

ANNEE 2020

N°

**Hospitalisation en entrée directe dans le service de Court Séjour Gériatrique
du CH de Paray-Le-Monial :
Ressenti des médecins généralistes de secteur et pistes d'amélioration.
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 Novembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Zerfa ALI-KADA ZAMFIR

Né(e) le 15 Avril 1988

À Lyon 2ème

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors 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.

ANNEE 2020

N°

**Hospitalisation en entrée directe dans le service de Court Séjour Gériatrique
du CH de Paray-Le-Monial :
Ressenti des médecins généralistes de secteur et pistes d'amélioration.
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 Novembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Zerfa ALI-KADA ZAMFIR

Né(e) le 15 Avril 1988

À Lyon 2ème

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} Septembre 2020

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Membres : Monsieur le Docteur Alain PUTOT

Madame le Docteur Anne WALDNER

Madame le Docteur Elise BAREAU

Monsieur le Docteur Frédéric LEMETAYER

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que je sois déshonorée et méprisée si je manque à mes promesses. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

Le Président, Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Votre soutien malgré les difficultés que j'ai rencontré durant ce travail de thèse a été d'une aide précieuse. Vous m'avez offert une opportunité remarquable pour la suite de ma formation.

Vous avez accepté de présider mon jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus sincère reconnaissance.

Mon Maitre de Thèse, Monsieur le Docteur Frédéric LEMETAYER

Fred, merci d'avoir toujours été un médecin passionné, qui a su me transmettre ton amour de la gériatrie et ton savoir pour progresser tous les jours depuis que je te connais. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être mon Directeur de Thèse aujourd'hui, mais aussi de m'avoir permis de découvrir cette spécialité qui, je l'espère, sera la mienne. Pour tout ça et pour la suite de mon travail à tes côtés, je te suis extrêmement reconnaissante.

Monsieur le Docteur Alain PUTOT

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse, veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Elise BAREAU

Pour votre aide dans la réalisation de cette thèse et surtout pour les améliorations que votre participation a permis de nous apporter dans notre pratique, veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Anne WALDNER

Pour votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse, et je vous en remercie sincèrement.

A MA FAMILLE

A mon mari

Iulian, mon homme de ma vie ! Tu m'as permis de construire la plus belle chose du monde, notre famille à nous. Depuis bientôt 5 ans, tu es mon soutien tous les jours. Maya et toi m'avez rendu plus heureuse que je ne l'ai jamais été. Tu m'as poussé tous les jours et aidé à finir enfin cette thèse, même quand les obstacles s'accumulaient. Merci.
Je t'aime.

A ma fille

Maya. Mon amour, tu es un peu trop jeune pour comprendre ce que ce jour représente mais je te dédie ce travail que je n'aurais pu réaliser sans toi. Comme ton père, ta présence m'a poussé à finir cette thèse. Je vous aime plus que tout.

A ma mère

Qui nous a toujours donné le maximum, malgré les énormes difficultés qu'elle a rencontrés tout au long de sa vie. Merci de m'avoir amené là où je suis aujourd'hui, c'est évidemment grâce à toi et à tes sacrifices que j'ai pu accomplir tout cela.

A Moktaria, Nadia et Ahmed

Vous trois avez été mes soutiens les plus forts et les plus constants. Merci à vous, Mok et Amidou, de m'avoir ouvert la voie. Votre passion pour votre travail, la médecine et vos encouragements m'ont aidé depuis le début de cette longue aventure. Nadia et Mok, mes sœurs chéries, merci de me soutenir encore et toujours. Merci à vous d'avoir été et d'être toujours là pour moi. Je n'y serais pas arrivé sans vous.

A Nordine, Omar, Soumia, Fatima, Naima et les autres

Merci de votre soutien indéfectible pendant toutes ces années. Nos moments tous ensemble sont les meilleurs souvenirs d'enfance, je les chérirai toujours et j'espère que d'autres souvenirs viendront s'ajouter.

A Mostefa, Assia, Aya, Yasmine, Aymen, Iyad, Norhene, Yanis, Chams, Hamza, Rihem, et aux plus jeunes avec qui je n'ai pas eu la chance de passer autant de temps que je l'aurais voulu
Vous avez fait de moi la plus heureuse des tatas. Vous avez grandi trop vite et je vous aime tellement. A très très vite mes chéri(e)s.

A MES AMIS

A mes amies de toujours

Santi, Julie, Samantha, j'ai l'impression que vous avez toujours été là et c'est presque le cas. Toutes ces années passées ensemble sont pleines de souvenirs précieux que je n'oublierai jamais. J'espère en créer de nouveaux tout au long des années à venir. La distance est là mais elle ne m'empêche pas de vous aimer toujours plus. Je vous embrasse. A très vite pour nos retrouvailles toujours aussi sympas. Je vous aime.

A mes amis Charolais

Gaëlle, ma copine d'aventure, avec qui le coup de foudre a été immédiat, à peine arrivée dans cette nouvelle région inconnue pour la jeune interne que j'étais. Six ans seulement depuis mon arrivée, mais j'ai l'impression de te connaître depuis toujours. Il y a toujours des hauts et des bas, mais tu es toujours là pour moi et c'est bien sûr réciproque. A des années de nouveaux souvenirs ! Je t'adore.

Roxana, même si tu as émigré à Dijon pour des jours plus heureux, tu restes à jamais ma co-interne chérie, qui m'a fait passer des moments mémorables, des hauts et des bas, mais qui ne resteront que de merveilleux souvenirs à jamais.

A tous les collègues

Bérénice, Maël, Haroun, Olivia, Lucette, PAD, Florence, Florian, et les autres,
Vous avez fait de mon internat en Bourgogne une période exceptionnelle. On a passé des soirées, des voyages et tout simplement des moments magiques. J'espère avoir de nombreuses autres occasions de profiter d'instantanés avec vous. Je ne vous oublie pas et je vous love !

A ma famille roumaine

Diana et Guillaume, Assea et Paulo, Gheorghe, Sergiu, Luisa,
Vous m'avez permis d'avoir une famille toute proche, toujours là en cas de besoin, toujours là pour passer un bon moment aussi. Merci pour ces journées, soirées, weekends,... C'est un peu grâce à vous que je suis restée et j'espère que vous resterez aussi longtemps près de nous. Pupicii !

A ma belle-famille,

Corina, Anisoara, Gelu

Qui m'a adopté avant même notre première rencontre. Votre soutien m'a beaucoup apporté. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous aider. Multumesc mult !

A tous les autres, je ne pourrais tous vous citer. Merci pour toutes ces rencontres, fortuites ou non, qui me laisseront les meilleurs souvenirs, même les mauvais. Car, avec le temps, tous les souvenirs ne sont-ils pas bons ? (Bravo à ceux qui reconnaîtront)

TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u>	14
<u>Méthodes</u>	17
<u>Résultats</u>	18
I. Organisation de la filière gériatrique et utilisation par le MG.	19
1. Moyens de réalisation des entrées directes	
2. Pathologies concernées	
II. Intérêts de la filière gériatrique et des entrées directes selon les MG	22
1. Eviter le passage et l'attente au SAU.	
2. Faire accepter l'hospitalisation plus facilement aux patients.	
3. Permettre une discussion de dossier entre médecins et avoir un avis spécialisé.	
4. Savoir comment et par qui le patient sera pris en charge	
5. Délais d'hospitalisation	
III. Inconvénients et pistes d'amélioration de la filière gériatrique	26
1. Difficultés à joindre les gériatres	
a. Connaissances des médecins du service	
b. Temps d'attente	
c. Disponibilité hotline	
d. Horaires de la hotline	
2. La communication	
a. Relation ville-hôpital	
b. Communication par mails avec les MG.	
c. Envoi des mots de visite pendant l'hospitalisation	
d. Organisation de rencontres entre gériatre (et autres spécialistes) et MG.	
<u>Discussion</u>	34
<u>Conclusions</u>	38
<u>Références bibliographiques</u>	39
<u>Annexes</u>	40
Annexe 1 : Questionnaire – Fil conducteur des entretiens	
Annexe 2 : Caractéristiques des participants	
Annexe 3 : Flyer adressé aux médecins généralistes de secteur	

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre hospitalier

CODES 71 : Comité Départemental Education pour la Santé 71

CSG : Court séjour gériatrique

MG : Médecin(s) généraliste(s)

SSR : Soins de suite et réadaptation

UADTR : unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide

Introduction

En 2070, la France devrait compter 22 millions de personnes de 65 ans et plus contre 13 millions aujourd'hui, selon l'Insee ¹.

Plus d'un tiers des Bourguignons résident en Saône-et-Loire. C'est le département le plus peuplé de la Bourgogne. Le pays charolais brionnais est un territoire vaste (plus du quart de la surface du département). Il comprend 88 000 habitants (16% de la population départementale), en diminution, toutefois moindre qu'auparavant. Plus d'un habitant sur huit a 75 ans ou plus.²

Le vieillissement de la population est donc une des problématiques principales de ce territoire. Menée en 2009-2010, la Démarche Territoriale de Santé lancée en partenariat avec le CODES 71 a permis de dresser le portrait socio-sanitaire du territoire, dans lequel ressortent des problématiques. Parmi les priorités sur lesquelles travailler :

- **La mobilité et de l'accès aux soins**, désertification médicale, difficultés d'accès aux spécialistes, manque de services de proximité, personnes isolées...
- **Le vieillissement de la population**, mobilité réduite, manque de services de proximité, manque de coordination des professionnels, retour à domicile après hospitalisation, accès aux services à domicile...
- **Personnes en situation de précarité**, accès aux services de santé, isolement.³

Les 75 ans et plus représentent 30% des hospitalisations, celles-ci se faisant essentiellement par les urgences.⁴

La canicule de 2003 a révélé le manque de moyens concernant la prise en charge spécifique des personnes âgées en France. « A la suite de la canicule de l'été 2003, une enquête a été demandée à l'Inspection générale des affaires sociales pour tirer le bilan de la crise et faire des propositions pour éviter son renouvellement. Ce rapport étudie la prise en charge des personnes âgées dans les services d'hospitalisation aiguë. Il présente les aspects sociologiques, organisationnels et statistiques du vieillissement de la population ».⁵

De nombreuses politiques de santé ont été mises en place pour améliorer la prise en charge de cette population particulière que sont les personnes âgées.

