. *Psychol Aging.* févr 2016;31(1):82-8.
79. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol.* août 2002;83(2):261-70.
80. Kim ES, Moored KD, Giasson HL, Smith J. Satisfaction with aging and use of preventive health services. *Prev Med.* déc 2014;69:176-80.
81. Levy BR, Slade MD, Chang E-S, Kanno S, Wang S-Y. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist.* 24 janv 2020;60(1):174-81.
82. Gimbert V, Godot C, Wisnia-Weill V, Sauneron S, Oullier O, Klein T, et al. Vivre ensemble plus longtemps enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: Centre d'analyse stratégique - Premier ministre; 2010. Report No.: 28.

83. Grand A. Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie soc.* 26 sept 2016;n° 15(3):13-25.
84. Lagacé M. Représentations et discours sur le vieillissement: la face cachée de l'âgisme? Québec: Presses de l'université Laval; 2015. 296 p.
85. Hummel C. La portée sociale de la théorie du vieillissement réussi : un problématique retour à la responsabilité individuelle. In: *Aventuriers solitaires en quête d'utopie Les formes contemporaines de l'engagement* [Internet]. Liège: Editions de l'Université de Liège; 2005 [cité 15 févr 2021]. p. 51-61. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:83324>
86. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: *Successful Aging* [Internet]. Cambridge University Press; 1990 [cité 16 févr 2021]. p. 1-34. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/CBO9780511665684A009/type/book_part
87. Marmot M, Wilkinson R. *Les Déterminants Sociaux de la Santé: Les Faits*. [Internet]. 2ème édition. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Publishing, LLC distributor; 2004 [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <http://VH7QX3XE2P.search.serialssolutions.com/?V=1.0&L=VH7QX3XE2P&S=JCs&C=TC0000137604&T=marc&tab=BOOKS>
88. Organisation Mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. OMS; 2009 [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
89. Organisation de coopération et de développement économiques. *L'ascenseur social en panne ? Comment promouvoir la mobilité sociale* [Internet]. Paris: OCDE; 2019 [cité 12 juill 2021].

Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/l-ascenseur-social-en-panne-comment-promouvoir-la-mobilite-sociale_bc38f798-fr

90. Le Coz P. Petit traité de la décision médicale: un nouveau cheminement au service des patients. Paris: Editions du Seuil; 2007. 195 p.

91. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

92. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé. Organisation Mondiale de la Santé; 2016 mai. Report No.: WHA69.3.

93. Organisation Mondiale de la Santé. Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030. Organisation Mondiale de la Santé; 2020.

94. Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés. Pages - Villes Amies des Aînés [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://villesamiesdesaines-rf.fr/>

95. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Un réseau mondial de « Villes amies des personnes âgées » [Internet]. 2010 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/un-reseau-mondial-de-villes-amies-des-personnes-agees/>

96. Commission Européenne. Livre vert sur le vieillissement: Promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations. Bruxelles; 2021 janv. Report No.: COM(2021) 50.

97. General Secretariat of the Council. Human Rights, Participation and Well-Being of Older Persons in the Era of Digitalisation Council Conclusions. Bruxelles: Council of the European Union; 2020 oct. Report No.: 11087/20.

98. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet]. Insee; 2006 juill [cité 18 mars 2019]. (Insee Première). Report No.: 1089. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
99. Roussel R, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 |. oct 2017;(1032):1-6.
100. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Paris: Ministère de la Solidarité et de la Santé; 2017 déc [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
101. Agence Régionale de Santé Grand Est. Parcours « Personnes âgées » [Internet]. 2020 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/parcours-personnes-agees>
102. Agence Régionale de Santé. PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028 Schéma Régional de Santé & Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023. Nancy: ARS Grand Est; 2019 déc.
103. Conseil départemental du Bas Rhin. L'autonomie au coeur de nos vie: Schéma autonomie 2019-2023. Strasbourg: Conseil départemental du Bas Rhin; 2019.
104. Conseil départemental du Haut rhin. Schéma autonomie 2019-2023 pour les Personnes Agées et les Adultes en situation de Handicap. Colmar: Conseil départemental du Haut rhin; 2019.
105. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-a-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
106. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2018 [cité 20 janv 2021]. 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-vieillissement

107. Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale. L'Assemblée nationale dresse le bilan de la Loi ASV [Internet]. 2017 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.unccas.org/l-assemblee-nationale-dresse-le-bilan-de-la-loi-asv>

108. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie [Internet]. 2019 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

109. Dumas Primbault M. Malgré les aléas, la CNSA trace sa feuille de route. Le Quotidien du médecin [Internet]. 5 févr 2021 [cité 12 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/malgre-les-aleas-la-cnsa-trace-sa-feuille-de-route>

110. Sénat. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 [Internet]. févr 15, 2021. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a20-106/a20-1063.html>

111. Legifrance. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 [Internet]. ECOX2023815L déc 1, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000042407393/>

112. Allen J, Heyrman J, Gay B, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe; 2002.

113. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press; 1998. 454 p.

114. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 1 mars 2012;26(S1):20-6.
115. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. avr 2010;65(4):421-8.
116. Buyck J-R, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. févr 2014;(869):1-6.
117. Cour des comptes. La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents. Paris: Cour des comptes; 2012 févr.
118. Centre National de Gestion. Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaire: HU) Eléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité. Paris: Centre National de Gestion (CNG); 2020 janv.
119. Bas P. Plan Solidarité - Grand Age. Paris: Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille; 2006 juin.
120. Saleh P-Y, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliant L. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative. Gériatr psychol Neuropsychiatr vieil. 1 sept 2015;13(3):272-8.
121. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Gériatr psychol Neuropsychiatr vieil. mars 2013;11(1):21-31.
122. Piedallu J-B. Syndrome de fragilité : étude analytique des connaissances des internes de médecine générale [Internet] [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen Normandie; 2018 [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01905835/document>

123. Foulon P, Bonelle P, Mebarki L. Les personnes âgées au domicile: un maintien difficile ? : enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Picardie [Thèse de médecine générale]. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2017.
124. Études de santé [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2009/45/esrs0925329a.html>
125. Tutorat Santé Strasbourg. Le programme [Internet]. Tutorat Santé Strasbourg. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://tutoratsante-strasbourg.org/le-programme/>
126. Université de Strasbourg. Accès aux études de santé (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie) à l'Université de Strasbourg - Réforme de la PACES [Internet]. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://acces-etudes-sante.unistra.fr/>
127. Faculté de médecine de Strasbourg. DFGSM2 / 1er cycle / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. 2020 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <http://med.unistra.fr/fre/Formations/1er-cycle/DFGSM2>
128. Faculté de médecine de Strasbourg. DFGSM3 / 1er cycle / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <http://med.unistra.fr/fre/Formations/1er-cycle/DFGSM3>
129. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Études médicales- Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013 [Internet]. 2013 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
130. Faculté de médecine de Strasbourg. DFASM 1 / 2ème cycle / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. 2021 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://med.unistra.fr/fre/Formations/2eme-cycle/DFASM-1>

131. Faculté de médecine de Strasbourg. DFASM 3 / 2ème cycle / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. 2021 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://med.unistra.fr/fre/Formations/2eme-cycle/DFASM-3>
132. Département de médecine générale Strasbourg. Formations optionnelles [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/formations-optionnelles/>
133. Diplôme d'Université de Gérontologie Générale [Internet]. Formation Continue Université de Strasbourg. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: https://sfc.unistra.fr/formations/gerontologie_-_gerontologie-generale_-_diplome-duniversite-de-gerontologie-generale_-_1520/
134. Enseignants en gériatrie-gérontologie coordonnateurs, responsables d'enseignement de la Sorbonne Université, des universités, établissements d'enseignement partenaires. Se former à la gériatrie - Accueil [Internet]. 2021 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.seformeralageriatrie.org>
135. Conseil National Professionnel de Gériatrie. Les DU et DIU – Annuaire CNP [Internet]. 2021 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/les-du-et-diu/>
136. Conseil National des Généralistes Enseignants. L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale - Avril 2019 [Internet]. 2019 [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettr/
137. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! 2017.
138. Collège de médecine générale de Nice. Recherche qualitative [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53

139. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011. 224 p.
140. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. 1 janv 2008;19(84):142-5.
141. Les recherches qualitatives en santé. 2016.
142. Observatoire des territoires - ANCT -. Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=report&chapter=p12&report=r01&selgeo1=reg1972.42&selgeo2=fra.99>
143. Commission jeunes médecins, Conseil National de l'Ordre des médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. France: CNOM; 2019 avr [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
144. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). Impact du DES de Médecine Générale sur l'installation des jeunes Médecins Généralistes. 2020.
145. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'accessibilité du cabinet médical [Internet]. 2019 [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/laccessibilite-cabinet-medical>
146. Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. 2^e éd. Paris: Colin; 2010. 132 p.
147. Royer D. Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? 2002;46(2):18-25.

