

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2020 à Poitiers
par **Amélie TRARIEUX**

**Relation ville-Hôpital : enquête de satisfaction auprès des médecins
généralistes utilisant le Guichet Unique de Gériatrie du CH de Niort**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur PACCALIN Marc

Membres : Monsieur le Professeur BIRAULT François
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Directrice de thèse : Madame le Docteur KHALIFA Sandrine

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2020 à Poitiers
par **Amélie TRARIEUX**

**Relation ville-Hôpital : enquête de satisfaction auprès des médecins
généralistes utilisant le Guichet Unique de Gériatrie du CH de Niort**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur PACCALIN Marc

Membres : Monsieur le Professeur BIRAULT François
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Directrice de thèse : Madame le Docteur KHALIFA Sandrine



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Paccalin, Chef du service de Gériatrie du CHU de Poitiers et Doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Recevez ici l'expression de mon profond respect, et ce depuis mon tout premier stage d'externat réalisé au sein de votre service.

A Monsieur le Professeur Birault et Monsieur le Docteur Archambault, merci pour vos enseignements durant mon DES de Médecine générale.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Sandrine Khalifa. Merci pour ton aide, tes conseils et ton soutien tout au long de ce travail de thèse.

A mes maîtres de stage, et plus particulièrement lors de mon niveau 1 et de mon SASPAS, pour leurs enseignements.

A mes consœurs gériatres et à mes collègues de Gériatrie et plus particulièrement à Madame le Docteur Chabernaud pour sa précieuse relecture.

A mes parents, merci pour votre soutien durant toutes ces années d'étude. A ma petite sœur si aimante et bienveillante. Je suis fière et heureuse de voir la femme que tu es devenue.

A ma mamie Ginette, qui soufflera bientôt ses 98 bougies, une mamie au cœur d'or, merci pour notre complicité et pour ton amour.

A mes beaux-parents et mes quatre belles sœurs, merci de m'avoir accepté dans votre famille. J'adore chaque moment passé à vos côtés. Et merci Nathalie pour votre relecture professionnelle.

Et enfin, merci à mon mari et meilleur ami, merci pour ton écoute, ta patience et ton amour ainsi que pour ton aide et ton soutien pour ce travail.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	p.9
<u>A – INTRODUCTION</u>	p.11
<u>B – GENERALITES</u>	p.14
I – Vieillesse et perte d'indépendance fonctionnelle.....	p.14
1.1 Vieillesse de la population.....	p.14
1.2 Vieillesse physiologique, fragilité et dépendance.....	p.15
II – Personnes âgées en milieu hospitalier.....	p.16
III – Conséquences sur la santé des patients âgés et sur les dépenses de soins	p.18
IV – Législation vis-à-vis des hospitalisations des patients âgés.....	p.20
4.1 Etat des lieux.....	p.20
4.2 Plan actuel « Grand âge et autonomie » et Pacte de refondation des Urgences.....	p.21
4.3 Focus sur les équipes mobiles de Gériatrie.....	p.22
V – Offre de soins du département des Deux Sèvres.....	p.23
5.1 Quelques données sur l'organisation extrahospitalière.....	p.23
5.2 Les services d'accueil des Urgences.....	p.25
5.3 Les services hospitaliers à orientation gériatrique	p.26
5.4 Les équipes mobiles et de liaison gériatriques.....	p.27
<u>C – MATERIEL et METHODE</u>	p.29
I – Matériel.....	p.29
1.1 Les médecins généralistes dans les Deux Sèvres.....	p.29
1.2 Le GUG.....	p.29
1.3 La population âgée des Deux Sèvres	p.30
II – Méthode de recueil des données.....	p.30
III – Type et méthode d'analyse.....	p.31
IV – Critères de jugements.....	p.33
<u>D – RESULTATS</u>	p.34
I – Caractéristiques des répondants.....	p.35
1.1 Age et sexe.....	p.35
1.2 Mode d'exercice et durée d'exercice.....	p.35
1.3 Proportion de patientèle âgée.....	p.36
1.4 Qualification en Gériatrie.....	p.37
1.5 Connaissance et utilisation du GUG.....	p.37
1.6 Analyse des appels de l'ensemble des médecins interrogés.....	p.39
1.7 Répartition des médecins appelants sur le territoire des Deux Sèvres.....	p.39
II – Critère de jugement principal.....	p.39
2.1 Satisfaction globale.....	p.39
2.2 Appréciation du délai de prise en charge de la demande.....	p.39
2.3 Aspects positifs pour les patients.....	p.40
2.4 Recommandation à un confrère.....	p.41

III – Critères de jugement secondaires.....	p.41
3.1 Caractéristiques des appelants.....	p.41
3.2 Caractéristiques des patients pris en charge par le GUG.....	p.42
3.1.1 Age et sexe.....	p.42
3.1.2 Mode de vie.....	p.42
3.3 Type de demandes et capacité de réponses du GUG.....	p.44
3.3.1 Type de demandes et type de réponses apportées.....	p.45
3.3.2 Motifs d'appels.....	p.46
3.3.3 Délai de réponse du GUG.....	p.46
3.4 Prise en charge <i>in fine</i> des patients pour les 87 demandes.....	p.47
3.4.1 Délai de prise en charge du patient en hospitalisation directe et en consultation.....	p.48
3.4.2 Concordance avec la demande.....	p.48
3.4.3 Raison de non-respect du délai et de non prise en charge.....	p.49
3.4.4 Passage au SAU.....	p.49
3.4.6 Durées de séjour.....	p.49
3.4.7 Mode de sortie.....	p.50
3.4.8 Réhospitalisation à 30 jours.....	p.50
3.5 Pistes d'améliorations.....	p.51
3.5.1 Du GUG.....	p.51
3.5.2 Pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans (en milieu ambulatoire ou hospitalier).....	p.52
<u>E – DISCUSSION</u>	p.53
I – Taux de participation.....	p.53
II – Satisfaction des Médecins généralistes - Critère de jugement principal.....	p.53
III – Les populations étudiées.....	p.55
IV – GUG, interface ville-hôpital.....	p.58
V – Difficultés rencontrées par les médecins généralistes et le par GUG.....	p.61
VI – Les pistes d'améliorations envisagées.....	p.62
VII – Les points forts et points faibles de l'étude.....	p.64
<u>F – CONCLUSION</u>	p.67
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.69
<u>ANNEXES</u>	p.75
<u>RESUME</u>	p.87
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	p.89

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CSG : Court Séjour de Gériatrie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DMS : Durée Moyenne de Séjour

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

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMLG : Equipe Mobile et de Liaison Gériatrique

ESLD : Etablissement de Soins de Longues Durées

GUG : Guichet Unique de Gériatrie

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

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques

MG : Médecin Généraliste

PAERPA : Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité Hospitalisation de Courte Durée

A – INTRODUCTION

Avec l'allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des générations du baby-boom et la diminution de la fécondité, le vieillissement de la population française se poursuit avec 6 247 888 de personnes âgées de 75 ans et plus, soit 9.6 % de la population française au 1er janvier 2020, contre 5 576 099 soit 8.8% en 2010. (1)

L'accroissement du vieillissement de la population augmente l'incidence de la polypathologie et de la perte d'autonomie ayant pour conséquence un recours aux soins plus important (2).

Cette population âgée représente jusqu'à 1/3 des lits d'hospitalisation (3). Les présentations cliniques atypiques, la fréquence des troubles neurocognitifs et les besoins spécifiques de ces patients fragiles nécessitent des prises en charge en milieu spécialisé comme les courts séjours de Gériatrie. Une des problématiques de santé actuelles est que cette population entre à l'hôpital majoritairement par les services d'accueil des Urgences où elle représente 10 à 20% des passages. Cependant, ces services sont peu adaptés à cette population. Les patients âgés y passent plus de temps, présentent plus fréquemment des événements indésirables, sont plus généralement hospitalisés après leur passage et souvent orientés de façon inadaptée. D'autant que jusqu'à 32% de ces passages aux Urgences sont considérés comme médicalement inappropriés c'est-à-dire non efficaces. Ces situations peuvent également induire une majoration des durées de séjours (4-8).

La conséquence directe sur l'état de santé des personnes âgées est la survenue d'un déclin fonctionnel responsable de réhospitalisation, de dépendance et de décès. De plus, le nombre de passages de personnes âgées aux Urgences influence significativement le temps de passage des patients plus jeunes et l'organisation intrinsèque de ces services d'Urgences. Une autre conséquence non négligeable est la majoration des dépenses de santé (9) (10).

Au cours de mon cursus en deuxième et troisième cycle des Etudes médicales ainsi que lors de mes gardes dans les différents services d'Urgences de la région Poitou Charentes, je me suis interrogée sur les différents obstacles inhérents au parcours de soins des patients âgés conduisant à leur arrivée aux urgences sans problématique somatique ou dont la problématique somatique ne relevait en réalité pas d'un critère d'urgence et sur les solutions de recours à apporter.