C'est dans ce cadre que les filières gériatriques ont été créées.

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte l'évolutivité de ses besoins de santé.

« La filière gériatrique doit permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, en prenant en compte les aidants proches.

Le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes âgées de plus de 60 ans. La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte l'évolutivité de ses besoins de santé. »⁶

Le court séjour gériatrique est au centre de la prise en charge des personnes âgées. Comme défini dans la circulaire du 28/03/2007 relative à la filière de soins gériatriques⁷ :

L'unité de court séjour est un service dans lequel sont hospitalisés des patients de 75 ans et plus, polyopathologiques, et/ou présentant des problèmes sociaux. Les CSG proposent une prise en charge médico-psycho-sociale à des patients présentant un risque de dépendance physique et/ou psychique ne relevant pas d'une spécialité d'organe.

Le court séjour gériatrique est au centre de la prise en charge des personnes âgées. Comme rappelé dans cette même circulaire, le CSG répond à 3 fonctions :

- Assurer une hospitalisation directe ou, le cas échéant, une hospitalisation après passage aux urgences,
- Assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement,
- Assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

Dans ce même document, les missions des CSG y sont décrites comme suit :

- Assurer des admissions directes non programmées afin d'éviter un passage aux urgences,
- Dispenser une évaluation médico-psycho-sociale globale et individualisée,
- Etablir des diagnostics et pratiquer des soins non réalisables en ambulatoire,
- Envisager et organiser le devenir du patient en collaboration avec son entourage.
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques

Il est recommandé de privilégier l'entrée directe au CSG sans passer par les urgences, l'admission résultant d'un contact entre médecin traitant du patient et gériatre du service de CSG, celui-ci étant organisé pour recevoir les appels des médecins généralistes pendant la journée.

Le médecin généraliste est donc l'un des partenaires principaux pour le bon fonctionnement de cette filière gériatrique et notamment des entrées directes en court séjour gériatrique.

Plus loin dans le document sus cité, on note

« Il importe de souligner le rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours, en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Il doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et, plus largement, par le réseau de santé. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement

informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire, à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient. »

Il existe néanmoins des freins à la mise en place et au fonctionnement de ces entrées directes en gériatrie, notamment du côté des médecins généralistes.⁸

La filière gériatrique locale est en place depuis plus de 10 ans, avec des médecins généralistes qui appellent directement les gériatres du service pour organiser des entrées directes. Mais seuls certains des médecins utilisent cette hospitalisation directe, nous en verrons les raisons. Mais depuis Octobre 2016, est venue s'ajouter au fonctionnement de la filière une hotline gériatrique avec accès téléphonique direct à un gériatre du CSG. Un flyer avait été envoyé à tous les médecins généralistes du secteur Charolais Brionnais il y a 4 ans. (Annexe 3).

Le taux d'entrée directe dans le service de Court Séjour Gériatrique (CSG) du centre hospitalier (CH) de Paray-Le-Monial (PL M) a augmenté depuis l'ouverture du service il y a de nombreuses années, les entrées directes ayant toujours été possible mais de manière informelle. Ce taux d'admissions directes a connu un accroissement significatif depuis qu'une hotline gériatrique a été débutée il y a 4 ans. Malgré cet accroissement des entrées directes, il existe toujours un nombre conséquent de passage aux urgences de patients âgés de plus de 75 ans, parfois justifiées mais qui auraient pu être des entrées directes dans le service de gériatrie dans certains cas. Il existe donc des perspectives d'amélioration certaines concernant la filière gériatrique ainsi que les entrées directes en gériatrie.

Nous n'avons eu depuis la mise en place de cette hotline gériatrique que peu de retour des médecins généralistes sur ces hospitalisations en entrée directe qui sont pratiquées depuis de nombreuses années dans le service de CSG. Or, des pistes d'amélioration sont déjà en cours, mais sont-elles compatibles avec les attentes des médecins généralistes travaillant de concours avec nous pour améliorer la prise en charge des personnes âgées du secteur ?

Les entrées directes sont de plus nombreuses que par le passé mais il nous semble que leur utilisation soit encore limitée actuellement.

Ce travail cherchera à mettre en évidence le ressenti des médecins généralistes de secteur, ainsi que les pistes d'amélioration concernant l'hospitalisation en entrée directe dans le service de Court Séjour Gériatrique du centre hospitalier de Paray-Le-Monial.

Le but étant de trouver les éventuels freins à la prise en charge des personnes âgées en entrée directe et de permettre un travail sur ces freins, une amélioration et une augmentation des hospitalisations par entrée directe au CSG.

Méthodes

La recherche a été réalisée par une étude qualitative, à partir de huit entretiens individuels semi-dirigés, réalisés pendant le mois de février 2020.

Ces entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes installés dans le secteur charolais-brionnais.

L'échantillonnage a été de type « boule de neige », les premiers médecins recrutés étant des connaissances de l'investigatrice principale. Tous les médecins avaient déjà travaillé avec le CSG et fait des entrées directes.

Néanmoins, soucieux d'obtenir un échantillonnage de type variation maximale, l'investigatrice principale a été vigilante concernant les caractéristiques de sexe (féminisation profession), d'âge, et de mode d'exercice.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice principale. Celle-ci menait les interviews en se basant sur un guide d'entretien préalablement réalisé, ayant légèrement évolué au fil des entretiens et au vu des premières données collectées. En préambule, l'entretien débutait toujours par un court exposé de la question de recherche.

Le canevas d'entretien (Annexe 1) a évolué au fil des entretiens, des questions pertinentes ayant émergés et d'autres ayant été supprimés car n'amenant pas d'informations nouvelles.

Afin de pouvoir réaliser une retranscription intégrale des entretiens, ceux-ci ont été enregistrés en parallèle sur deux supports numériques. En complément de ces enregistrements audio, l'investigatrice principale prenait des notes afin de pouvoir retranscrire le discours non verbal de chaque médecin.

A partir des fichiers audio, une retranscription mot pour mot, de chaque entretien, a été réalisée par l'investigatrice principale, puis anonymisée, afin d'obtenir les verbatims sur support informatique.

Une analyse thématique par codage inductif des verbatims ainsi obtenus, a été réalisée à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives NVivo 12Plus.

Cette méthode d'analyse consistant en une première étape de décontextualisation des données avec codage axiale (les verbatims étant découpés et codés selon leurs unités de sens, puis catégorisés). S'en suit une étape de regroupement par liens logiques, les idées principales étant codées de façon spécifique puis vient une phase de recontextualisation avec création de catégories d'analyse répondant aux règles de l'analyse de contenu.

La phase de recueil a pris fin lorsque la saturation des données a été atteinte.

Résultats

Les entretiens ont eu lieu auprès de 8 médecins généralistes installés dans le Charolais-Brionnais. La saturation de données a été atteinte au bout de 8 entretiens, aucune nouvelle information n'ayant été retrouvée lors des deux derniers entretiens.

Ces médecins généralistes ont tous travaillé avec le CSG et réalisé des entrées directes dans le service. Ils étaient au nombre de 8. Le sexe ratio était de 5 femmes pour 3 hommes.

L'âge médian était de 42.5 ans (âge minimum : 32, âge maximum : 71 ans), l'âge moyen était de : 48 ans. Les 8 participants faisaient partie de maisons de santé, celles-ci se trouvant entre 2 et 30 km du CSG. Leur ancienneté d'installation s'étendait de 2 à 42 ans.

Les détails des caractéristiques des participants sont détaillés dans le tableau en Annexe 2.

L'analyse thématique a permis de faire ressortir tout d'abord le ressenti positif des médecins généralistes concernant les entrées directes dans le service de CSG. Mais par ailleurs, on met en évidence une problématique principale : le manque de communication entre les gériatres et les médecins généralistes du secteur.

L'analyse qualitative a permis de mettre en avant trois parties sur lesquels ce travail se concentrera.

- I Organisation de la filière gériatrique et utilisation par le MG.
- II Intérêts de la filière gériatrique et des entrées directes selon les MG.
- III Inconvénients et pistes d'amélioration de la filière gériatrique.

I. Organisation de la filière gériatrique et utilisation par le MG.

1. Moyens de réalisation des entrées directes

Tous les médecins interrogés avaient déjà réalisés des entrées directes dans le service de CSG. Ils utilisaient des méthodes différentes, qui ont été décrites de façon spécifique dans les sous parties suivantes.

- Un seul médecin interrogé sur les huit n'avait jamais entendu parler de la hotline gériatrique. Il appelait directement les infirmières du service pour pouvoir ensuite parler à l'un des gériatres.

Investigatrice principale (IP) : Mais en pratique, vous appelez quel numéro ?

Dr 2 : J'ai une ligne directe. [...] 4433 Oui, ça doit être ça. (Il cherche le numéro sur son téléphone portable). 4433, oui.

[Il s'agit en fait du numéro de l'un des offices infirmiers du service.]

Dr 2 : Bah oui, j'ai pas d'autre numéro.

- Deux des huit médecins connaissaient et utilisaient la hotline gériatrique très régulièrement sans problème.

IP : Comment vous y êtes-vous pris pour faire ces entrées directes ?

Dr 4 : 03.85.81.81.81 [Numéro de la hotline gériatrique]

[...]Bah, je me souviens plus trop moi, on nous l'a donné y'a au moins plusieurs années. Euh, 3 ans peut-être déjà ?

Dr 5 : Oui. J'ai appelé directement la ligne directe que vous avez, qui est génialissime, où je tombe sur un de vos médecins, toujours adorable.

IP : Vous passez toujours par cette ligne ? Avez-vous toujours une réponse ?

Dr 5 : Franchement oui.

IP : D'accord. Depuis quand avez-vous ce numéro ?

Dr 5 : Je dirais un an.

IP : Vous arrive-t-il de passer par le standard de l'hôpital ?

Dr 5 : Si vraiment je veux un gériatre, non, je passe directement là [par la hotline], parce que sinon, c'est la cata.