148. Centre National de Gestion. Rangs limites [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/rangslimites2019.html>
149. MedSkake. Statistiques sur les Épreuves Classantes Nationales (ECN) pour la spécialité Gériatrie [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/geriatrie/>
150. DRESS. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. 2014.
151. Chodosh J, Tulsy A, Naumburg E, Branca L, Frankel RM, McCann RM, et al. What Residents Want to Know About Geriatrics: An Approach to Curriculum Development. *Gerontol Geriatr Educ.* déc 2000;20(2):19-35.
152. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Gordon A, Gladman JRF. Medical students' and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: a conceptualisation. *Age and Ageing.* 1 sept 2015;44(5):776-83.
153. Drickamer MA, Levy B, Irwin KS, Rohrbaugh RM. Perceived Needs for Geriatric Education by Medical Students, Internal Medicine Residents and Faculty. *J Gen Intern Med.* déc 2006;21(12):1230-4.
154. Attias-Donfut C, Ogg J. Évolution des transferts intergénérationnels : vers un modèle européen ? *Retraite soc.* 2009;n° 58(2):11-29.
155. Lowenstein A. Intergenerational family relations and social support. *Z Gerontol Geriatr.* déc 1999;32(6):398-406.
156. Künemund H, Rein M. There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing Soc.* janv 1999;19(1):93-121.

157. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Antunez K. Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. mai 2020;(1148):1-5.
158. Institut CSA. Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017 [Internet]. France: Les petits frères des pauvres; 2017 [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017>
159. Nowik L, Lecestre-Rollier B, éditeurs. Vieillir dans les pays du Sud: les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement. Paris: Éditions Karthala; 2015. 304 p. (Collection « Hommes et sociétés »).
160. Prunieres J-B, Garcia M. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie: étude transversale par auto-questionnaire. Université de Montpellier; 2018.
161. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Mikol F, Chaput C, Bachelet M, Mothe J, Pereira E, et al. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
162. Hsiang EY, Mehta SJ, Small DS, Rareshide CAL, Snider CK, Day SC, et al. Association of Primary Care Clinic Appointment Time With Clinician Ordering and Patient Completion of Breast and Colorectal Cancer Screening. JAMA Netw Open. 10 mai 2019;2(5):1-9.
163. Micheau J, Molière E, Plein SENS, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la Santé et des Sports, et al. L'emploi du temps des médecins libéraux - Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. 2010;(15):1-15.

164. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Riskin-Geuz KS, Ziv A, Sela R, et al. Rudeness and Medical Team Performance. *Pediatrics*. févr 2017;139(2):1-11.
165. Riskin A, Bamberger P, Erez A, Riskin-Guez K, Riskin Y, Sela R, et al. Expressions of Gratitude and Medical Team Performance. 1 avr 2019;143(4):1-9.
166. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. août 2009;167(6):422.
167. Vacas F. Observatoire de la sécurité des médecin en 2019-Recensement national des incidents par la section EP du CNOM. France: Conseil national de l'Ordre des médecins; 2019 p. 48.
168. Ghu M. Violences envers les médecins: la région parmi les plus touchées. *La Voix du Nord* [Internet]. 19 août 2019 [cité 14 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/625658/article/2019-08-19/violences-envers-les-medecins-la-region-parmi-les-plus-touchees>
169. Bouet P, Gérard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2019 [Internet]. Paris: Conseil national de l'Ordre des médecins; 2019 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf
170. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians. *Dtsch Arztebl Int*. 6 mars 2015;112(10):159-65.
171. Opinion Way. Enquête d'opinion: La perception et l'image de la médecine et des médecins « Sondage OpinionWay pour l'Académie nationale de médecine" [Internet]. Paris: Académie Nationale de médecine; 2020 févr [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/Dossier-sondage-4-fevrier-2020.pdf>
172. Dente K. France's health-care system gripped by strikes. *Lancet*. janv 2020;395(10218):103-4.