Lors de mon stage aux Urgences du CH de Niort puis ceux de niveau 1 et 2 en Médecine générale ambulatoire, j'ai pu entrevoir certaines difficultés telles que le manque de temps, l'isolement des médecins, le choix des patients ou des familles pouvant mener à ces situations. Enfin lors de mon stage en Médecine gériatrique au Centre Hospitalier de Niort, j'ai découvert qu'il existait la possibilité de programmer des hospitalisations et des consultations pour éviter les passages inappropriés de cette population fragile aux Urgences.

En France, sous l'impulsion de la circulaire de 2002 relative à l'organisation de la filière gériatrique et suivant les recommandations des autorités sanitaires et sociétés savantes, certains services d'hospitalisation de Médecine, y compris de Gériatrie, développent des entrées directes, parfois via des hotlines téléphoniques dédiées (2)(11)(12). Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie mentionne en 2009 le taux d'entrées directes comme un excellent indicateur des bonnes pratiques des services hospitaliers. Il a été inclus dans le schéma régional organisation soins (SROS) III de Gériatrie en 2008 (13).

Pourtant, ce mode d'entrée en hospitalisation et les hotlines restent des pratiques peu développées. L'enquête de la DRESS en 2013, publiée en 2017 montre qu'un point d'accueil des Urgences sur 4 est situé dans un établissement permettant occasionnellement les entrées directes en Gériatrie et que la moitié est dépourvue de cette possibilité d'accès direct (14).

Les médecins traitants, coordonnateurs de soins pour leurs patients depuis la loi HSPT, ont conscience des effets délétères du passage aux Urgences de leurs patients âgés et sont cependant à l'origine de près de 60 à 75 % des admissions aux Urgences (12) (15-19).

Les études montrent qu'ils rencontrent des obstacles pour organiser ces hospitalisations ou prises en charge programmées, soit par défaut d'information entraînant une méconnaissance des offres de soins de la filière, soit par difficulté d'accès à un interlocuteur (15-17).

Le développement des hotlines gériatriques ou lignes téléphoniques directes permet de fluidifier le parcours de soins du patient et de faciliter les échanges entre les professionnels. Les études suggèrent également que ces dispositifs diminuent le nombre de passages aux Urgences et augmentent les entrées directes. De même, la

possibilité de délivrance d'avis rapides, souhaitée par les médecins généralistes, permet de diminuer le nombre d'hospitalisations des patients âgés (15) (17-19).

La majorité des études relatives à ces hotlines gériatriques se sont orientées vers la comparaison des patients âgés pris en charge par le biais d'une entrée directe vs via les Urgences et peu d'entre elles ont évalué la satisfaction des médecins généralistes envers ces hotlines et les pistes d'améliorations proposées par ces derniers.

Au CH de Niort, une ligne téléphonique appelée Guichet Unique de Gériatrie (GUG), au sein de l'Equipe Mobile de Gériatrie permet, depuis 2010, aux médecins libéraux de contacter directement le service de Médecine gériatrique pour des demandes d'avis, de consultations et d'hospitalisations en entrée directe. Mais depuis sa création, aucune étude n'a été menée pour connaître la satisfaction des médecins utilisant cette ligne.

L'objectif principal de notre étude porte sur l'évaluation de la ligne téléphonique à l'aide d'une enquête de satisfaction menée auprès des médecins généralistes libéraux ayant utilisé le GUG, sur une période de 10 semaines, 10 ans après la mise en service de cet outil.

Dans un second temps, nous avons étudié les caractéristiques des médecins généralistes répondants, les caractéristiques et les prises en charge des patients âgés pour lesquels le GUG a été sollicité durant cette période ainsi que sur les capacités de réponse de la hotline et enfin, les pistes d'améliorations envisageables.

B – GENERALITES

I – Vieillesse et perte d'indépendance fonctionnelle

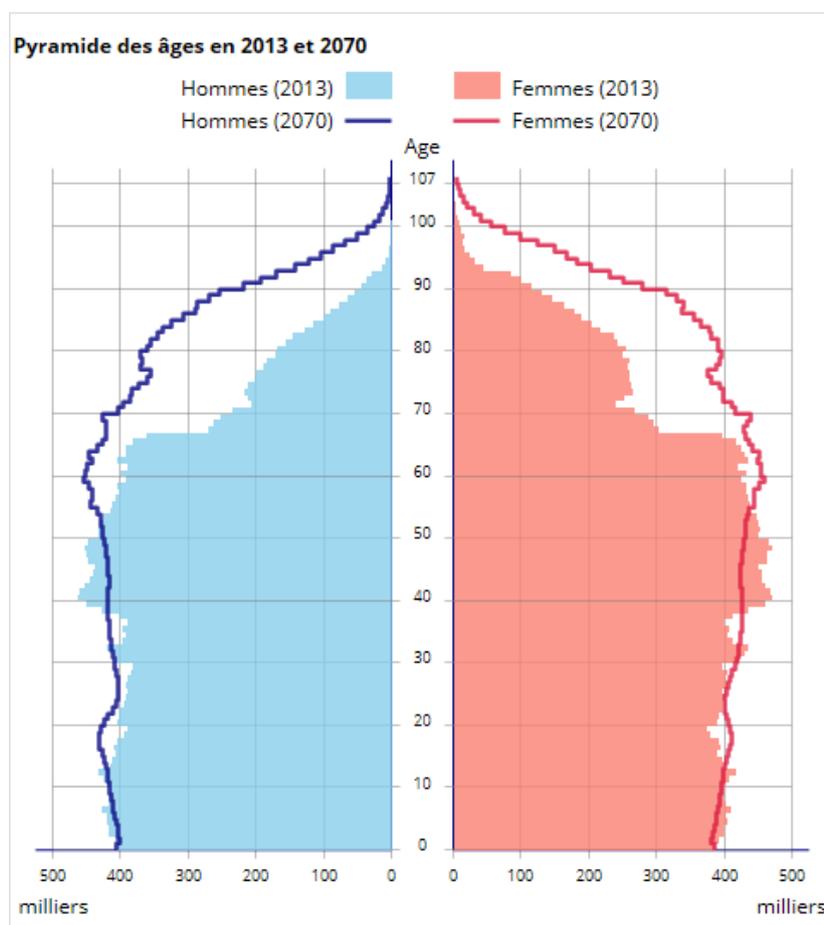
1.1 Vieillesse de la population

Au 1^{er} janvier 2020, l'estimation de population en métropole de l'Insee comptabilise 6 247 888 de personnes âgées de 75 ans et plus soit 9.6 % de la population française. Parmi cette population âgée, on observe 61.1 % de femmes et 38.9% d'hommes.

D'après les données de l'INSEE sur l'évolution de la structuration de la population métropolitaine, il existe un accroissement constant de la population âgée de plus de 75 ans depuis 1996. Cette tranche d'âge représentait 6.4% de la population en 1996, 7.2% en 2000, 8.9% en 2010 (1).

D'après les projections de l'INSEE en 2018, la population des 75 ans et plus représentera 12.2% de la population française en 2030 et 17.9% en 2070 soit deux fois plus qu'en 2013 (9.0%).

Cette forte augmentation est inéluctable et correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge des générations issues du baby-boom (20).



Champ : France. Source : Insee projections de population 2013-2070.

1.2 Vieillesse physiologique, fragilité et dépendance

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës.

La vieillesse connaît plusieurs définitions. L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55 - 60 ans. Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans (21).

D'après le Pr Jeandel, en 2006, les patients de 75 ans et plus dits «gériatriques» se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques (2).

Un autre concept abordé en Gériatrie est la fragilité. D'après le consensus de la Société de Gériatrie et Gériatrie en 2011, la fragilité est un syndrome clinique qui vise à exprimer un niveau de risque et dont l'élément fondamental est la réversibilité. C'est une réduction des capacités d'adaptation au stress dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités. L'âge en est un déterminant majeur mais ne l'explique pas à lui seul. Une approche opérationnelle, par critères, a été proposée par Fried et al en 2001 et est utilisée dans la plupart des travaux, mais à ce jour aucune échelle clinique ne s'est imposée. Ces critères reposent sur la cotation de la perte de poids, la fatigue physique subjective, la faiblesse musculaire mesurée par le grip strength, la lenteur et une faible activité physique (22).