La plupart des médecins n'utilisaient pas la hotline régulièrement du fait du manque d'informations et plus particulièrement du manque de renouvellement de l'information.

- Certains appellent le standard du CH car pensent que la hotline n'est pas le numéro à faire en première intention.

Dr 3 : J'appelle le standard, parce que Paray, c'est un des seuls hôpitaux du coin où on a un standard qui nous répond. Et puis après, je demande le court séjour gériatrique. [...]Et ils me disent « quel secteur », je leur dit « peu importe » (Rires). Et là, en général, je tombe sur une infirmière qui me dirige soit sur le cadre, soit sur un médecin.

[Concernant la hotline, connue par le médecin]

Dr 3 : Euh, non. Non, j'avoue que je le fais en deuxième intention, en fait. Après je ne sais pas ce qu'il faut faire. Pour moi, celui-là, c'est quand, justement, quand je suis coincée, quand je n'arrive pas à avoir la place au CSG directement.

- Un autre pensait que la hotline ne servait qu'à avoir un avis et non pour une hospitalisation

IP : Savez-vous qu'il existe une hotline gériatrique ?

Dr 2 : Oui. Oui, dans tout ça, je l'ai (cherche dans une pile de papiers et flyers). Je l'ai mais ça ne tombe pas forcément chez vous. [...] mais comme moi j'appelle pour une hospitalisation, j'ai besoin du service.

Je ne l'utilise jamais. Je sais que ça existe, mais c'est plus pour un avis, oui. Non moi quand j'ai besoin d'un avis, en fait c'est une hospitalisation.

IP : Et ce papier, vous l'avez eu il y a longtemps ?

Dr 2 : Euh oui. 2-3 ans. Mais en fait, je ne m'en suis, non, jamais servi. Parce que si ça marche comme ça,... [Avec l'autre numéro]

- Un des médecins interrogés pensait que la hotline ne fonctionnait plus, sans se souvenir d'où venait cette information.

Dr 6 : Et bien, il fut un temps où nous avions un numéro direct et ça c'était très très bien.

[...]

Dr 6 : Je l'ai pas, mais dans mon précédent agenda, je l'avais encore. Il était d'ailleurs noté partout. Et même dans les EHPAD. Il n'y est plus et j'ai cru comprendre que ça ne marchait plus. [...]

Dr 6 : Oui, nous avons dû avoir quelque chose, une info il y a quelques années, comme quoi il y avait un numéro et qu'on pouvait joindre directement un gériatre, notamment entre midi et quatorze heures, alors je ne sais pas si c'est toujours valable ou pas. J'avais l'impression que ça n'existait plus, qu'on ne pouvait plus

2. Pathologies concernées

Les pathologies pour lesquelles les patients sont adressés en entrée directe sont multiples mais retrouvés de façon similaire dans les entretiens. Ces admissions permettent selon les MG la prise en charge globale du patient, médicale, sociale, psychologique,...

On retrouve principalement des MADD d'une part et des décompensations d'organes, problèmes infectieux d'autre part.

Dr 1 : L'entrée directe en gériatrie ? Souvent des MADD, soit sur des troubles cognitifs, avec fatigue de l'aidant. Il y a ça, et puis les décompensations aiguës, respiratoires ou cardiaques, surtout ça.

Dr 2 : Une décompensation cardiaque, une température, un fléchissement de l'état général, une anorexie, quelqu'un qui ne va pas bien.

Dr 3 : Maintien à domicile compliqué.

Dr 4 : En gériatrie, c'est souvent des baisses de l'état général, des stabilisations après chute, par exemple, ça peut arriver. Et puis les pathologies infectieuses, ça peut arriver.

Dr 5 : Particulièrement quand le maintien au domicile devient trop compliqué, donc on est sur une polypathologie avec troubles cognitifs et que le domicile devient extrêmement compliqué, j'avoue. [...] et ensuite ce qui est génial avec vous, c'est que c'est en lien avec l'assistante sociale et ensuite placement en EHPAD. Je dis qu'il ne reviendra pas à la maison, bien entendu, mais ça ouvre au moins toutes ces pistes-là et les portes pour les familles et le patient, voilà. Et en plus, pour avoir un vrai avis gériatrique sur l'ensemble, est-ce que les traitements sont convenables ? En attendant le placement en EHPAD.

Si après, j'ai un problème aigu de pneumopathie, ou que je dois hospitaliser selon des critères. Après, tout ce qui est pathologies aiguës : grosse déshydratation au domicile, gros problèmes ioniques, que je ne peux pas gérer. Voilà, toute pathologie aiguë, qui nécessite une hospitalisation ou tout maintien au domicile trop compliqué.

Dr 6 : Alors je vais vous dire les dernières, que j'ai en tête là. Décompensation cardio respiratoire. J'ai un patient qui y est allé régulièrement là pour altération de l'état... qui a une altération de l'état général et souvent il fait des déglobulisations donc voilà. Y'en a un il y a pas très longtemps où j'ai dû faire du forcing auprès du patient. J'avais téléphoné au gériatre (Dr L) et on avait négocié, c'était une orchite-épididymite, on avait négocié un traitement à domicile et puis finalement, le patient n'allait pas bien, il avait une grosse insuffisance rénale, donc il a été hospitalisé 48h après mais dans la foulée, assez rapidement. C'est souvent quand même en général des grosses pathologies.

La majorité des médecins interrogés préféraient une admission directe dans le service à un passage au SAU, pour les personnes âgées, quelle que soit la pathologie, en dehors de la douleur thoracique.

IP : Y-a-t-il des pathologies ou cas où vous passez tout de suite par les urgences ?

Dr 6 : Non, pour les personnes âgées, j'appelle plutôt dans le service et puis après je vois avec le gériatre s'il y a besoin qu'on passe par les urgences ou pas. Parfois, comme y'a pas longtemps, le SAMU s'est déplacé donc on se pose pas la question. On a aussi des surinfections bronchiques, euh, je cherche, j'ai dû avoir ça il n'y a pas longtemps.

Après, souvent, c'est des patients qui sont vus à domicile. Donc je préfère avoir l'avis du gériatre et avec le gériatre, on discute : si il y a de la place ou non, si ça nécessite un passage par les urgences.

Dr 3 : Alors moi, j'essaie de faire au maximum des entrées directes. Après une douleur thoracique, ça sera par les urgences de toute façon.

II. Intérêts de la hotline gériatrique et des entrées directes selon les MG

1. Eviter le passage et l'attente au SAU.

Pour tous les médecins interrogés, le principal avantage de l'entrée directe au CSG est d'éviter le passage au SAU. D'abord pour le temps d'attente, qui peut être important, mais aussi et surtout pour ne pas faire passer les patients âgés par plusieurs services, ce qui a tendance à les perturber.

Dr 1 : C'est vrai que je ne me pose pas la question quand j'ai mon papi de 85 ans qui est plein de flotte, si je peux le faire entrer direct, que ce soit chez vous ou ailleurs, je le ferais direct.

IP : Mais alors pourquoi se tourner plus vers l'entrée directe ?

Dr 1 : Pour pas que le patient attende, pour éviter l'attente aux urgences, pour que ça évite de multiplier les transferts entre service, pour diminuer les risques de confusion du patient. Surtout ça.

IP : Si on doit résumer l'intérêt principal, pour toi, de l'entrée directe ?

Dr 1 : Oui, c'est ça, d'éviter l'attente, d'éviter la multiplication des intervenants et que ça entraîne des confusions et/ou désorientations chez la personne âgée.

Dr 3 : Enfin, pour les personnes âgées, je trouve que c'est tellement mieux que de les laisser trainer 4 heures aux urgences et voilà. C'est compliqué en ce moment les urgences, donc si on peut faire une entrée directe, c'est mieux.

Dr 3 : C'est vraiment éviter le temps d'attente aux urgences, c'est vraiment la qualité de la prise en charge...

Dr 4 : c'est surtout par rapport aux gens, c'est pas mal parce qu'on sait qu'ils ont pas à trainer par les urgences et que c'est bien pour tout le monde. Quand ils sont un petit peu limités, un peu perturbés, qu'ils changent de service et tout ça, ça les perturbe les patients.

Dr 4 : Je pense que c'est moins traumatisant.

IP : Hm hm

Dr 4 : Y'a un délai d'attente qui est amélioré, enfin y'a pas d'attente (Rires) ou peu. C'est plus confortable et les patients le disent eux-mêmes. « Je veux pas passer par les urgences et tout ça », parce qu'ils ont eu un vécu difficile une première fois et voilà.

Dr 5 : On préfère des fois gérer nous-même ou clairement, aller voir un gériatre directement. Aujourd'hui, la prise en charge de la personne âgée aux urgences n'est pas celle qui doit avoir lieu, donc ça déstabilise beaucoup mes patients. Donc j'essaye au maximum d'éviter le passage par les urgences.

IP : Déstabiliser les personnes âgées, dans quel sens ?

Dr 5 : Je dirais que, elles ne sont pas écoutées, et parce qu'elles sont âgées, on ne les écoute pas. Donc en effet, j'essaie toujours de passer par un gériatre avant tout.

IP : Pour les patients, quels sont les avantages de cette hospitalisation en entrée directe ?

Dr 5 : Principalement le gain de temps, pour le patient, et pour la famille aussi.

IP : Et du côté du patient, voyez-vous des inconvénients, des intérêts ?

Dr 6 : Inconvénients je ne vois pas. Intérêts : rapidité de l'équipe, ne pas trainer sur un brancard aux urgences.

Dr 6 : C'est dommage qu'il passe par les urgences parce que, euh, c'est une équipe supplémentaire. Après, on sait pas forcément comment ils vont être reçus, etc...

2. Faire accepter l'hospitalisation plus facilement aux patients.

Les patients rapportent aux MG être rassurés de ne pas passer par les urgences et d'arriver directement dans un lit d'hospitalisation.