173. Aubenas F. « On ne les met pas au lit, on les jette » : enquête sur le quotidien d'une maison de retraite. Le Monde.fr [Internet]. 18 juill 2017 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/07/18/dans-le-jura-la-greve-la-plus-longue-de-france_5162040_3224.html

174. Moschetti J. Démissions confirmées des médecins à Rennes, Robert Debré, Beaujon.... What's Up Doc [Internet]. 28 janv 2020 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/demissions-confirmees-des-medecins-rennes-robert-debre-beaujon>

175. Aublanc M. Grève aux urgences : Olivier Véran s'attaque aux congé maternités chez les paramédicaux et au repos des internes. 20 minutes [Internet]. 21 févr 2020 [cité 12 mars 2020]; Disponible sur: <https://nouveau-europresse-com.acces-distant.bnu.fr/Document/View?viewEvent=1&docRefId=0&docName=news%C2%B720200221%C2%B7VIW%C2%B7130&docIndex=21>

176. Béguin F. Crise dans les hôpitaux : appel à une « grande manifestation » le 14 novembre à Paris. Le Monde.fr [Internet]. 11 oct 2019 [cité 27 avr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/10/11/hopital-appel-a-une-grande-manifestation-le-14-novembre-a-paris_6015056_3224.html

177. Marques A. Refusant d'être des « variables d'ajustement », les internes de MG bloquent l'ARS d'Ile-de-France. egora.fr [Internet]. 28 oct 2019 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/etudes-de-medecine/52418-photos-refusant-d-etre-des-variables-d-ajustement-les-internes-de>

178. Marques A. « J'étais mieux payé quand je travaillais chez McDo » : en mal de reconnaissance, les internes se rebellent. egora.fr [Internet]. 10 déc 2019 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/etudes-de-medecine/53947-j-etais-mieux-paye-quand-je-travaillais-chez-mcdo-en-mal-de>

179. A.M. Les généralistes « souffrent » et « eux aussi peuvent se mobiliser », met en garde MG France. egora.fr [Internet]. 19 nov 2019 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/53271-les-generalistes-souffrent-et-eux-aussi-peuvent-se-mobiliser>
180. Dumas Primbault M. Les praticiens hospitaliers en grève illimitée pour dénoncer l'« injustice » de leur nouvelle grille salariale et de reclassement. Le Quotidien du médecin [Internet]. 11 janv 2021 [cité 19 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/remuneration/les-praticiens-hospitaliers-en-greve-illimitee-pour-denoncer-l-injustice-de-leur-nouvelle-grille>
181. Agence France-Presse. Hôpital. Les syndicats de médecins se joignent à l'appel à la grève du 30 juin. Ouest-France.fr [Internet]. 25 juin 2020 [cité 19 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/hopital-les-syndicats-de-medecins-se-joignent-a-l-appel-a-la-greve-du-30-juin-6882643>
182. Claereboudt L. Suspension des négos conventionnelles : pour les syndicats, « il faudra que le Gouvernement prenne ses responsabilités ». egora.fr [Internet]. 10 déc 2020 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/syndicalisme/62753-suspension-des-negos-conventionnelles-pour-les-syndicats-il-faudra-que>
183. Bonin S. « Mépris » lors des négos conventionnelles : la CSMF appelle tous les médecins à stopper les actes gratuits. egora.fr [Internet]. 8 oct 2020 [cité 5 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/syndicalisme/61527-mepri-lors-des-negos-conventionnelles-la-csmf-appelle-tous-les>
184. S.B. Grève dans les services de réanimation des Hospices civils de Lyon. egora.fr [Internet]. 19 oct 2020 [cité 25 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/hopitaux-cliniques/61710-greve-dans-les-services-de-reanimation-des-hospices-civils-de>