En cas de non réversibilité de cette étape transitoire qu'est la fragilité, le patient peut alors « perdre de l'autonomie ». Plusieurs termes sont utilisés pour décrire la perte des facultés physiques et/ou psychiques des patients âgés :

- la perte d'autonomie peut se définir, si l'on prend la définition de l'autonomie, comme la perte de la faculté à agir par soi-même et de faire ses propres choix.
- la dépendance, également couramment utilisée, peut connaître une ambiguïté avec son utilisation en addictologie.
- la perte d'indépendance fonctionnelle est un terme plus précis utilisé dans les ouvrages gériatriques (22).

L'analyse de la perte de l'indépendance fonctionnelle serait pertinente pour les patients âgés autonomes pour les actes simples de la vie quotidienne (selon ADL) mais avec des difficultés débutantes pour les activités instrumentales (selon IADL) (annexe I) (23).

Sur le plan législatif, la perte d'autonomie apparaît pour la première fois dans un texte de loi le 20 juillet 2001, lors de la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui s'adresse à toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental. L'allocation permet une prise en charge adaptée à ses besoins (10).

C'est la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (Annexe II), qui est l'outil destiné à évaluer le degré de perte d'indépendance fonctionnelle, des demandeurs de l'APA, dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

Dans le rapport de D. Libault de 2019, la concertation estime que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) passerait de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La France devrait compter environ 20 000 personnes âgées en perte d'autonomie de plus chaque année d'ici 2030. Entre 2030 et 2040, le rythme s'accélérerait avec une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 40 000 (24).

II – Personnes âgées en milieu hospitalier

Les patients âgés, du fait de leur polyopathie sont plus souvent hospitalisés que les patients plus jeunes. En France, parmi les plus de 80 ans, deux personnes sur cinq ont été hospitalisées en 2018. Ils représentaient 12 % des patients hospitalisés alors qu'ils ne représentaient que 6% de la population française (4).

Malgré les recommandations qui se succèdent pour limiter les passages aux Urgences des patients âgés, notamment depuis la circulaire du 18 mars 2002, nous constatons que cette population est surreprésentée dans ces services (25) (26).

D'après la DRESS en 2013, les 75 ans et plus représentent 17% des passages aux Urgences des patients de plus de 15 ans. A noter qu'ils ont également plus fréquemment recours à ces services que le reste de la population puisqu'ils constituent 35% des recours multiples aux Urgences en 2018 et qu'ils arrivent souvent en transport sanitaire type ambulance (4-6).

Les Urgences restent un mode d'entrée privilégié pour les hospitalisations non programmées. Le taux d'hospitalisation post-urgence est compris entre 50 à 60% pour les 75 ans et plus alors qu'il n'est que de 11% pour les moins de 20 ans. Seulement 38% des 75 ans et plus retournent à leur domicile et 5% retournent dans leur Ehpad (5) (6) (9) (27).

De plus, la durée de passage aux Urgences est plus importante pour cette population. En effet, la durée médiane de séjour aux Urgences est d'environ 4h30 pour les plus de 75 ans et augmente à 5h15 pour les plus de 80 ans alors qu'elle est d'environ 2h pour les moins de 74 ans.

Cette durée de passage se prolongerait au-delà de 8h pour 23% des patients âgés de 75 ans et plus, liée en partie à la fragilité, la dépendance et la polypathologie de cette population entraînant des présentations cliniques modifiées ou masquées, source d'erreurs diagnostiques et d'évènements indésirables (4) (9) (14) (27).

A noter que les personnes âgées dont le recours aux SAU n'est pas médicalement justifié, c'est-à-dire sans caractère d'urgence, ont des temps de passage plus élevés que ceux dont le recours est jugé pertinent (+ 1h30, $p < 0.05$) (8).

Les difficultés d'obtention de lits d'aval participent à l'augmentation de cette durée de séjour. D'après la DRESS en 2017, le délai entre la décision d'hospitalisation et l'obtention d'une place allongée est supérieure à 1h pour 35% des patients âgés de plus de 75 ans. Le temps d'attente allongé est également en lien avec le taux d'orientation inadaptés. Ce taux est estimé à 15.2% pour les patients âgés ne présentant aucun caractère d'urgence, dans l'étude de Petitot et al. (5) (8).

Néanmoins, plusieurs études montrent qu'une proportion non négligeable des passages aux Urgences pour les patients âgés sont inappropriés, jusqu'à 32%

d'après Petitot et al 2008 (8). L'étude de Derame et al., en 2004, rapporte quant à elle que 18.7% seraient susceptibles de bénéficier d'une hospitalisation directe (28). Cependant, la proportion d'entrées directes dans les courts séjours de Gériatrie ne représente que 20 à 30% des entrées contre 60% d'entrées en provenance des Urgences (3).

III – Conséquences sur la santé des patients âgés et sur les dépenses de soins

Les passages dans les services d'accueil des Urgences entraînent un risque accru d'événements indésirables : médicamenteux, rétention aigue d'urine, syndrome confusionnel, décès ainsi qu'un surrisque de survenue de plusieurs évènements indésirables. L'étude canadienne de Ackroyd et al., estime que pour chaque heure passée aux Urgences, le risque de survenue d'un seul évènement indésirable augmente de 3%, de 4 % pour les événements indésirables liés aux médicaments et de 5 % pour les événements indésirables multiples. (26) (29-31).

Le travail de Singer et Al., en 2011 estime que le risque de mortalité augmente proportionnellement au nombre d'heures passées aux SAU avec une mortalité de 2% pour ceux qui attendent moins de 2h contre 4% pour ceux qui attendent plus de 12h (29).

D'autres conséquences sont rapportées par les études pour les patients âgés sortant des services d'Urgences. Aminzadeh, et Dalziel lors d'une étude en 2002, déclarent que les risques sont particulièrement élevés au cours des trois premiers mois suivant une visite aux Urgences, avec un taux de mortalité moyen d'environ 10 %, un taux de retour aux Urgences d'environ 24 % et un taux de réhospitalisation de 24 % après la sortie de l'Hôpital. Bien que les taux de mortalité et d'hospitalisation ont tendance à se stabiliser après les trois premiers mois, les taux cumulés de retour aux Urgences continuent d'augmenter plus lentement au cours des trois mois suivants, avec un taux de retour pouvant atteindre 44 % selon une étude de suivi de six mois. Les résultats montrent qu'entre 10 et 45 % des patients âgés venus aux Urgences connaissent une dépendance fonctionnelle accrue dans les 3 mois qui suivent (6).

De plus, ces travaux suggèrent que la survenue d'évènements indésirables ainsi que le simple fait de passer par les Urgences plutôt que d'entrer directement en hospitalisation augmenteraient les durées de séjours totaux des patients et leur

orientation en service de rééducation. Ackroyd et al. estiment ainsi que la durée de séjour est deux fois plus longue lors de la survenue d'évènements indésirables aux Urgences (26) (30) (31).

La survenue d'un déclin fonctionnel, liée notamment aux évènements indésirables aux Urgences et à la prolongation des durées d'hospitalisation, majore à son tour les taux de ré-hospitalisations, les institutionnalisations et les décès (7). Les auteurs ont constaté que 16 % des patients qui ont connu un déclin fonctionnel pendant leur hospitalisation sont décédés dans les trois mois suivant leur sortie, contre 13% de ceux qui ont progressé en capacité fonctionnelle et 7 % chez ceux ayant conservé leurs capacités initiales (32).

Ces différents éléments entraînent évidemment une diminution de la disponibilité des lits d'aval. De plus, l'encombrement des Urgences est en lien avec les dysfonctionnements de ces services, la mise en jeu de la sécurité des patients et la baisse des performances thérapeutiques (6) (26) (33).

Sur le plan économique, les passages inappropriés aux Urgences notamment en transport médicalisé (6), l'augmentation des DMS dans les services de courts séjours, et le recours plus fréquent aux services de moyens séjours pour les patients âgés admis via les Urgences entraînent une consommation importante des ressources pré et intra-hospitalières, comme le souligne l'étude prospective de Lazarovici et al. en 2005 menée à partir de l'enquête nationale DREES en 2002 sur 150 SAU français. Selon la HCAAM en 2011, les surcouts induits par la segmentation et l'inadéquation des réponses comme le recours injustifié à l'hospitalisation ont été estimés à 2 milliards d'euros par an (10) (34).

La principale dépense d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées est la dépense de soins pour environ 12.2 milliards d'euros, financée à 99% par la dépense publique via l'assurance maladie. S'ajoutent à cette dépense les dépenses dites de « dépendance » (aides humaines, techniques et d'aménagement du logement pour compenser la perte d'autonomie) pour 10,7 milliards d'euros (24).

IV – Législation vis-à-vis des hospitalisations des patients âgés

4.1 Etat des lieux

La circulaire du 18 mars 2002 définit l'enjeu de la Gériatrie comme « savoir reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital » et souhaite que la trajectoire des personnes âgées s'inscrive dans une filière de soins gériatriques (25).