Dr 3 : Pour les patients, souvent pour les patients âgés, souvent quand on leur dit « là tout de suite, vous allez à l'hôpital », ça les angoisse beaucoup. Quand on leur dit « ah ben demain matin, vous avez le temps de vous préparer psychologiquement, préparer vos affaires, de prévenir les infirmières, les enfants, les machins-machins. » Eh ben pour eux, c'est vachement plus cool. Donc de ce côté-là, c'est... Je pense à une dame que j'ai fait hospitaliser hier, enfin non, j'ai appelé hier et on m'a dit que ce serait pour aujourd'hui et qui m'a dit « aujourd'hui, j'y vais pas, mais demain je veux bien ». (Rires)

Dr 5 : Oh ils sont quand même extrêmement rassurés d'arriver directement en service de gériatrie et de pas être repassés par les urgences, ça c'est une certitude. Et un gain aussi de confiance, je dirais.

IP : Ils vous le disent comme ça ?

Dr 5 : Ah oui complètement. C'est simple hein, je leur dis « Vous allez aux urgences » ou « J'appelle une ambulance qui vous emmène aux urgences », le patient semi-rural, il vous dit non. Il s'en va. Par contre, « Demain, vous êtes hospitalisé en service de gériatrie ». « Y'a pas de souci docteur, je vais faire mes valises. A quelle heure l'ambulance vient me chercher ? ». C'est clair, les patients ici, c'est honnête, ça ne passe pas par euh... (sourire)

3. Permettre une discussion de dossier entre médecins et avoir un avis spécialisé.

L'appel à la hotline gériatrique permet selon certains MG interrogés de discuter du dossier et d'avoir un avis, ce qui est intéressant, même dans les cas où cela ne conduit pas à une hospitalisation.

Dr 5 : Déjà, c'est d'échanger directement avec le médecin, avant tout. Comme ça, on ne passe pas par l'infirmière, le standardiste, c'est directement avec le médecin. Je ne prendrais pas mal le fait qu'il me dise « ça ne nécessite pas une hospitalisation. Est-ce que tu peux faire ça ? ». Donc ça veut dire qu'il y a une communication, il y a un échange entre médecins, qui est diplomate, ça me permet moi aussi d'avoir un avis spécialisé gériatrique. Je trouve que c'est là où c'est bien. Parce que quand j'appelle, j'ai pas forcément dans l'idée précise de dire « je veux qu'il me la prenne en hospitalisation », à moins que ce soit vraiment un maintien à domicile compliqué et là on comprend mon désarroi, parce que le gériatre se dit « si je la prends pas, c'est pas le médecin généraliste qui va faire quelque chose ». Mais sinon, quand c'est un problème aigu, je préfère aussi avoir l'avis du spécialiste mais bien souvent, quand j'appelle, ils savent que c'est qu'il y a besoin d'hospitaliser derrière. Parce que je pense que d'un point de vue hospitalier, vous savez à qui vous avez affaire au bout du fil.

IP : D'accord, oui.

Dr 5 : Donc c'est plus pour ça. Moi je trouve que ça va plus vite, tout simplement. Ça va plus vite, on a une réponse adaptée, plus rapide.

Dr 1 : Et justement, ce qui était bien, c'est que comme on se connaît aussi, on peut discuter aussi. Si je dis « non j'ai besoin d'une hospit aujourd'hui, on arrive à trouver une solution ». Enfin, pour moi, ça s'est toujours présenté comme ça. Si vous me dites « est-ce qu'on peut décaler ? » et que je sens effectivement que ça peut attendre, on le décale et puis voilà. On arrive à en discuter.

4. Savoir comment et par qui le patient sera pris en charge

Le fait de connaître le service et la prise en charge dans le service rassure aussi les médecins généralistes, d'autant plus si le patient est connu du CSG.

Dr 6 : Oui, le fait que nous connaissions les équipes, que l'on sache qu'il y aura une bonne prise en charge, adaptée. C'est rapide. Il y aussi le fait que ce soit des patients qui sont hospitalisés de façon répétitive et donc le médecin connaît le ou la patiente et ça permet un suivi plus intéressant, plus linéaire. Voilà c'est le service gériatrique du patient, quoi. [...] L'avantage d'envoyer dans un même service, c'est que ça évite aux gens de refaire un autre parcours.

5. Délais d'hospitalisation

Selon l'avis unanime des médecins interrogés, les délais d'hospitalisation étaient tout à fait convenables et les patients étaient même parfois pris « trop rapidement ».

IP : Quels ont été les délais pour faire hospitaliser tes patients ?

Dr 1 : C'était sur la journée ou le lendemain.

IP : A chaque fois ?

Dr 1 : Oui les dernières fois, oui c'était ça oui. Ça a rarement été la semaine. Oui plutôt dans les 48 heures.

IP : Ces délais étaient-ils convenables, selon toi ?

DR 1 : Oui, oui, je n'ai pas eu de souci. Les rares fois où c'était des décompensations, des trucs où il y avait besoin d'hospitaliser tout de suite, ça a été fait tout de suite.

IP : D'accord. Quels sont les délais pour faire hospitaliser un patient ?

Dr 2 : Aucun problème. 24-48 heures.

IP : D'accord, c'est jamais plus ?

Dr 2 : Non. Sauf quand c'est moi qui demande un délai plus long, comme la dame dont nous parlions tout à l'heure. Et ça a l'air de plus poser problème quand c'est un peu long, ou loin, que quand c'est tout près.

IP : Quels ont été les délais pour faire hospitaliser un patient en entrée directe ?

Dr 3 : 24 heures, à peu près. Dans les 24 heures. Mais de toute façon, quand c'est plus urgent, on passe par les urgences. Et puis, c'est arrivé que ce soit moi qui dise, y'a pas d'urgence à la minute, ça peut attendre la fin de la semaine ou des choses comme ça.

IP : Ok. Quels ont été les délais pour faire hospitaliser un patient ?

Dr 4 : C'est plutôt court, c'est entre deux et trois jours et la semaine d'après éventuellement, quand c'est un petit peu plein et qu'on nous demande si ça peut attendre et voilà. On gère ça en général c'est dans... Ça peut être le jour même, c'est arrivé. Donc, du jour même, à une semaine après.

IP : Est-ce que ça vous paraît acceptable ?

Dr 4 : Oui. Oui, dans l'ensemble, oui. J'ai rarement eu le cas où l'on m'a dit « Non, nous n'avons pas de place ». Ça peut arriver hein, mais ça a été très rare.

IP : Ok. Quels ont été les délais pour faire hospitaliser un patient ?

Dr 5 : C'est toujours le lendemain, moins de 24h.

IP : D'accord.

Dr 5 : Il y a des fois c'est même l'après-midi même. Je leur dis « oulala, elle est pas prête là ».

IP : Si on vous dit, dans une heure dans le service ?

Dr 5 : Ah oui oui oui, c'est très rapide. J'avoue que c'est même moi qui dit « demain, ça vous va ? ». Donc voilà, moins de 24, ça c'est sûr.

IP : D'accord, et ça vous va, comme délai ?

Dr 5 : Plus que bien.

IP : D'accord. Ensuite, quels ont été les délais pour faire hospitaliser un patient ?

Dr 6 : De mémoire, c'est toujours quand même assez rapide, euh 24-48h au plus. Ou parfois l'après-midi même.

III. Inconvénients et pistes d'amélioration de la filière gériatrique

1. Difficultés à joindre les gériatres

a. Connaissances des médecins du service

On remarque lors des entretiens que la connaissance personnelle d'un médecin n'était pas jugée comme un facteur facilitant pour faire hospitaliser un patient par entrée directe pour la majorité des médecins.

IP : Est-ce que connaître les gériatres vous permettraient d'avoir des places plus facilement ?

Dr 3 : Moi, les connaître personnellement ou pas, c'est pas forcément ce qui m'intéresse, c'est qu'effectivement on puisse s'avoir régulièrement au téléphone pour discuter aussi des patients.

Dr 6 : Non je ne pense pas que j'aurais des places plus facilement, ni de vous appeler plus facilement, ce n'est pas un frein. Avant tout c'est l'intérêt des patients qui est important et ça ne change rien. Je ne vais pas hésiter à vous appeler parce que... Ça aurait peut-être un intérêt confraternel parce que c'est toujours intéressant de mettre un visage sur les gens qu'on a au téléphone.

Dr 4 : C'est toujours intéressant qu'on se connaisse un peu, c'est pas mal.

IP : Cela vous permettrait-il d'appeler plus facilement ?

Dr 4 : Oui, peut-être.

b. Temps d'attente

L'une des difficultés citées par la quasi-totalité des médecins interrogés est le temps nécessaire pour contacter les gériatres, quel que soit le moyen utilisé.

Dr 1 : En général, j'arrive à avoir un médecin. Après, c'est juste le temps quoi. En fait le problème, c'est juste le temps d'attente quoi.

IP : Avez-vous eu des difficultés à joindre les gériatres ?

Dr 2 : Quelques fois, ça dépend.

IP : De quel genre de difficultés s'agit-il ?

Dr 2 : bah de temps parce que vous êtes auprès de quelqu'un donc on me dit de rappeler ou que vous allez me rappeler, ou c'est pas la bonne heure, pas le bon moment.

IP : Avez-vous déjà eu des difficultés particulières à joindre les gériatres ?

Dr 3 : Non, des fois, ça prend un peu plus de temps quand c'est pas les bons horaires. Quand j'appelle à 9h, par exemple, je pense qu'il doit y avoir un staff ou je ne sais pas quoi. Donc c'est un peu plus long mais en général, non.

IP : Est-ce que ces appels vous prennent beaucoup de temps ?

Dr 6 : Oui, bah dès qu'on est obligé d'appeler un spécialiste, ça nous prend forcément du temps, déjà la gériatrie c'est pas facile, enfin c'est toujours assez long de récapituler les choses et voilà, ça prend un certain temps quoi.

Mais le temps n'est pas un frein absolu.

IP : Est-ce que le temps d'attente t'a déjà dissuadé d'appeler pour demander une entrée directe ?

Dr 1 : Non, parce que quand j'en ai besoin, je le fais.