185. Agence France-Presse. Plusieurs centaines de soignants manifestent à Paris pour l'accès aux soins et à la santé. Libération [Internet]. 29 mai 2021 [cité 1 juin 2021]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/sante/plusieurs-centaines-de-soignants-manifestent-a-paris-pour-laces-aux-soins-et-a-la-sante-20210529_SYLZMFXUCBCQFFRMY2I3GSdT6A/
186. Tranthimy L. Déserts, hôpitaux : la santé s'est invitée dans le Grand Débat, même Edouard Philippe le reconnaît | Le Quotidien du médecin. Le Quotidien du médecin [Internet]. 8 avr 2019 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/deserts-hopitaux-la-sante-sest-invitee-dans-le-grand-debat-meme-edouard-philippe-le-reconnait>
187. Opinion Way. Traitement des données issues du grand débat national « L'organisation de l'Etat et des services publics » [Internet]. Paris: Le grand débat national; 2019 avr [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://granddebat.fr/media/default/0001/01/ff6903061ebd03d6fe648caea8207c60bf563f1.pdf>
188. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). Vécu psychologique de l'épidémie COVID-19 - ISNI [Internet]. 2020 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://isni.fr/vecu-psychologique-de-lepidemie-covid/>
189. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 23 mars 2020;3(3):1-12.
190. Ornell F, Kessler FHP, Corrêa de Magalhães Narvaez J, Chwartzmann Halpern S. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. Cad Saude Publica. 2020;36(4):1-6.
191. Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. J Affect Disord. 1 sept 2020;274:405-10.

192. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *J Emerg Infect Dis.* déc 2006;12(12):1924-32.
193. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encéphale.* juin 2020;46(3S):S73-80.
194. Collombat B. Pénurie de masques : les raisons d'un « scandale d'État ». *france inter* [Internet]. 23 mars 2020 [cité 19 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/penurie-de-masques-les-raisons-d-un-scandale-d-etat>
195. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Recommandations pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire, social et aux soignants de ville [Internet]. 2020 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_soutien_psychologique-2.pdf
196. Haute Autorité de Santé. Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter [Internet]. 2020 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
197. Hôpital Grand Paris-Nord : les objectifs du « monde d'avant » perdurent, malgré le séminaire national des hospitaliers. *Le Monde.* 29 déc 2020;28.
198. Foul M. Toujours des fermetures de lits ? Après un an de crise, le collectif inter-hôpitaux réclame la révision des projets de restructuration en cours. *Le Quotidien du médecin* [Internet]. 11 mai 2021 [cité 19 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/politique-hospitaliere/toujours-des-fermetures-de-lits-apres-un-de-crise-le-collectif-inter-hopitaux-reclame-la-revision>

199. Bonin S. Négos conventionnelles : « Je ne vois pas quel syndicat accepterait de signer ». egora.fr [Internet]. 26 nov 2020 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/syndicalisme/62473-negos-conventionnelles-je-ne-vois-pas-quel-syndicat-accepterait-de>
200. Marques A. Visite des généralistes, consultations des spécialistes, soins non programmés : ce que la Cnam propose aux médecins libéraux. egora.fr [Internet]. 7 juill 2021 [cité 9 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/67373-visite-des-generalistes-consultations-des-specialistes>
201. Agence Régionale de Santé Grand Est. Virage ambulatoire et soins spécialisés [Internet]. 2020 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/virage-ambulatoire-et-soins-specialises>
202. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale Chapitre V: Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital [Internet]. Paris: Cour des Comptes; 2018 oct [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000642.pdf>
203. Damon J. Pauvreté globale : le choc du COVID-19. Polit étrang. 9 mars 2021;Printemps(1):9-22.
204. Martin L. Les plus pauvres dans la tourmente [Internet]. Observatoire des inégalités. 2020 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Synthese-rapport-pauvrete>
205. Organisation de coopération et de développement économiques. COVID-19 : d'une crise sanitaire à une crise de l'emploi | Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2020 : Crise du COVID-19 et protection des travailleurs [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b1547de3-fr/1/3/1/./../././els-2020-379-fr/index.html>
206. Leclère P. Celles qui comptent : Zoom sur les inégalités en France. Paris: Oxfam France; 2020 janv.

207. Organisation de coopération et de développement économiques. Women at the core of the fight against COVID-19 crisis [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>
208. De Filippis V. Egalité femmes-hommes : « Le fait d’espérer qu’instaurer des quotas dans les grandes entreprises aura un effet sur les strates inférieures est erroné ». Le Monde.fr [Internet]. 24 mai 2021 [cité 27 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/05/24/egalite-femmes-hommes-derriere-les-declarations-d-intention-le-texte-actuel-temoigne-d-un-faible-engagement-politique_6081234_3232.html
209. La Banque Mondiale. PIB (\$ US courants) | Data [Internet]. 2021 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD?most_recent_value_desc=true&year_high_desc=false
210. Organisation de coopération et de développement économiques. Inclusive Growth - Economic growth that is distributed fairly across society [Internet]. 2021 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/inclusive-growth/#Investing-in-people-and-places>
211. Ravez L. Comment la COVID-19 a sauvé l’éthique des soins de santé. *Droit, Sante et Soc.* 2020;2(2):6-12.
212. Arie S. Covid-19: Can France’s ethical support units help doctors make challenging decisions? *BMJ.* 2 avr 2020;369:m1291.
213. Organisation de coopération et de développement économiques. OECD Science, Technology and Innovation Outlook 2020: Science and Innovation in Times of Crisis [Internet]. Dernière édition. Paris: OECD; 2021 [cité 25 mai 2021]. 207 p. (OECD Science, Technology and Innovation Outlook