Elle donne la définition de la filière gériatrique, basée sur un réseau, tel que défini par la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), dont l'acteur central est le médecin traitant, qui a pour mission de repérer et prendre en charge la fragilité pour anticiper la perte d'autonomie. Pour cela, il doit pouvoir compter sur les hôpitaux de secteurs et spécifiquement sur les courts séjours de Gériatrie, dont le développement est fortement mis en avant par la circulaire, notamment dans les établissements disposant d'un service d'accueil des Urgences.

Ces services de court séjour gériatrique sont définis comme les services qui « accueillent les malades âgés polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas d'urgence d'un service de spécialité d'organe ». Ils permettent une prise en charge spécialisée pour limiter les effets délétères des hospitalisations et la perte d'autonomie et permettent également de renforcer le lien ville-hôpital notamment en favorisant les consultations avancées, les admissions directes et en diffusant la culture gériatrique par l'action des équipes mobiles de Gériatrie (25).

La seconde circulaire du 28 mars 2007, ainsi que le programme pour la Gériatrie rédigé notamment par le Pr Jeandel, intervenant dans le cadre du Plan « Solidarité - Grand âge » de 2007-2012, met encore plus l'accent sur l'une des missions du CSG qui est d'assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée et précise que ce mode d'entrée est à privilégier. « Le service de Gériatrie doit être en mesure de répondre en permanence aux appels des médecins généralistes via la diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur ». Pour cela le territoire doit être doté d'un lit pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Elle met aussi un peu plus d'accent sur la compétence géronto-psychiatrique, les hôpitaux de jours gériatriques, les unités ou établissements de soins de longue durée et les hôpitaux locaux ainsi que les conventions avec les EHPAD (2) (35).

Il est également rappelé, y compris dans la loi HSPT, que l'équipe gériatrique est « l'interlocuteur direct des médecins traitants », qu'elle « répond à toutes leurs demandes » et que pour améliorer ce partenariat, le médecin gériatre prévoit « au moins 1 fois par an une réunion d'échanges avec les médecins traitants du territoire » (12).

Plus récemment, en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale puis généralisé en 2016 dans le cadre du pacte territoire santé 2, a été mis en place le projet PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Ce projet pilote mis en place à partir de 2013 sur 9 territoires et en particulier dans les Deux Sèvres, doit faire en sorte que « les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût ». Il s'adresse aux personnes dont l'autonomie est susceptible de se dégrader.

Ce projet comporte 5 objectifs :

- Renforcer le maintien à domicile en s'appuyant sur un plan personnalisé de soins (PPS),
- Améliorer la coordination avec la création des PTA (plateforme d'information, d'appui à la coordination des professionnels prenant en charge les personnes âgées sur le territoire),
- Sécuriser la sortie de l'hôpital,
- Eviter les passages aux Urgences et les hospitalisations inutiles
- Limiter la polymédication et les interactions médicamenteuses par des actions de révision d'ordonnance en lien avec le pharmacien d'officine.

4.2 Plan actuel « Grand âge et autonomie » et Pacte de refondation des Urgences

La ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn, lance le 1er octobre 2018, dans le cadre du projet de loi « Ma Santé 2022 » (autrement appelée Stratégie de Transformation du Système de Santé – STSS) une concertation nationale, achevée en février 2019 sous forme d'ateliers et de forums.

Le rapport Libault, publié en mars 2019, en est la traduction et met en avant les 175 propositions pour le soutien à l'autonomie.

Parmi ces propositions, à l'hôpital en particulier, il est suggéré de tendre vers le « zéro passage aux Urgences évitables » des personnes âgées, notamment en orga-

nisant dans les établissements de santé, une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers. En ville, l'accent est donné sur la coordination du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée et sur le maintien à domicile. Une autre proposition importante est de valoriser les métiers du grand âge.

Le but est alors de décloisonner les acteurs de la ville, de l'hôpital et du médico-social et d'améliorer la coordination des professionnels pour éviter les ruptures de parcours de soin des personnes âgées (24).

Le projet de refondation des Urgences fait partie intégrante de la stratégie de transformation du système de santé, il reprend certains axes de la concertation nationale sur la thématique des Urgences hospitalières de 2013 suite à la saturation des services d'Urgences durant l'hiver 2012-2013 (36). Parmi les 12 mesures fondatrices énoncées en septembre 2019 par Madame Agnès Buzyn, alors Ministre des Solidarités et de la Santé, on peut citer la mesure 5, en amont des Urgences, visant à mettre en place un circuit dédié aux personnes âgées pour leur éviter un passage inutile aux Urgences notamment via les admissions directes préconisées par le rapport Grand âge et autonomie. Il est également mis en avant les difficultés des lits avals : leurs nombres insuffisants et la difficulté à y accéder (37).

Faisant suite à ces publications, le rapport ministériel rédigé en partie par le Pr Claude Jeandel en décembre 2019, propose 15 mesures pour relever le défi de la transition démographique et la crise des Urgences notamment : « adapter le nombre de lits de court séjour de Gériatrie pour permettre une admission directe des patients âgés et atteindre au minimum 1 lit et tendre vers 2 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, tel que recommandé dans la circulaire de mars 2007 » ; « améliorer les transitions ville-Hôpital (entrées et sorties) » (38).

4.3 Focus sur les équipes mobiles de Gériatrie

La circulaire de 2002 crée le terme d'équipe mobile de Gériatrie mais son rôle est précisé dans la circulaire de 2007 : « Les rôles des EMG sont de dispenser un avis gériatrique, de réaliser une évaluation globale du patient, d'aider à son orientation au sein de la filière gériatrique et lors de son retour à domicile ». Dans la majorité des cas, les EMLG sont appelées au sein des services hospitaliers pour des avis et des aides à l'orientation des patients très âgés et polypathologiques (39).

L'évaluation gériatrique vise à dépister la fragilité et à améliorer la prise en charge de la personne âgée lors du séjour hospitalier et dans les suites de l'hospitalisation grâce à la diffusion de recommandations.

Les résultats d'une méta-analyse Cochrane en 2011 montrent que l'évaluation gérontologique réalisée par une EMLG aux Urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi.

Le professeur C. Jeandel, en 2006, propose que soit créée au sein de chaque plateforme gériatrique de référence, une EMLG permettant de constituer une interface entre d'une part la filière gériatrique hospitalière et d'autre part les EHPAD et le domicile.

Ce rôle primordial d'interface et de communication ville-Hôpital, est mis en avant dans l'Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France de N. Salles, notamment sur l'envoi des courriers qui joue un rôle essentiel dans le risque de réadmission non programmée. L'absence de courrier multiplie par 2 le risque de réadmission non programmée à 2 mois (39).

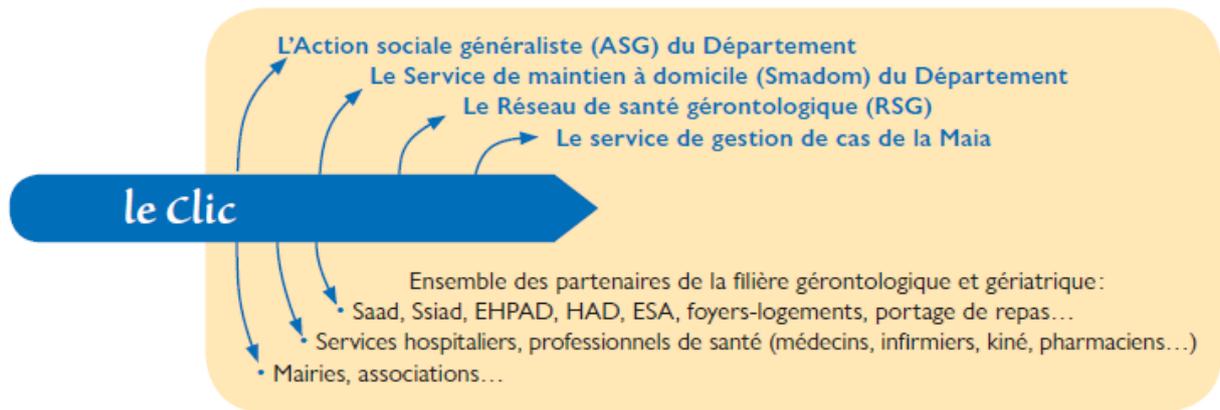
V – Offre de soins du département des Deux Sèvres

5.1 Quelques données sur l'organisation extrahospitalière

Les organismes d'appui et de coordination

Il existe 2 associations « Appui&Vous » (anciennes associations de gérontologie) sur les deux territoires nord et sud Deux-Sèvres qui portent chacune 2 services :

- La PTA ou plateforme territoriale d'appui, issue du projet PAERPA, à destination des professionnels de santé, du social et du médico-social pour le suivi des parcours de santé complexes (hors critère d'âge)
- Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) qui est un guichet d'accueil, d'information et de coordination de proximité qui accueille les personnes âgées de plus de 60 ans et leur entourage, dans le but de les informer sur leurs droits et les possibilités de prise en charge. Véritable « porte d'entrée », il est chargé d'orienter vers les services compétents.