Jusqu'à présent, je pars du principe que, [...] quand j'ai besoin de prendre du temps pour appeler ou pour faire hospitaliser, bah je le prends. Tant pis si je suis en retard. Je suis pas là à me dire que j'en ai encore 30 à faire derrière jusqu'à 21h. Tant pis et puis voilà. [...] non ça ne me limite pas sur le fait de passer un coup de fil. Oui, ça me gonfle quand on n'arrive pas à avoir quelqu'un et qu'on passe un quart d'heure au téléphone mais, s'il faut, je le fais.

c. Disponibilité de la hotline

Un seul médecin préférerait passer par le standard plutôt que par la hotline du fait de l'absence de réponse immédiate de la hotline parfois.

IP : Concernant la hotline gériatrique.

Dr 3 : Alors c'est vrai que quand on appelle ce numéro-là, la personne va pas forcément répondre tout de suite tout de suite tandis que si on sait qu'on passe par le standard, on va y passer un quart d'heure mais on sait qu'il y aura quelqu'un. Mais avec la hotline, on m'a toujours rappelé assez rapidement en général.

d. Horaires de la hotline.

La hotline gériatrique est joignable de 9h à 17h du lundi au vendredi, ce qui ne correspond pas aux horaires des MG.

Dr 1 : 9h-17h ? C'est peut-être ça qui pose souci (rit) justement. Parce qu'à 17h, nous on n'a jamais fini nos consultations. Et pourquoi 17h ?

On en a déjà parlé, mais moi je commence mes consultations à 15h et je consulte jusqu'à 18h30. J'ai encore 1h30 de consult après 17h, donc je peux avoir une personne âgée qui arrive là et donc c'est dommage que cette personne-là ne puisse pas rentrer.

[...]

C'est vrai que 17h, c'est raide quoi, je trouve, pour tout, que ce soit pour les secrétariats, comme pour la hotline. C'est raide sachant qu'en plus de ça, ça ne correspond même pas à ce que nous, l'ARS et la CPAM nous demande en permanence de soins. Parce que je ne sais pas si tu te rappelles, mais la garde, l'astreinte de MG, ça commence à 20h. Donc on a 2h de battement entre votre garde à vous et la nôtre. Nous théoriquement, en tant que maison de santé, au niveau de l'ARS, dans les critères pour avoir l'accréditation de maison de santé, on

est sensé avoir une permanence de soins qui couvre 8h-20h. Donc nous on gère parce qu'il y a toujours quelqu'un qui reste jusqu'à 19h30, à faire de la paperasse, si quelqu'un vient à appeler. Mais si à 18h-18h30, on est encore en train de consulter, à l'hôpital, quel que soit le service, ils sont déjà passés en garde, donc il n'y a plus personne. Donc sur ce créneau-là, c'est forcément les urgences.

Dr 1 : Je comprends que les gériatres ne puissent pas rester jusqu'à 20h dans le service. Mais c'est justement sur ça que l'on essaye de discuter avec les politiques pour qu'on arrive à s'accorder entre hôpital et ville. Le problème qu'il y a, c'est qu'il y a ce créneau-là entre 18 et 20 où on ne fonctionne pas pareil. Et je pense que tu le verras probablement, mais sur tous les médecins que tu interrogeras, je pense qu'aucun ne te dira qu'il en a fini avec ses consultations à 18h30. Et ça, ça pose problème, parce que après on n'a plus le choix, c'est forcément les urgences.

Dr 6 : Mais en parlant de ça, un de nos soucis, juste tout à l'heure, je le constatais encore, c'est que entre midi et 14h, nous on travaille, et il faut qu'on puisse avoir des correspondants. Par exemple, pour les secrétariats, etc., c'est compliqué. Et en fin de journée, si c'est urgent, on passera plus par les urgences.

IP : Et jusqu'à quelle heure appelez-vous dans le service ?

Dr 6 : Moi je fais plutôt mes visites dans la journée, et l'EHPAD j'y vais le samedi matin pour faire mes visites, donc après c'est si j'ai un problème pendant mes consultations mais c'est pas la chose la plus fréquente. Le plus souvent, c'est bien entre midi et 14h.

Une entente entre MG et médecins hospitaliers (et ARS) serait la bienvenue pour adapter les horaires, notamment en fin de journée.

Dr 1 : C'est quelque chose qui a déjà été discuté entre MG, de dire à l'ARS, qu'il ne faudrait pas que ça débute à 20h mais à 18h. Sauf qu'ils refusent, parce que ça fait des créneaux en plus à payer.

Donc c'est quelque chose à revoir, un créneau un poil plus long. Je pense que le matin, ça ne gêne pas trop parce que, en commençant les consultations, on peut rappeler un peu plus tard, alors que le soir, il faut rappeler le lendemain, donc une autre journée où il faut reprendre du temps. Et moi je me rends compte, les mots que je peux me mettre : « rappeler pour avoir compte rendu », « rappeler pour avoir avis », une fois sur deux, je ne le fais pas ou ça repousse et c'est ça qui peut être éventuellement gênant.

Même pendant les horaires actuels de la hotline, il peut y avoir des moments où il est impossible au médecin de répondre.

Dr 3 : Non, des fois, ça prend un peu plus de temps quand c'est pas les bons horaires. Quand j'appelle à 9h, par exemple, je pense qu'il doit y avoir un staff ou je ne sais pas quoi. Donc c'est un peu plus long mais en général, non.

Certains médecins généralistes s'adaptent aux horaires de la hotline pour organiser leur journée, quand cela est possible.

Dr 3 : Non parce que en général, c'est rare que ce soit à ce moment-là qu'on appelle. En général, quand on appelle à 9h, c'est qu'on a eu l'infirmière la veille au soir et qu'on s'est dit,

je gère ça en premier le matin. Mais souvent, c'est plutôt,... Je fais mes visites en général de 2 à 3h, donc c'est souvent à ce moment-là que j'appelle et en général, il n'y a pas de souci.

IP : Concernant les horaires de la hotline et des entrées directes, vous conviennent-ils ? Pourraient-ils être améliorés ?

Dr 3 : Non, en général, c'est bien parce que vous demandez autour de 15h en général les entrées et que moi je fais mes visites de 2 à 3, donc ça se goupille juste bien. Et les gens, ça leur laisse le temps, si c'est prévu un peu à l'avance, de préparer leurs affaires.

Au final, pour 6 des 8 médecins, les horaires de la hotline gériatrique ne posaient pas de problème et étaient convenables.

IP : Avez-vous déjà eu des difficultés à joindre les gériatres ?

Dr 4 : Aujourd'hui, j'ai appelé à 17h, donc je conçois que ce soit difficile. Non en général ça se passe très bien. D'habitude j'ai quelqu'un.

IP : Il vous est déjà arrivé de laisser des messages ?

Dr 4 : Ca m'est arrivé oui, pour qu'on me rappelle. Ça a été fait dans la journée qui a suivi oui, ou le lendemain.

IP : Est-ce que vous reprenez des difficultés particulières ?

Dr 4 : Non, je dois dire que non.

IP : Concernant les horaires de la hotline, vous paraissent-ils convenables/acceptables ?

Dr 4 : Je ne les connais pas, mais j'appelle habituellement avant 17h. Ou alors l'infirmière coordinatrice. J'ai voulu appeler tout à l'heure mais après 17h, je n'ai eu personne [sur la hotline].

IP : Et donc, qu'avez-vous fait ?

Dr 4 : Oh j'appellerais demain matin. C'est pas une urgence, non pas à ce point-là. C'est pour une dame qui faudrait qu'on hospitalise mais plutôt la semaine prochaine, compte tenu de l'organisation familiale et tout ça, donc j'espère que j'aurais de la chance demain.

IP : Ok. Concernant les horaires de la hotline et des entrées directes, vous conviennent-ils ?

Dr 5 : Non j'ai eu la chance de tomber sur les horaires d'ouverture où il y a toujours quelqu'un qui m'a répondu donc pas de souci particulier. [...] Mais j'ai envie de vous dire, si c'est 18h, je rappelle dès le lendemain matin, on n'est pas à une nuit près. Et si c'est une grosse urgence, ça va aux urgences.

IP : Est-ce que vous pensez que les horaires peuvent être améliorés ?

Dr 5 : On peut faire 24/24 (Rires), vous dites à nos gériatres. Je crois que côté amélioration, on est déjà très bien, 9-17, on a une plage horaire qui est bien large donc...

2. La communication

Le manque de communication entre les différents acteurs de la filière gériatrique est, comme on le retrouve dans les entretiens réalisés, le principal inconvénient selon les MG. Ceux-ci décrivent d'ailleurs pendant les entretiens des idées de projets pour pallier à ce manque de communication.

e. Relation ville-hôpital

Il existe un manque flagrant de communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers en général.

D'abord, les médecins interrogés ne savent pas toujours qui sont les médecins qui travaillent à l'hôpital au fil du temps et ne sont pas tenus au courant des changements, départs et arrivées de nouveaux praticiens.

Dr 2 : Avant les gens, ils arrivaient à l'hôpital, ils arrivaient en ville, les pharmaciens, les infirmières, ils se présentaient.

Dr 2 : Je pense qu'il existe un problème principal de communication entre l'hôpital et la médecine générale. On n'est pas au courant des arrivées et des départs, des nouvelles possibilités de prise en charge, de consultations. On pourrait recevoir un mail de la part de l'hôpital pour être au courant de tout ça.

Dr 3 : C'est vrai qu'il faudrait trouver un moyen de communication entre l'hôpital et les médecins, un peu fluide pour qu'on sache, enfin pour nous et même pour vous, pour les médecins qui arrivent ou qui partent. [...] Donc je pense que ce serait plutôt un bulletin qui sortirait une fois par mois, envoyé par mail à tout le monde, ce serait un petit peu plus simple.

Dr 1 : Ca a été quelque chose qu'on avait fait remonter à un moment en disant qu'on n'était pas au courant de ce qu'il se passait à l'hôpital. Le site de l'hôpital n'est pas mis à jour avec les médecins qui y exercent. Dans votre service, il y a un nouveau, ou deux. En dehors des Dr M., L., et toi, je ne les connais pas.

Donc quel que soit le service, on ne sait, il y a des arrivées, en chirurgie notamment...

Dr 3 : Ce serait bien avec tous les médecins de l'hôpital aussi (Rires). Non mais c'est vrai que nous ce qu'on a plus du mal, c'est de savoir qui consulte... Les patients nous disent « Alors vous nous conseillez qui ?