2021 : Times of Crisis and Opportunity). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oecd-science-technology-and-innovation-outlook-2021_75f79015-en

214. Université de technologie Belfort-Montbelliard. Adaptateurs et visières masques Décathlon® : Documents | UTBM [Internet]. 2020 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.utbm.fr/masques-decathlon-visiere/>

215. isinnova. Charlotte Valve - Easy Covid-19 [Internet]. 2021 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://isinnova.it/archivio-progetti/easy-covid-19/>

216. Locard M, Morice L. Tutoriel : comment le masque de plongée Decathlon peut aider les malades du Covid-19. L'Obs [Internet]. 7 avr 2020 [cité 27 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20200407.OBS27172/tutoriel-comment-transformer-un-masque-de-plongee-decathlon-en-respirateur-de-reanimation-covid.html>

217. Schué R. Des milliers de masques de plongée pour aider les hôpitaux | Coronavirus. Radio-Canada.ca [Internet]. 6 avr 2020 [cité 27 mai 2021]; Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1691361/decathlon-coronavirus-masques-plongee-penurie>

218. Calimport S, Bentley B, de Magalhaes JP, Vinciguerra M. To help aging populations, classify organismal senescence. *Science*. 31 oct 2019;366(6465):576-8.

219. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. 2018 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

220. Organisation Mondiale de la Santé. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f459275392>

221. Larbi K, Roy D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. Insee; 2019 juill [cité 11 févr 2021]. (Insee Première). Report No.: 1767. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
222. Berrard P-Y, Tillatte A. 175 000 seniors dépendants dans le Grand Est en 2030 : un enjeu d'emploi pour les territoires - Insee Analyses Grand Est - 34 [Internet]. Insee; 2017 févr [cité 26 févr 2021]. (Insee Analyses Grand Est). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2588563>
223. Agence régionale de santé Grand Est. Projet Régional de Santé 2018-2027-État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est- Approche par population [Internet]. Nancy: ARS Grand Est; 2017 avr [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_00_SYNTHESE_20170519.pdf
224. République française. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [Internet]. Constitution du 27 octobre 1946 oct 27, 1946. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>
225. Michel J-P, Huber P, Cruz-Jentoft AJ. Europe-Wide Survey of Teaching in Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(8):1536-42.
226. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Association Française de Lutte Antirhumatismale, Association Francophone pour Vaincre les Douleurs, Association Nationale pour la Promotion des Soins somatiques en santé mentale, Douleurs sans frontières, et al. Améliorer la prise en charge de la douleur en France : Treize organisations appellent à agir en urgence et proposent 22 actions concrètes [Internet]. 2020 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/00625059779a43cfe349b?page=1>
227. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Bonin-Guillaume S, Capriz F, Passadori Y. Enquête PUGG: Traitements antalgiques

chez les patients âgés entre juillet et septembre 2018 [Internet]. 2018 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2019/03/enque%CC%82te-pugg-2018-def.pdf>

228. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre blanc de la douleur 2017 : État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. Med-Line. 2017 [cité 7 juill 2021]. 279 p. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc.pdf

229. République Française. Article R.4127-37 du Code de Santé Publique [Internet]. Code de santé publique août 6, 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

230. Tesniere A, Rist S, Riom I. Stratégie de transformation de système de santé: Adapter les formations aux enjeux du système de santé [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2018 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Publications/2018/masante2022_rapport_adaptation_des_formationen.pdf

231. World Health Organization. Age-friendly primary health care centres toolkit [Internet]. 2008 [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310500/>

232. Frank CC, Feldman S, Wyman R. Soins primaires aux personnes âgées: Perles de sagesse et innovations inspirées par des médecins de famille canadiens. *Can Fam Physician*. 1 juin 2018;64(6):e252-4.

233. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Genève: OMS; 2016 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

234. Haute Autorité de Santé. La Haute Autorité de Santé recommande un suivi régulier et personnalisé des proches de patients atteints d'Alzheimer [Internet]. 2010 [cité 16 déc 2020].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_938718/fr/la-haute-autorite-de-sante-recommande-un-suivi-regulier-et-personnalise-des-proches-de-patients-atteints-d-alzheimer

235. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Le 0 800 360 360 : un numéro d'appui dans le cadre de la crise pour les personnes handicapées et les proches aidants [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/numeros-de-telephone-utiles/360>

236. République Française. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1). Journal Officiel déc 28, 2015.

237. Vallet F, Lacombe S. Aidants : c'est parti pour le congé de trois mois indemnisé. Franceinfo [Internet]. 3 oct 2020 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/carriere/vie-professionnelle/retraite/aidants-c-est-parti-pour-leconge-de-trois-mois-indemnisse_4127437.html

238. Besnard X, Brunel M, Couvert N, Roy D. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). nov 2019;(45):37.

239. Département santé d'Opinion Way, Auzanneau N, Chardron S, Lefebvre R. Enquête « Motivations, vécus, aspirations des aidants accompagnant un proche » [Internet]. France: Espace éthique/Ile de France; 2015 [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/enquete-motivations-vecus-aspirations-des-aidants-accompagnant-un-proche>

240. Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (, Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie, Association Nationale des Étudiants en Psychomotricité, Association Nationale des Étudiants en Médecine de France, Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes, Fédération Française des Étudiants en Orthoptie, et al. Contribution grand âge, perte d'autonomie [Internet]. ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FFEO, FNEA FNEO, FNESI, FNSIP-BM,

ISNAR-IMG, UNAEE, UNECD; 2020 sept [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1AudpzgxCstGz_-rX78ZHIX7SPKC26toB/view?usp=embed_facebook

241. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

242. Haute Autorité de Santé. Coordination des soins [Internet]. 2019 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1367444/fr/coordination-des-soins

243. Haute Autorité de Santé. Patient âgé polypathologique : une fiche pour guider la prise en charge [Internet]. 2015 [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974440/fr/patient-age-polypathologique-une-fiche-pour-guider-la-prise-en-charge

244. Lorient M. Difficultés rencontrées par les internes en médecine générale de Reims pour le maintien à domicile des patients âgés, états des lieux et solutions proposées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2010.

245. Duga H, Lefebvre E. Évaluation d'un enseignement interprofessionnel entre les internes de médecine générale et les étudiants en soins infirmiers autour du maintien à domicile de la personne âgée [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2011.

246. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. Lyon, France: ISNAR-IMG; 2013 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

247. Horder J. Interprofessional collaboration and interprofessional education. Br J Gen Pract. avr 2004;54(501):243-5.

248. Liaskos J, Frigas A, Antypas K, Zikos D, Diomidous M, Mantas J. Promoting interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network. *Int J Med Inf.* avr 2009;78(supplement 1):S43-7.
249. Celidoni M, Rebba V. Healthier lifestyles after retirement in Europe? Evidence from SHARE. *Eur J Health Econ.* sept 2017;18(7):805-30.
250. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites - IRDES [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>
251. Moschetti J. Visites à domicile : revaloriser les tarifs pour inciter les médecins ? What's Up Doc [Internet]. 23 janv 2020 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/visites-domicile-revaloriser-les-tarifs-pour-inciter-les-medecins>
252. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 22 avr 2011;12(1):1-11.
253. Aubry F, Couturier Y, Dumont S. Le désintérêt progressif des résidents en médecine familiale à l'égard du suivi à domicile des personnes âgées. *Can J Aging.* juin 2014;33(2):176-84.
254. Yuen JK, Breckman R, Adelman RD, Capello CF, LoFaso V, Reid Carrington M. Reflections of medical students on visiting chronically ill older patients in the home. *J Am Geriatr Soc.* nov 2006;54(11):1778-83.
255. Adelman RD, Fields SD, Jutagir R. Geriatric education. Part II: The effect of a well elderly program on medical student attitudes toward geriatric patients. *J Am Geriatr Soc.* sept 1992;40(9):970-3.