Source : Organisation autour du CLIC - extrait documentation « un schéma départemental au service de la personne âgée en Deux sèvres – Bien vieillir chez soi en Deux Sèvres ».

- L'Action sociale généraliste (ASG) du Département : prend en charge les situations présentant une problématique d'ordre social.
- Le Service de maintien à domicile (Smadom) du Département : réalise une évaluation médico-sociale globale auprès de la personne pour mettre en place des actions permettant son maintien à domicile. Après mise en place du plan d'aide, notamment en cas de situation complexe, un financement APA est attribué et d'éventuels dossiers d'aides sociales sont instruits.
- Le réseau de santé gériatrique, intervient lors de la survenue d'une problématique médicale. Le réseau assure une prise en charge globale (sanitaire et sociale), fournit un appui opérationnel au médecin traitant. Il a un rôle de coordonnateur des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux autour du patient âgé dépendant souhaitant rester à domicile. Il intervient également lors des sorties d'hospitalisations.
- Le service de gestion de cas de la MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) issu du Plan Alzheimer 2008-2012 est un dispositif qui vise à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie. Le but est de renforcer l'articulation et la complémentarité des différents acteurs du monde sanitaire, social et médico-social.

Ces deux derniers dispositifs se déploient sur l'ensemble du territoire national depuis 2011 et sont désormais rattachés à la PTA (40).

Les services d'aides et de soins à domicile (41) (42) :

- SSIAD ou services de soins infirmiers à domicile, au nombre de 14 dans le département : proposent uniquement des services de soins infirmiers à domicile (actes infirmiers, aide à la toilette...)
- SPASAD ou services polyvalents d'aides et de soins à domicile : encore peu nombreux (2 dans les Deux Sèvres), proposent en plus de soins infirmiers des services à domicile (courses, ménage...).
- SAAD ou services d'aide et d'accompagnement à domicile (20 dans le département) : ne proposent que des services à domicile (courses, ménage...). Ils portent différents noms selon les communes ou secteurs (CCAS, ACSAD, Autonomie Douce heure...)

Les lieux de vie

On comptabilise 70 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le territoire des Deux Sèvres, qu'ils soient privés ou publics. Pour les patients les plus dépendants et hospitalo-réquerents, il y a 4 établissements de soins de longue durée (ESLD) répartis sur le territoire. Ce sont des établissements médicalisés.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes ou EHPA regroupent les résidences autonomie publiques (anciens foyers logements), les résidences services privées ainsi que les villages retraite. Il y a environ 60 établissements de ce type dans le département, ils ne sont pas médicalisés.

5.2 Les services d'accueil des Urgences

Le nombre de passages aux Urgences du CH de Niort, comme partout en France, est en augmentation. Entre 2015 et 2018 : il est passé de 58 943 à 61 725. Néanmoins, d'après les premiers chiffres pour l'année 2019, le nombre de passages aux Urgences a tendance à diminuer, il est estimé à 59 228.

Concernant les patients âgés de 75 ans et plus en 2019, environ 9 500 ont été pris en charge aux Urgences du CH de Niort. Environ 5050 ont été hospitalisés au décours, sur le CH ou transférés sur les hôpitaux locaux, dont 3 500 en passant par l'UHCD et environ 4450 sont rentrés à domicile.

Le nombre moyen de patients gériatriques consultant par jour aux Urgences (UHCD compris) est de 26,14. Le temps de séjour en box de cette population est de 5h55, il est de 22h36 lorsque ces patients sont admis en UHCD.

Les 3 motifs principaux de recours aux Urgences de cette population en 2019 d'après le dictionnaire des motifs de recours de la SFMU, en dehors de l'UHCD sont : Dyspnée, gêne respiratoire (563), Traumatisme du membre inférieur (404) et AEG, Asthénie (305).

A noter que le motif chute n'est pas référencé, mais si l'on comptabilise l'ensemble des traumatismes (pouvant sous-entendre une chute), à savoir les traumatismes de membres, les traumatismes crâniens et traumatismes rachidiens, le total est de 753 soit 16% des motifs. (Source : Service DIM CH Niort)

Dans le nord du département, le Centre Hospitalier de Faye l'Abbesse est également doté d'un service d'accueil d'Urgence.

5.3 Les services hospitaliers à orientation gériatrique

Le court séjour de Gériatrie du CH de Niort, au sud-ouest du département, comprend 30 lits. D'après les données issues du DIM en 2019, il y a eu 1221 hospitalisations en CSG à Niort, environ 30% d'entrées directes et 65% d'entrées via les Urgences (5% de transferts). Concernant le devenir des patients, on comptabilise 62% de retour à domicile ; 11% de décès et 25% de transferts en SSR (3% de transferts dans d'autres services).

Il y a également sur le site du CH de Niort, 53 lits en établissement de soins de longues durées et 12 lits à l'unité d'hébergement renforcé pour les patients déments déambulants.

Le service de soins de suite et réadaptation compte 30 lits en secteur gériatrique sur les 72 disponibles.

A noter qu'au sein de ce CH, le service de Gériatrie et le service de psychogériatrie sont dissociés. La filière sujet-âgé de psychiatrie comprend un service de Psychogériatrie, une unité d'hospitalisation complète, une unité d'hospitalisation de jour commune à Niort, Parthenay et Melle ainsi qu'une unité d'hospitalisation d'évaluation.

Le groupement hospitalier du Haut Val de Sèvres et du Mellois, au sud-est du département, regroupe quant à lui :

- l'hôpital local de Saint Maixent l'École comprenant 20 lits de court séjour gériatrique ; 49 lits de SSR dont 5 de soins palliatifs et 35 lits de soins de longue durée.
- l'hôpital local de Melle doté de 10 lits de court séjour gériatrique et de 25 lits de SSR (dont 4 soins palliatifs, 5 états végétatifs chroniques).

Le CH de Faye L'Abbesse, au nord, est doté d'une Unité Gériatrique Aigüe de 15 lits et d'une Unité de Médecine Ambulatoire où peuvent être réalisés les HDJ. Il y a également 82 lits de SSR sur 2 sites (37 à Parthenay et 45 à Faye L'Abbesse) et une unité de soins palliatifs.

5.4 Les équipes mobiles et de liaison gériatriques

L'équipe mobile de Gériatrie à Niort, créée en 2006, est implantée dans les locaux du service de médecine gériatrique. L'équipe est composée d'un médecin, de 2 infirmières diplômées d'état, d'une assistante sociale, et d'un temps de psychologue partagé avec le groupement du Haut Val de Sèvre et du Mellois.

En 2019, l'EMLG a réalisé 830 évaluations gériatriques standardisées en intra-hospitalier dont 685 aux Urgences (80%). Les évaluations dans les autres services du CH sont nettement prédominantes en SSR et en Cardiologie.

Depuis plusieurs années, il existe une « fiche alerte EMLG », à disposition des médecins du service des Urgences du CH de Niort, permettant d'alerter l'EMLG, en dehors de ses horaires d'ouverture, sur des situations nécessitant une évaluation gériatrique non urgente (Annexe III). Après réception de cette fiche, l'équipe prend connaissance du dossier du patient, le contacte par téléphone et fait le lien avec le médecin traitant pour organiser une consultation ou une hospitalisation en entrée directe.

Au sein de cette EMLG a été créée en 2012, une filière de suivi et de prise en charge des anémies des patients âgés. Il y a environ 120 patients suivis dans cette filière chaque année. Le suivi est mis en place le plus souvent en sortie d'hospitalisation de Gériatrie mais également dans les suites d'un séjour dans un autre service de MCO ou aux Urgences. L'équipe mobile procède, lors de la présentation du suivi au patient

non hospitalisé en gériatrie, à une évaluation gériatologique standardisée (EGS) alors ajoutée au dossier du patient.

Le territoire bénéficie également de la présence de 3 autres équipes mobiles de Gériatries réparties dans les 3 autres hôpitaux du département. Leurs compositions d'équipe sont similaires à celle de Niort en dehors de la présence d'un ergothérapeute sur les sites de Faye L'abbesse et Melle.

Leurs organisations diffèrent de celle de Niort :

- l'EMLG du Nord Deux Sèvres a été créée en 2012 sur le site de Parthenay, secondairement étendue sur les sites de Bressuire et Thouars avant d'être transférée sur le site de Faye L'Abbesse en juin 2018. Elle possède la particularité de ne pas être adossée à un service de médecine. Son action est donc uniquement transversale. Son activité, principalement intra-hospitalière aux Urgences et UHCD jusqu'à la crise de la Covid, s'est étendue aux EHPAD correspondant pour la gestion des prélèvements infectieux et les conseils/informations en rapport avec pandémie virale.