Voilà, c'est plus nous tenir au courant. Alors on avait essayé de voir avec le Pays Charolais Brionnais d'avoir une fois par mois une espèce de gazette mais en fait ça n'a pas vraiment été mis en place et voilà je pense qu'on était parti un peu dans tous les sens et sans savoir comment mettre ça en place. C'est vrai qu'il faudrait trouver un moyen de communication entre l'hôpital et les médecins, un peu fluide pour qu'on sache, enfin pour nous et même pour vous, pour les médecins qui arrivent ou qui partent.

IP : Vous ne recevez pas d'information de l'hôpital ?

Dr 3 : Y'a certains médecins qui font la démarche de nous envoyer un courrier quand ils arrivent, y'a certains qui viennent se présenter. Je sais que le Dr R. était venu se présenter par exemple. Qui c'est qui s'est présenté y'a pas très longtemps, c'est le Dr T., qui est venu au cabinet. Voilà, après nous, on n'a pas forcément besoin d'avoir la personne en face de nous forcément pour qu'on travaille ensemble mais juste savoir qui est là, qui n'est plus là.

Une proposition avait été faite à un des MG pour palier à ce manque de communication.

IP : Que proposait le pays Charolais Brionnais ?

Dr 3 : On avait proposé une forme de gazette où chacun pourrait rentrer les infos mais je ne suis pas sûre que ça marche comme ça si chacun ne va pas faire l'effort d'aller la regarder, ça

ne va pas servir à grand-chose. Donc je pense que ce serait plutôt un bulletin qui sortirait une fois par mois, envoyé par mail à tout le monde, ce serait un petit peu plus simple. Mais je ne sais pas, donc à rediscuter.

f. Communication par mails avec les MG.

Deux médecins préféreraient une communication par mail des courriers, ce qui est déjà le cas avec d'autres établissements.

*Dr 1 : Parce que le temps perdu par nos secrétaires, elles font 80% de scan de courriers de l'hôpital, qui, une fois qu'il est arrivé et scanné, part à la poubelle. Parce que nous, on ne garde plus rien. Avec le CHU, sur les boîtes mails sécurisés, on reçoit le mail et c'est intégré directement et beaucoup plus facilement. C'est royal
Ça fait du gain de secrétariat, du gain de papier. Parce qu'on en reçoit une pile énorme tous les jours quoi.*

Dr4 : Quelquefois effectivement un petit message, ça pourrait être intéressant pour avoir effectivement les premières données. [...] Oui mais faudrait avoir une connexion, ça serait plus facile (Rires)

g. Envoi des mots de visite pendant l'hospitalisation

Un inconvénient mentionné de façon récurrente durant les entretiens était le manque d'information pendant le temps de l'hospitalisation, qui peut être long si on considère le temps au CSG puis éventuellement en SSR. Les médecins traitants doivent alors attendre de recevoir le courrier de sortie sans aucune information de suivi pendant l'hospitalisation. Les médecins demandaient alors un effort de la part des hospitaliers lors de la durée de l'hospitalisation, lors des transferts dans un autre service et/ou établissement.

Dr 3 : Après, nous ce qu'on ne sait pas trop, quand vous renvoyez les gens après en SSR, par exemple, on ne sait pas toujours où en sont les patients.

Dr 3 : Eventuellement, si on pouvait être nous prévenu, je sais pas si c'est possible mais prévenu quelques jours à l'avance par un moyen ou par un autre, que le patient rentre à domicile par exemple, voilà on pourrait peut-être plus anticiper de savoir qu'il va falloir passer le voir ou des choses comme ça.

[...]Ce qu'on aimerait, c'est surtout savoir en avance quand la personne va sortir. [...] Non mais pas forcément en avance, mais peut être un petit message le jour de la sortie, qu'on sache

Dr 4 : Euh, non...quelquefois, on est un petit peu à la pêche sur les premiers jours, comment ça s'est passé. Quelquefois effectivement un petit message, ça pourrait être intéressant pour avoir effectivement les premières données. [...] Oui mais faudrait avoir une connexion, ça serait plus facile (Rires)

Dr 3 : Après, nous ce qu'on ne sait pas trop, quand vous renvoyez les gens après en SSR, par exemple, on ne sait pas toujours où en sont les patients. [...] Eventuellement, si on pouvait être nous prévenu, je sais pas si c'est possible mais prévenu quelques jours à l'avance par un moyen

ou par un autre, que le patient rentre à domicile par exemple, voilà on pourrait peut-être plus anticiper de savoir qu'il va falloir passer le voir ou des choses comme ça.

Un des médecins revenait en particulier sur le fait d'informer directement le médecin traitant si l'un de ses patients venait à décéder.

Dr 5 : Et il y a autre chose, je tiens à ce qu'on m'appelle, quand mon patient est décédé.

Pour nous, vous pouvez même pas imaginer l'importance, parce qu'on rencontre la famille et c'est malheureusement 8 fois sur 10, on ne sait pas que notre patient est décédé. Et ça, c'est à chaque fois traumatisant pour nous, pour eux. Ça fait un manque de sérieux parce que nous on sait pas que notre patient est mort mais sauf que, on ne savait même pas qu'il était hospitalisé.

[...] Et puis voilà, c'est ce que je dis, au-delà de ça, c'est notre patient, on le connaît par cœur, on a le deuil à faire puis la famille à suivre après et puis on sait que la famille va venir nous voir, c'est une certitude, la femme, les enfants, etc...

C'est tout bête, mais 5 minutes « On vous appelle pour vous dire que votre patient était hospitalisé et est décédé » parce que souvent, on le sait pas qu'il est chez vous en fait, il est rentré dans le weekend.

h. Organisation de rencontres entre gériatre (et autres spécialistes) et MG.

Les médecins interrogés ne connaissaient pas tous les médecins du CSG, en particulier les derniers arrivés dans le service, l'une des raisons étant le manque d'information venant de l'hôpital, mentionné plus haut.

Tous les médecins généralistes seraient ouverts à des rencontres entre généralistes et hospitaliers, gériatres et autres spécialistes.

Dr 4 : Il pourrait y avoir des réunions de pairs, ou enfin des réunions communes entre médecins, ça aurait été pas mal, sur un thème, qu'on fasse un peu de formation.

Dr 1 : Oui, cela permettrait d'échanger sur les problématiques qu'on peut avoir de prise en charge et, justement, de lien entre nous, parce que, que ce soit vous à votre échelle ou à l'échelle de l'hôpital.

IP : Et comment verrais-tu ces rencontres ?

Dr 1 : Que ce soit à l'hôpital, et puis présenter aussi ce que vous faites. Parce que je pense que ça ne se borne pas juste à gérer les vieux en décompensation. Vous faites autre chose, vous faites aussi les bilans,... Et re-savoir un peu sur quels domaines on peut vous adresser en entrée directe urgente ou programmée, pour gagner du temps, pour sortir un petit peu des difficultés qu'on peut avoir, sur ce que vous pouvez développer comme compétences, et que vous mettez en avant dans votre service parce que je pense qu'il y a des choses qui vous intéressent plus que d'autres et que vous avez envie de mettre en place et on ne le sait pas forcément. Je pense que c'est quelque chose d'intéressant parce que je pense qu'on n'utilise pas suffisamment ce que l'hôpital et les services peuvent proposer comme différentes fonctionnalités, spécialités, ou spécificités de service quoi.

Certains médecins participaient à des EPU sur le CH, mais qui ont été arrêtés il y a plusieurs années. Ils sont pour la plupart partants pour en refaire si cela est organisé.

Dr 4 : Par exemple, moi j'étais co-organisateur des EPU sur Paray pendant 25 ou 30 ans (Rires) et bon on a laissé tomber, parce que on avait toujours les mêmes qui venaient, que les hospitaliers ne venaient plus du tout, voilà, les internes ne venaient pas non plus. Ça n'avait pas l'air de les intéresser beaucoup. On a arrêté ça il y a 3 ans. Ça tournait en rond, on était toujours les mêmes.

Dr 5 : Ce serait bien, c'est sûr, qu'on refasse [...] des formations, comme des fois ils proposent. C'est toujours compliqué de se dire, comment peut-on avoir les liens entre ville et hôpital. On le veut, on le souhaite de tout cœur, on est tous pareil. Mais comme on est tous pris beaucoup, c'est toujours compliqué de se rencontrer. [...] Par des projets communs peut-être, je sais pas, ou par des échanges sur dossier.

Dr 6 : Bah qu'on se rencontre déjà. Ce qui était intéressant c'était les formations post universitaires, les EPU, parce que ça permettait de rencontrer certaines personnes mais c'est terminé et c'est bien dommage. Je sais pas peut-être une rencontre plus informelle, autour d'un sujet, au restau pourquoi pas.

Discussion

La question posée dans ce travail était de savoir comment les admissions directes dans le service de Court Séjour Gériatrique pouvaient être mieux utilisées par les médecins généralistes du secteur.

L'objectif principal de cette étude était donc de mettre en évidence les intérêts mais aussi et surtout les difficultés à réaliser des entrées directes dans le service de CSG pour les médecins généralistes du Charolais-Brionnais, ceci afin de pouvoir envisager des améliorations qui pourront aider et promouvoir cette méthode d'admission, jugée meilleure et bien mieux adaptée à la population âgée que le passage par les urgences, quand celui-ci peut être évité. L'intérêt des admissions directes en service de gériatrie n'est pas remis en question mais on peut distinguer des avantages mentionnés par les intervenants qui n'étaient pas attendus en début d'étude.

Résultat principal : Ressenti excellent de l'hospitalisation en entrée directe malgré des freins dominés, comme nous allons le montrer par un manque de communication entre hôpital et médecine générale.