256. Denton GD, Rodriguez R, Hemmer PA, Harder J, Short P, Hanson JL. A prospective controlled trial of the influence of a geriatrics home visit program on medical student knowledge, skills, and attitudes towards care of the elderly. *J Gen Intern Med.* mai 2009;24(5):599-605.
257. Cathalan T, Ferrat E, Compagnon L, Ghasarossian C, Gocko X, Boulet P, et al. Opinions des internes sur les modifications à apporter au DES de médecine générale pour en faire un DES. *exercer.* mars 2017;(131):131-9.
258. portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) Grand Est. Les stages et l'internat [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.grand-est.paps.sante.fr/les-stages-et-linternat-11>
259. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau 3. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. 2021 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
260. Côté L, Deschênes D, Hudon É, Galarnau S, Bolduc G. Quebec College of Family Physicians' new formal mentorship program. *Can Fam Physician.* nov 2019;65(11):481-6.
261. Fraizy D, Morlon F. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS: étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
262. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01568551/document>
263. Hurtaud A, Rouillon F, Fritsch J-P, Lorient M. Internes en SASPAS: moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *exercer.* 2015;26(120):182-90.

264. Marques A. Rallonger d'un an l'internat de médecine générale ? Le débat est ouvert. egora.fr [Internet]. 3 mai 2019 [cité 7 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/controverses/47352-rallonger-d-un-an-l-internat-de-medecine-generale-le-debat-est-ouvert>
265. Martos S. Une quatrième année pour le DES de médecine générale ? Les internes pas fans ! Le Quotidien du médecin [Internet]. 31 mai 2018 [cité 7 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/une-quatrieme-annee-pour-le-des-de-medecine-generale-les-internes-pas-fans>
266. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Internat de Médecine Générale en 4 ans : les internes disent pourquoi pas, mais posent leurs conditions. [Internet]. ISNAR-IMG. 2018 [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/internat-de-medecine-generale-4-ans-internes-disent-posent-leurs-conditions/>
267. Syndicat national des enseignants de Médecine générale. Communiqué de presse SNEMG du 18 avril 2019 [Internet]. 2019 [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_du_18_avril_2019/
268. Collège québécois des médecins de famille. Le programme de mentorat [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cqmf.qc.ca/soutien-a-la-pratique/mentorat/>
269. Kitmédical. KitMédical - Le kit numérique des médecins généralistes [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://kitmedical.fr/>
270. Marie A. Demenceclie [Internet]. 2018 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://demenceclie.fr/index.html>
271. Bdioui A, Seguin É. `` GERONTO-CLIC ' ' : Création d'un outil d'aide à la prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de troubles neurocognitifs en soins primaires dans le Puy de

Dôme [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2019 [cité 7 juill 2021].
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404187/document>

272. Assurance Maladie. Examen de prévention en santé [Internet]. 2020 [cité 10 mai 2021].
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>

273. Bonin S. Fin des négos conventionnelles : ce que la Sécu est prête à dépenser pour les médecins. egora.fr [Internet]. 25 nov 2020 [cité 26 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/62461-fin-des-negos-conventionnelles-ce-que-la-secu-est-prete>

274. Ministère des Solidarités et de la Santé. Nouvelle campagne de promotion du portail « pour-les-personnes-agees.gouv.fr » [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/nouvelle-campagne-de-promotion-du-portail-pour-les-personnes-agees-gouv-fr>

275. MedShake. Statistiques sur les Épreuves Classantes Nationales (ECN) pour la spécialité Médecine générale [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-generale/>

276. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tableau 2. Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2021 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

277. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. mai 2017;(1011):1-6.

278. Bouet P, Gérard-Varet J-F. Atlas national 2020- Tome2 : Approche territorial des spécialités médicales et chirurgicales. Paris: CNOM; 2020.

279. Diachun LL, Hillier LM, Stolee P. Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? *J Am Geriatr Soc.* mars 2006;54(3):512-9.
280. De Biasio JC, Parkas V, Soriano RP. Longitudinal assessment of medical student attitudes toward older people. *Med Teach.* août 2016;38(8):823-8.
281. MedShake. Statistiques sur les Épreuves Classantes Nationales (ECN) pour la spécialité Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-urgence/>
282. MedShake. Statistiques sur les Épreuves Classantes Nationales (ECN) pour la spécialité Médecine vasculaire [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-vasculaire/>

Attestation sur l'honneur



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CARRON Prénom : Tiffany

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale :

A Strasbourg, le 20 juillet 2021.

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.