- les EMLG de Melle et Saint Maixent l'Ecole réalisent des évaluations auprès des patients hospitalisés afin d'aider au retour à domicile. Elles ont une mission d'action de préservation de l'autonomie.

C'est au sein de cette équipe mobile à Niort qu'a été développée la hotline gériatrique ou « Guichet Unique de Gériatrie » (GUG) en 2010.

Les EMLG de Melle et Saint Maixent l'Ecole ont également depuis 2019 mis en place un numéro de téléphone direct à la disposition des soignants de leur territoire.

C – MATERIEL et METHODE

I – Matériel

1.1 Les médecins généralistes dans les Deux Sèvres

La densité de médecins généralistes était de 138 pour 100 000 habitants, en 2018, dans les Deux Sèvres. La densité nationale étant de 153 pour 100 000 habitants et celle de la région Nouvelle Aquitaine de 166 pour 100 000 habitants.

Le département des Deux sèvres, comme la Charente, est le 4^e département ayant la plus faible densité de médecins généralistes, de la région Nouvelle Aquitaine, après le Lot et Garonne, la Dordogne et la Creuse cette même année (43).

Les données sur la démographie des médecins généralistes du département datent de 2015. La moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux en activité était de 52.6 ans, les femmes représentaient 44% de l'effectif total et 54% de l'effectif des moins de 40 ans (44).

1.2 Le GUG

Créé en 2009-2010, dans le but d'améliorer le lien ville-hôpital, le GUG s'organise au sein du service de Gériatrie dans les bureaux et avec le personnel de l'équipe mobile et de liaison gériatrique. Cette hotline gériatrique est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. L'appelant est en contact direct avec une infirmière diplômée d'état qui reçoit la demande et remplit la fiche de liaison comprenant l'identité de l'appelant, l'identité du patient, le type de demande, le délai attendu, les données médicales connues (Annexe IV).

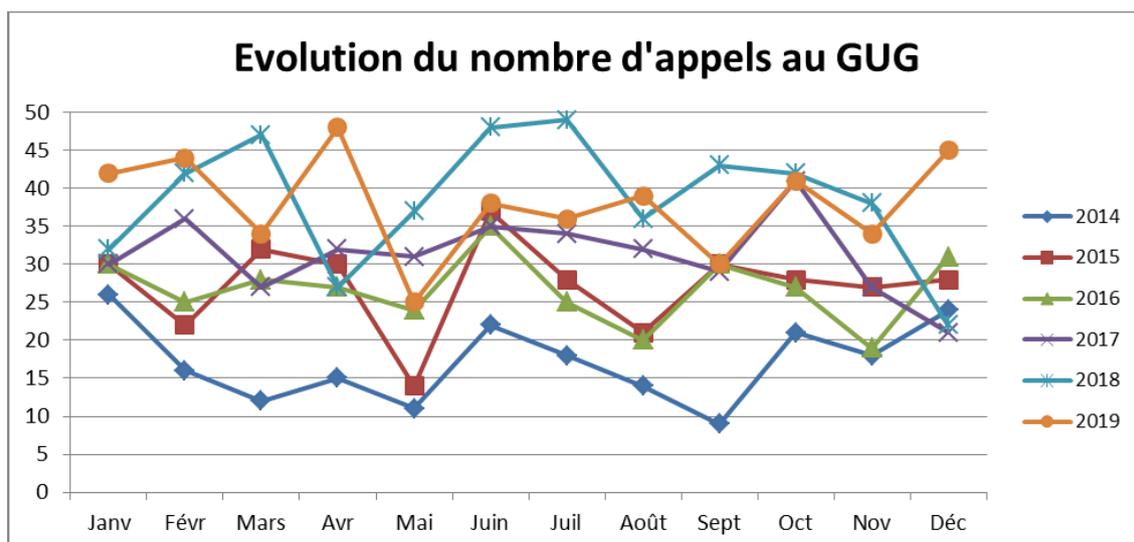
Elle fait le lien avec le médecin gériatrie d'avis et référent de l'équipe mobile du jour.

Le gériatre peut alors transmettre sa réponse soit directement au médecin soit à l'infirmière qui organise l'entrée du patient en cas d'hospitalisation ou organise la consultation le cas échéant. Elle fait le lien avec le patient ou son entourage et avec l'équipe soignante dans les EHPAD.

Le GUG a pris en charge 456 appels en 2019 menant à 249 hospitalisations en entrée directe en CSG, 58 hospitalisations dans d'autres services du CH, 44 consultations et 73 relais conseils. Le reste des prises en charge correspond à des visites à domicile et des suivis médico-sociaux.

Le nombre d'appels reçus au GUG est en augmentation croissante. On dénombre 206 appels en 2014, 321 en 2016 et 463 en 2018. A noter une augmentation plus

importante en 2018, de + 23.5%, possiblement liée à l'impulsion du PAERPA, mis en place dans le département en 2017.



Source : Rapport d'activité 2019 Médecine gériatrique

1.3 La population âgée des Deux Sèvres

Dans le département, l'espérance de vie à la naissance en 2019 était de 79.6 ans pour un homme et de 85.9 ans pour une femme (45).

Les dernières données de l'INSEE concernant la répartition de la population du département des Deux Sèvres datent de 2017. Les 75 ans et plus représentent alors 11.5% de la population soit 43 158 personnes. La répartition par sexe pour cette tranche d'âge est la même que celle de la population âgée nationale, soit 60% de femmes et 40% d'hommes.

Parmi la population âgée de 90 ans et plus, cette tendance est encore plus marquée. On dénombre, cette même année, 4 321 femmes (70%) de cette tranche d'âge contre 1 836 hommes (30%) (46).

II – Méthode de recueil des données

Du 02/01/2020 au 15/03/2020, l'ensemble des appels reçus au GUG (hors filière anémie) ont été répertoriés. L'identité et les coordonnées des appelants ont été recueillies dans un fichier Excel.

La date du 15 mars est arbitrairement décidée au début du projet pour respecter le délai de travail fixé. Néanmoins un bilan de saturation des données, réalisé la semaine 11, retrouvait une saturation et une redondance d'identité des médecins généralistes appelants.

Au décours, le choix de cette date de fin de recueil a été renforcée par la fermeture quasi-totale du guichet unique pour les entrées directes en hospitalisation au vu du contexte de Covid-19. La prise en charge s'est alors orientée vers la téléconsultation et les conseils téléphoniques du gériatre.

Pour les critères secondaires, les données recueillies de façon rétrospective (via les comptes rendus d'hospitalisation ou via la fiche GUG) concernaient les caractéristiques des patients (sexe, âge, mode et lieux de vie, score GIR si disponible). Étaient également recueillis le type de demande, le délai attendu, le type de réponse et le délai de réponse, le motif médical de la demande, la date de prise en charge, la durée de séjour en cas d'hospitalisation, le mode de sortie et la réhospitalisation à 30 jours. L'ensemble des données ont été centralisées dans le fichier Excel.

L'accès aux données des patients et aux données du GUG a été validé par la cellule juridique du CH de Niort.

III – Type et méthode d'analyse

En préambule, une enquête de satisfaction est réalisée auprès des médecins généralistes ayant utilisé le GUG sur la période du 02/01/2020 au 15/03/2020. Il s'agit d'une étude descriptive qualitative, avec une variable ordinale, menée par un seul investigateur.

D'autre part, nous avons mené deux études observationnelles rétrospectives : une sur la population âgée prise en charge via le GUG et une sur les délais de réponse du GUG et de prise en charge des patients.

Pour évaluer la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis du GUG, un questionnaire est réalisé, non anonyme, créé via Google Forms. Il comprend 15 questions dont 2 à réponses ouvertes. La première partie permet d'obtenir les caractéristiques des médecins répondants, la seconde aborde l'utilisation et la connaissance du GUG, la troisième traite de la satisfaction des MG et la dernière des pistes d'amélioration proposées (Annexe V).

Un recueil des adresses mails est établi au début du questionnaire afin d'orienter d'éventuelles relances.

La structuration du questionnaire a été menée en s'appuyant sur « le guide pratique pour réaliser son étude de satisfaction » proposé par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (47).

L'échelle ordinale de Likert à 5 modalités est choisie pour nos questions de satisfaction. (Très satisfait, Plutôt satisfait, Ni satisfait ni insatisfait, Plutôt insatisfait et Très insatisfait).