Dans cette étude, la plupart des médecins interrogés connaissaient la hotline gériatrique par différents moyens mais ne savaient pas exactement comment l'utiliser. Contrairement à d'autres centres hospitaliers, le numéro de la hotline n'apparaît pas sur les comptes rendus d'hospitalisation adressés au médecin généralistes lors de la sortie des patients. L'ajout du numéro sur les courriers permettrait aux médecins généralistes de l'avoir à disposition plus facilement et de l'utiliser plus. En effet, selon l'étude réalisée par l'UADTR à Rennes en 2005, 97% des médecins avaient eu connaissance de la ligne téléphonique par le biais des comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation.⁸

Nous n'avons à ce jour pas les informations concernant le nombre d'entrées directes réalisé par le biais de la hotline gériatrique sur le centre hospitalier de Paray Le Monial, les données étant en cours de recueil actuellement. Ces données permettraient de rechercher une éventuelle différence entre le nombre d'entrées directes avant et après la mise en place de la hotline.

Les résultats mettent en évidence un ressenti excellent et une satisfaction globale élevée concernant la hotline gériatrique ainsi que les entrées directes. Les médecins retenaient plusieurs points positifs : éviter le passage et l'attente aux urgences, faire accepter l'hospitalisation plus facilement aux patients, permettre une discussion de dossier et avoir un avis spécialisé, des délais d'hospitalisation courts.

Tous ces résultats sont quasiment les mêmes que ceux retrouvés dans les autres études de ce genre, réalisées dans différents centres hospitaliers. En dehors des délais d'hospitalisation,

qui ne sont pas mentionnés dans les intérêts retrouvés par les médecins de ville dans les études retrouvés dans les recherches.

Un inconvénient mentionné à plusieurs reprises, notamment dans l'étude réalisée dans un service de court séjour gériatrique dans les Alpes Maritimes¹⁰, est le manque de place dans le service, ce qui n'est pas un frein noté par les médecins généralistes dans notre étude.

Les recherches réalisées en amont de la réalisation des entretiens ont permis de prévoir les questions et les inconvénients fréquemment retrouvés lors d'études similaires, mais certaines réponses n'étaient pas attendues. L'une d'elle, venue d'un seul des médecins interrogés mais qui mérite réflexion est la question des différences entre les horaires de garde de ville et ceux de l'hôpital. Il existe en effet un intervalle pendant lequel les médecins généralistes n'ont plus d'autre interlocuteur que les urgences. Les gardes à l'hôpital débutant autour de 18h30 alors que la garde de médecine générale ne commence pas avant 20h. Il existe donc un temps de flottement entre 18h30 et 20h pendant lequel les médecins généralistes n'ont plus d'interlocuteurs dans les services de médecine hospitaliers en dehors des urgences. Il n'existe actuellement, sur les moteurs de recherche utilisés pour les recherches (PubMed, Bibliothèques de l'UB,...), pas d'études ou de publications concernant ce sujet.

L'échantillon de médecins interrogés ici est trop faible pour en tirer des données significatives mais il est évident que le frein principal réside dans le manque de communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes. La totalité des médecins interrogés trouvent qu'il faudrait améliorer la communication pour améliorer la prise en charge des patients. L'étude sur la régulation téléphonique gériatrique réalisée au sein du service de médecine gériatrique du CH de Limoges en 2017 retrouve une meilleure connaissance de la ligne téléphonique après une nouvelle diffusion du numéro de cette ligne aux médecins généralistes.⁹ L'une des pistes principales à explorer est donc la diffusion, le renforcement et la répétition des campagnes d'information et de communication auprès des médecins généralistes.

De nombreuses études ont en effet le même résultat, à savoir la promotion d'une ligne téléphonique dédiée à la communication entre médecins généralistes et médecins hospitaliers, gériatres principalement dans notre cas. L'étude de Brachat en 2016, a montré que de nombreux outils sont utilisés par nombres de CHU ayant une filière admission directe en gériatrie : courriers de promotion de la ligne téléphonique par courrier ou mail, numéro de la hotline en en-tête de chaque courrier de sortie.¹¹ Le manque de relation entre ville et hôpital est la principale cause de méconnaissance de la hotline gériatrique, qui doit se rendre plus visible pour avoir un bénéfice réel.¹²

Ce manque de communication se présentait sous de nombreuses formes qui sont résumées ci-dessous.

- Le manque de partage d'informations lors de l'arrivée ou l'installation d'un nouveau médecin dans le secteur, que ce soit à l'hôpital ou en ville. Un des médecins donnait une possible solution en suggérant une gazette qui donnerait la liste des médecins hospitaliers présents sur le centre hospitalier, régulièrement mise à jour. Plus simplement, une mise à jour régulière du site internet de l'hôpital serait bénéfique pour les médecins généralistes. Ces informations pourraient être communiquées par mail, pour plus de rapidité, ce qui nous amène au second point. Dans son étude de 2019, Casablanca rapporte que des annuaires en ligne, disponibles pour les médecins généralistes après création d'un « compte médecin » ont été mis en place dans certains hôpitaux, notamment le CHRU de Lille.¹³
- La communication par mail a été évoqué à plusieurs reprises par les médecins interrogés, avec pour avantages, un gain de temps, une diminution de gaspillage, car les courriers papiers sont de moins en moins gardés par les médecins, au profit de dossiers électroniques dans lesquels les courriers sont scannés.¹¹
- Favoriser l'envoi d'informations au médecin généraliste pendant le séjour du patient dans le service, et pas seulement un courrier en fin d'hospitalisation. Il y a quelques années, les mots d'entrée et de visite étaient en effet envoyés au médecin traitant, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Encore une fois, un envoi de ces informations par courrier électronique serait plus simple. Un médecin en particulier tenait à être appelé en cas de décès de l'un de ses patients.
- L'organisation de rencontres entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Des EPU (enseignement post universitaires) étaient organisées il y quelques années, mais elles ont été arrêté du fait du manque de médecins y participant. Une rencontre plus simple avec présentation du service, des médecins et du fonctionnement de la filière gériatrique.

Seul le point de vue des médecins généralistes est pris en compte dans ce travail, mais on retrouve dans l'étude de Julie Casabianca de 2019 le point de vue des médecins hospitaliers, ce qui apporte quelques éléments supplémentaires, même si les réponses divergent en fonction du lieu d'exercice.¹³ Le frein retrouvé dans cette étude, est la difficulté à avoir les examens complémentaires rapidement une fois le patient hospitalisé dans le service, contrairement aux urgences.

Cette étude a été réalisée par des entretiens semi-dirigés, qui ont été jugés plus appropriés. De plus en plus d'études sur le sujet des admissions directes existent, principalement dans le cadre de travaux de thèses et beaucoup moins au sein d'articles publiés. Il existe donc un réel besoin d'études à une plus grande échelle, les travaux réalisés jusqu'à présent restant monocentrique et d'une puissance trop faible pour être significatifs.

Cette méthode d'entretiens permet aux participants de s'exprimer plus librement, l'anonymisation empêchant tout risque de jugement par les pairs.

L'échantillon de participants est représentatif de la population générale, comme le montre le tableau en annexe, avec un nombre équivalent de femme et d'homme, d'âges différents. Cela

a permis une hétérogénéité dans les réponses et un meilleur point de vue global. Tous les participants travaillaient en maison de santé pluridisciplinaire, ce qui réduit la portée de ce travail. Il serait intéressant de travailler avec des médecins travaillant dans un autre type de cabinet pour savoir si les résultats seraient les mêmes.

Les résultats retrouvés sont en accord avec les données de la littérature sur le sujet des entrées directes.

Il existe bien sur des biais certains dans la création de ce travail :

- Biais méthodologique, un seul enquêteur ayant fait les entretiens ainsi que le codage des verbatims.
- Les médecins interrogés étaient plus ou moins connus de l'investigatrice principale, ayant déjà tous utilisés la hotline gériatrique, ce qui peut induire un biais affectif avec possible manque d'objectivité.
- L'absence de données sur le nombre d'admissions directes par le biais de la hotline, qui n'a pu être rendu disponible. Ces chiffres pourraient nous apprendre si la mise en place de cette hotline a permis une augmentation du nombre d'entrées directes.

Enfin, ce travail a déjà permis au service de CSG d' l'hôpital de Paray-Le-Monial de réaliser des changements en vue d'une meilleure utilisation par les médecins généralistes de l'admission directe. Le numéro de la hotline sera ajouté sur tous les comptes-rendus d'hospitalisation et sera accessible directement à partir du standard de l'hôpital.

Ensuite, pour tenter de palier à cet intervalle entre garde de médecine générale et garde hospitalière, l'accès à la hotline gériatrique a été étendu jusqu'à 20h.

Il existe toujours des possibilités d'amélioration, que nous tenterons de mettre en place pour autant que cela soit possible.

On pourrait également envisager une nouvelle étude auprès des médecins interrogés après mise en place des améliorations envisagées pour connaître leur avis et évaluer si ces changements ont eu l'effet escompté, c'est-à-dire une amélioration de la communication et des admissions directes.

THESE SOUTENUE PAR Mme Zerfa ALI-KADA

CONCLUSIONS

Cette thèse avait pour but de mettre en évidence les freins à l'utilisation des admissions directes afin de permettre l'amélioration de ces admissions par le service de CSG de l'hôpital de Paray-Le-Monial. Ce travail réalisé auprès des médecins généralistes du secteur du Charolais-Brionnais a permis de mettre en évidence des failles empêchant la bonne utilisation de la ligne téléphonique du fait d'inconvénients, dont certains ont pu être mis évidence à l'aide des entretiens.

L'amélioration principale reste un renforcement de la communication entre ville et hôpital, ainsi qu'une promotion de la hotline auprès des médecins du secteur afin de permettre une diffusion et une utilisation plus large, de favoriser les admissions directes et de progresser pour obtenir un parcours du patient âgé plus adapté.

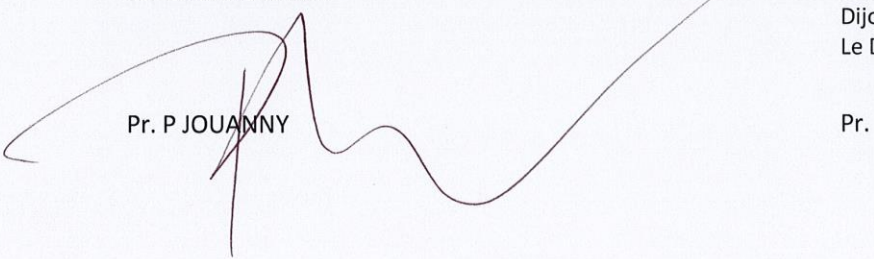
L'hôpital de Paray n'ayant à priori pas de problème de place avec des délais d'admissions directes relativement courts selon les participants, la question reste de promouvoir la ligne téléphonique dédiée en utilisant les moyens cités ci-dessus, notamment les échanges par mail, outil qui n'est pas assez développé dans ce secteur.

Depuis ce travail, des actions précises sont mises en place : rappel du numéro de hotline ainsi que de ses horaires sur tous les courriers de sortie, hotline joignable depuis le standard du centre hospitalier, extension des horaires de la hotline jusqu'à 20h avec présence dans le service d'un gériatre jusqu'à 20h.

Malgré ces failles, le ressenti global des médecins utilisant cette ligne téléphonique est très satisfaisant. Dans la prolongation de ce travail, le recueil des admissions directes ainsi que celui des admissions par les urgences sur ce même centre hospitalier pourrait être intéressant pour évaluer l'impact de la hotline sur les admissions directes au CSG. On pourrait également envisager une nouvelle étude auprès des médecins interrogés après mise en place des améliorations envisagées pour connaître leur avis et évaluer si ces changements ont eu l'effet escompté, c'est-à-dire une amélioration de la communication et des admissions directes.

Le Président du jury,

Pr. P JOUANNY



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 15 Octobre 2020
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



BIBLIOGRAPHIE

1. Nathalie Blanpain. « *De 2,8 millions de seniors en 1870 à 21,9 millions en 2070 ?* », in France Portrait social 2018, Insee, novembre 2018
2. Observatoire régional de la santé. Portrait Socio sanitaire du Pays Charolais Brionnais en vue de la mise en place d'un diagnostic et d'un projet de santé. Juillet 2010. Disponible sur <http://www.charolais-brionnais.fr/document/portraitsociosanitaire3-3-2.pdf>
3. Pays Charolais-Brionnais. Portrait socio-sanitaire. Janvier 2014 [Page consultée le 25/04/2020] Disponible sur <http://www.charolais-brionnais.fr/portrait-socio-sanitaire.html>
4. S.J. Denman, W.H. Ettinger, B.A. Zarkin, P.J. Coon, J.A. Casani. Short-term outcomes of elderly patients discharged from an emergency department. *J Am Geriatr Soc*, 37 (10) (1989), pp. 937-943
5. Bloch F. Historique des EMG. Décembre 2015. Disponible sur <http://plone.vermeil.org:8080/emg.idf/outils-de-formation/du-specificite-du-travail-en-equipe-mobile-de-geriatrie/module-1-evaluation-geriatrique-et-filiere-geriatrique>.
6. Agence Régionale de Santé Hauts de France. [Page consultée le 25/04/2020] Les filières gériatriques territoriales. Avril 2019. Disponible sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-filiere-geriatriques-territoriales>
7. Circulaire N° DHOS/O2/2007/117 Du 28 Mars 2007 Relative À La Filière de Soins Gériatrique. 2007
8. Perlat A, Frin M, Decaux O, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. *La Revue de Médecine Interne* 2010;31(11):776-9.
9. Alais M. Admissions inappropriées des personnes âgées aux urgences : impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Limoges : Université de Limoges faculté de Médecine ; 2017.
10. Benoit Canac. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01213651>
11. Mathieu Brachat. Identifier les moyens à mettre en oeuvre afin de faciliter l'entrée directe en court séjour gériatrique au sein du CHU de Nice. *Médecine humaine et pathologie*. 2016. dumas-01400006
12. Gloriot S. Communication ville-hôpital: attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. 2017.
13. Julie Casabianca. De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2019. dumas-02169811

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire – Fil conducteur des entretiens

A. Hotline Gériatrique

Connaissez-vous la hotline gériatrique mise en place au CH de PLM ?

Depuis quand ?

Par quels moyens l'avez-vous connu ?

Connaissez-vous les possibilités d'hospitalisation directe via la hotline gériatrique en CSG ?

L'avez-vous déjà utilisé ?

B. Avantages/Inconvénients ?

Quelles sont les facilité et/ou difficultés à joindre un gériatre ?

Quels sont les délais pour obtenir une hospitalisation (ou au moins une réponse à une demande d'hospitalisation ?)

Ces délais sont-ils acceptables selon vous ?

C. Indications

Pour quelles pathologies/problèmes utilisez-vous (ou projetez-vous d'utiliser) la hotline gériatrique ?

D. Suivi post hospitalier

Que pensez-vous des conditions de sortie des patients ?

Les courriers vous parviennent-ils bien ? Sont-ils complets ?

Quelles améliorations concernant la sortie des patients vous paraissent nécessaires ?

E. Votre avis

Quelles sont les intérêts principaux pour les MG ?

Et les défauts ?

Avez-vous déjà réfléchi à des possibilités d'amélioration de notre part pour vous permettre une meilleure prise en charge de vos patients âgés ?

ANNEXE 2

Caractéristiques des participants

	Dr 1	Dr 2	Dr 3	Dr 4	Dr 5	Dr 6	Dr 7	Dr 8
Age	36 ans	71 ans	40 ans	62 ans	32 ans	62 ans	37 ans	45 ans
Sexe	M	M	F	M	F	F	F	F
Zone d'exercice	R	SR	SR	SR	SR	SR	R	R
Type d'exercice	Maison de santé	Maison de santé SISA	Maison de santé	Maison de santé	Maison de santé	Maison de santé	Maison de santé	Maison de santé
Ancienneté d'installation	3 ans	42 ans	10 ans	33 ans	2 ans	21 ans	7 ans	10 ans
Eloignement du Service	15 km	2 km	20 km	20 km	15 km	15 km	30 km	30 km
Groupe de pairs	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Formation médicale continue	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Maitrise de stage	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI

M : Masculin F : Féminin R : Rural SR : Semi-rural

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

ANNEXE 3

Flyer adressé aux médecins généralistes du secteur Charolais Brionnais.



ACCÈS DIRECT
À LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE



**Ligne dédiée
aux médecins**

BESOIN D'UN AVIS GÉRIATRIQUE

BESOIN D'UNE PRISE
EN CHARGE HOSPITALIÈRE

NUMÉRO D'APPEL UNIQUE

03 85 81 81 81

Réponse assurée du lundi
au vendredi de 9h à 17h
par un médecin gériatre

MESSAGERIE

geriatrie@ch-paray.fr

CENTRE HOSPITALIER LES CHARMES
BOULEVARD DES CHARMES
71600 PARAY-LE-MONIAL
WWW.CH-PARAY.FR





FILIERE GERIATRIQUE

Déploiement de nouveaux services

21 octobre 2016

Une prise en soins coordonnée
du parcours de santé de la personne âgée

ACCÈS DIRECT À UN AVIS GÉRIATRIQUE

Numéro de téléphone unique : **03.85.81.81.81**
Organisation d'une permanence téléphonique des gériatres du CSG
5 jours / 7 jours ouvrés, de 9h à 17h

Alias mail : geriatrie@ch-paray.fr (praticiens, cadres, cadre de pôle)

- ↳ **Pour qui ?**
Les médecins libéraux, médecins coordonnateurs, les CDS et IDEC, les coordonnateurs de parcours
- ↳ **Pour quoi ?**
Un avis, Une hospitalisation directe, Une hospitalisation différée

Les hospitalisations différées 72 heures PRINCIPE ET ORGANISATION

EN SEMAINE, à la demande, **organisation directe par téléphone**

- Via le cadre: **03.85.88.44.32** (Barbara CHAPON – CSG) ou **03.85.88.45.50**
- Via un gériatre: **03.85.81.81.81**

Via un mail : geriatrie@ch-paray.fr

EN CONTINU lors d'un passage **aux urgences** :

Après évaluation du praticien urgentiste :

S'il n'y a pas d'urgence vitale, l'hospitalisation peut être différée.

- en semaine, de 9 h à 17 h : l'IOA contacte le cadre du CSG (ou son binôme). Une date d'hospitalisation à 72 heures (hors vendredi et WE où le délai peut être plus long) est donnée à la personne et son référent avant son départ du SAU.
- hors de cette permanence : l'IOA transmet les coordonnées du patient au cadre. Ce dernier rappelle la personne et son référent pour transmettre la date d'hospitalisation.

TITRE DE LA THESE :

Hospitalisation en entrée directe dans le service de Court Séjour Gériatrique du centre hospitalier de Paray-Le-Monial : Ressenti des médecins généralistes de secteur et pistes d'amélioration. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

AUTEUR : Mme Zerfa ALI-KADA ZAMFIR

RESUME :

Introduction

Devant le vieillissement de la population en France, des mesures sont mises en place depuis plusieurs années pour améliorer le parcours de soins des patients âgés afin de permettre une meilleure prise en charge. L'une de ses mesures est la mise en place des filières d'admission directes en service de gériatrie. Cela est rendue possible grâce à des lignes téléphoniques dédiées, afin que les médecins de ville puissent communiquer directement avec un gériatre et organiser l'admission dans le service sans passer par les urgences. Cette méthode est de plus en plus utilisée par notre service de gériatrie mais il semble que cet outil n'est pas encore assez utilisé. Ce travail cherche à comprendre pour quelles raisons.

Méthodes

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes du secteur, ayant déjà travaillé avec le Court Séjour Gériatrique du centre hospitalier de Paray-Le-Monial. Le recueil a été réalisé en février 2020 par entretiens semi-dirigés.

Résultats

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence un manque de communication entre médecins de ville et médecins hospitaliers, ce qui conduit à une sous-utilisation de la hotline gériatrique. Bien que le ressenti des médecins interrogés soit positif, nous mettons en avant des failles dans l'utilisation de la ligne téléphonique.

Conclusion

Il est nécessaire de remettre en place une communication effective entre ville et hôpital. En premier lieu, une campagne de diffusion et de promotion de la hotline gériatrique et des admissions directes en gériatrie est en cours, afin de permettre au plus grand nombre de médecins généralistes de connaître et d'utiliser cette ligne téléphonique directe et dédiée.

MOTS-CLES : relation ville-hôpital, filière gériatrique, admission directe, parcours de soin, hospitalisation, médecine générale, gériatrie.