Le questionnaire de satisfaction a été envoyé par mail le 17/04/2020, via l'Ordre Départemental des Médecins aux médecins généralistes libéraux ayant utilisé le GUG au cours de cette même période. Un message de présentation de l'étude y était joint (Annexe VI).

A 15 jours, seulement 4 réponses sont recueillies. Des appels aux secrétariats des médecins sont menés pour vérifier la bonne réception du mail de l'Ordre des médecins pour, le cas échéant, récupérer les adresses mail et procéder à un second envoi. Ainsi, 50 adresses mails de médecins ou de leurs secrétariats ont été répertoriées.

Le second envoi du questionnaire a eu lieu le 12/05/2020 suivi de 2 relances par mail. La date de fin de recueil des questionnaires a été fixée au 30 juin 2020, afin de laisser le temps aux médecins de répondre « à distance » de la crise Covid-19.

Les données issues de ces questionnaires ont été secondairement rendues anonymes.

Les appels reçus par des médecins hospitaliers (demande de transfert sans intervention du médecin traitant) ont été exclus afin de cibler l'étude sur la satisfaction des médecins libéraux.

L'analyse statistique des données concernant les caractéristiques des patients et des médecins ainsi que les délais de demande/réponse et le devenir des patients a été réalisée via des tableaux croisés dynamiques avec le logiciel Excel à partir du fichier source des données. Les réponses à la question ouverte sur les pistes d'améliorations pour la prise en charge des patients âgés en général ont été analysées par Verbatim.

La cartographie de répartition des médecins appelants sur le territoire des Deux Sèvres a été réalisée via le logiciel Power BI.

IV – Critères de jugements

Le critère de jugement principal est la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis du GUG

Les critères de jugement secondaires sont :

- L'étude des caractéristiques des médecins généralistes répondants
- L'étude des caractéristiques des patients pour lesquels le GUG est sollicité, la prise en charge réalisée, le mode de sortie et le taux de réhospitalisation à 30 jours
- Les délais de réponses et de prise en charge du GUG
- Les pistes d'amélioration de cette ligne téléphonique

D – RESULTATS

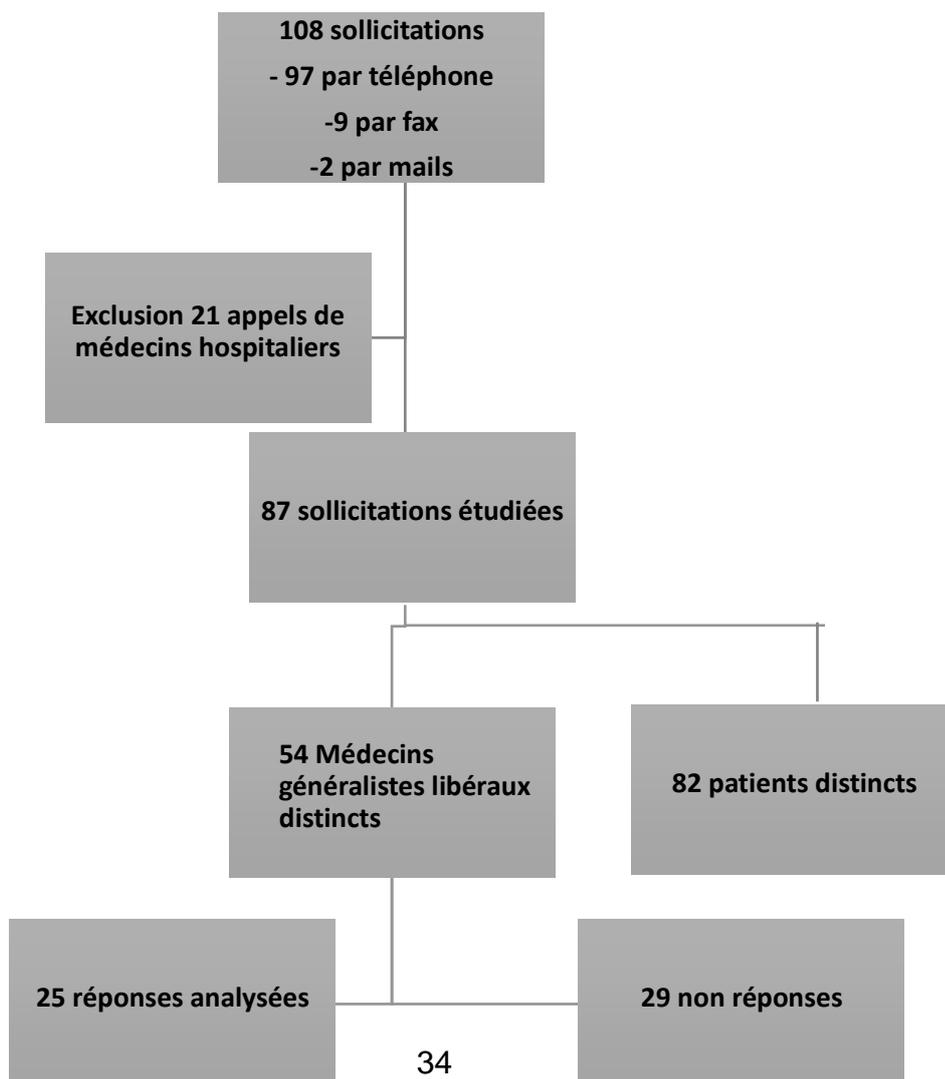
Sur la période de 10 semaines, 108 sollicitations du guichet unique (hors filière anémie) ont été réceptionnées. 97 sollicitations ont été réalisées par téléphone, 9 par fax et 2 par mails.

Parmi ces 108 sollicitations, 21 proviennent de médecins hospitaliers, la plupart du temps pour des transferts entre hôpitaux. Ces appels ont été exclus.

Sur les 87 sollicitations restantes, 54 médecins généralistes distincts ont été pris en compte pour l'étude.

Concernant la population de patients étudiée pour les critères de jugements secondaires, 82 patients distincts ont été pris en compte (le GUG avait été sollicité 2 ou 3 fois, soit 5 appels supplémentaires, pour 4 patientes déjà référencées).

Nous avons obtenu 25 réponses sur les 54 médecins destinataires, soit un taux de participation de 46.3%. Parmi les non-répondants, un médecin était en arrêt maladie, la raison de la non-participation n'est pas connue pour 28 autres médecins.



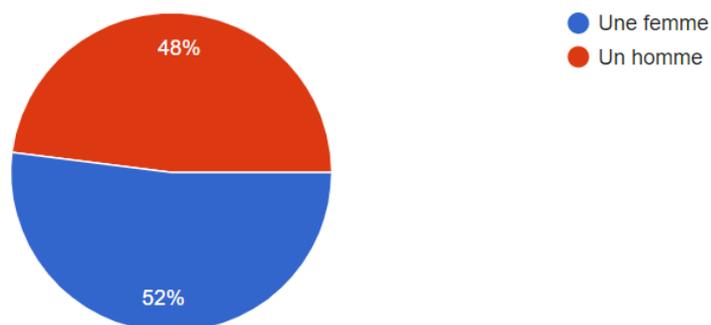
I – Caractéristiques des répondants

1.1 Age et sexe

Sur les 25 répondants, on comptabilise 13 femmes (52%) et 12 hommes (48%). La majorité des répondants déclare avoir moins de 40 ans (11 médecins soit 44%), 7 d'entre eux indiquent avoir entre 41 et 50 ans (28%), 6 déclarent avoir entre 51 et 60 ans (24%) et enfin 1 seul médecin signale avoir plus de 60 ans (4%).

Etes-vous

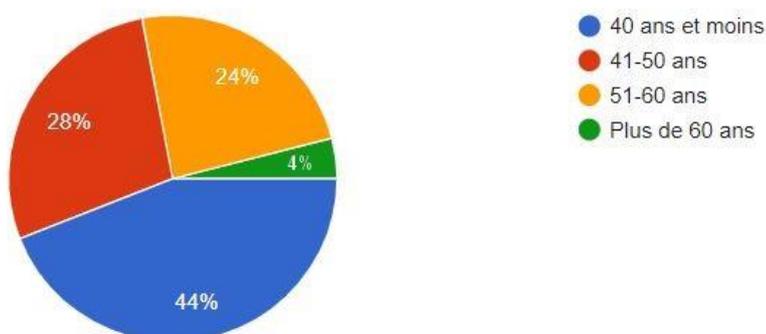
25 réponses



Graphique 1 : répartition des répondants par sexe

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

25 réponses



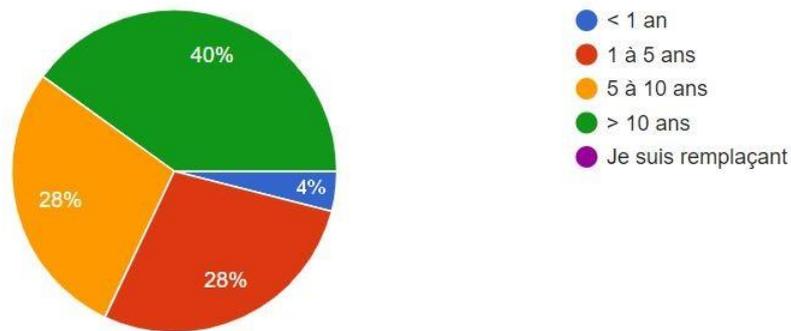
Graphique 2 : répartition des répondants par tranche d'âge

1.2 Mode d'exercice et durée d'exercice

10 médecins déclarent être installés depuis plus de 10 ans, soit 40% des répondants et seulement 1 médecin indique être installé depuis moins d'un an (soit 4% des répondants). Il y a autant de médecins déclarant être installés depuis 1 à 5 ans que de médecins installés depuis 5 à 10 ans (28%). Aucun ne signale être remplaçant.

Depuis combien d'année(s) êtes-vous installé ?

25 réponses



Graphique 3 : Répartition des répondants par durée d'installation

La majorité des médecins répondants, 12 médecins, exerce en milieu rural (48%), 7 en milieu semi rural (28%) et 6 en milieu urbain (24%). A nouveau, aucun ne répond être remplaçant.

Votre cabinet est situé :

25 réponses



Graphique 4 : répartition des répondants par lieu d'installation

1.3 Proportion de patientèle âgée

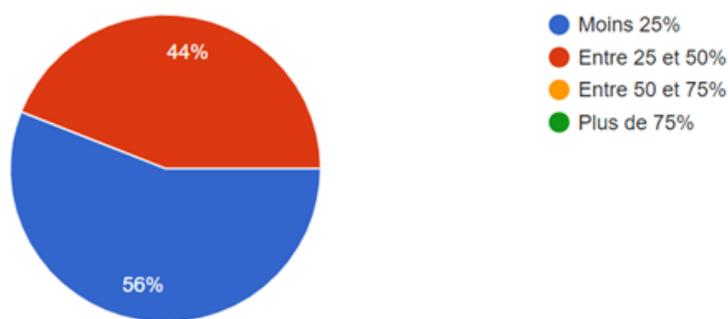
La majorité des répondants, soit 14 médecins, déclare que les patients de plus de 75 ans représentent moins de 25% de leur patientèle (56%).

Pour 44% des répondants, la proportion de patients de plus de 75 ans dans leur patientèle se situe entre 25 et 50% (soit 11 répondants).

Aucun médecin n'informe avoir plus de 50% de patients âgés de plus de 75 ans dans sa patientèle.

Quelle proportion de votre patientèle représente les plus de 75 ans ? (Voir votre RIAP)

25 réponses



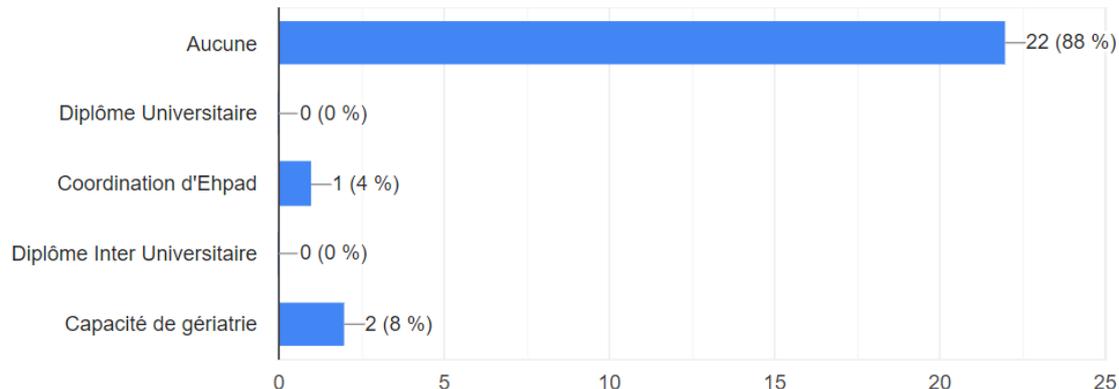
Graphique 5 : Répartition de la patientèle des répondants

1.4 Qualification en Gériatrie

88% des répondants déclarent ne pas avoir de qualification supplémentaire en Gériatrie. 1 seul médecin déclare être qualifié pour de la coordination d'EHPAD (4%) et 2 médecins déclarent être titulaires de la Capacité de Gériatrie (8%).

Avez vous une qualification supplémentaire en gériatrie ?

25 réponses



Graphique 6 : Qualification gériatrique des répondants

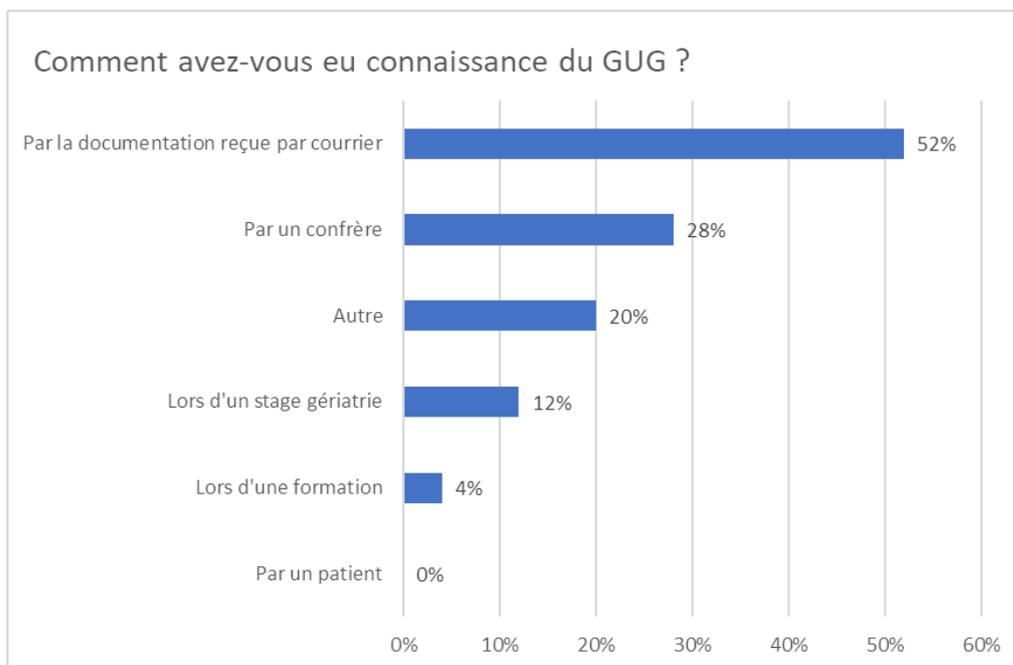
1.5 Connaissance et utilisation du GUG

52% des médecins interrogés déclarent avoir connu le GUG par la documentation reçue par courrier. 28% des répondants déclarent avoir connu le GUG par un confrère.

12% d'entre eux l'ont connu lors d'un stage dans le service de Gériatrie et 4 % lors d'une formation.

Enfin, 20% des répondants ont eu connaissance du GUG d'une autre manière que celles proposées dans le questionnaire à savoir :

- Par la famille d'un patient pour 1 médecin
- Lors d'un stage aux Urgences pour 1 médecin
- Lors d'un appel au secrétariat de Gériatrie pour 2 médecins
- Et lors d'une réunion (non détaillée) pour 1 médecin

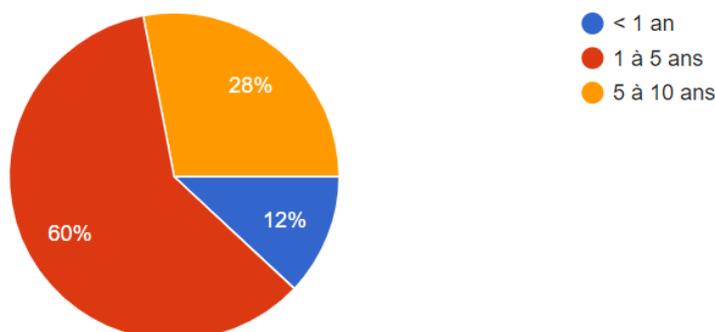


Graphique 7 : Mode de connaissance du GUG par les répondants

Concernant l'utilisation du GUG, 60% des répondants, soit 15 médecins déclarent utiliser le GUG depuis 1 à 5 ans. 7 médecins depuis 5 à 10 ans (28%) et 3 l'utilisent depuis moins d'un an (12%)

Depuis combien de temps utilisez-vous le GUG ?

25 réponses



Graphique 8 : Durée d'utilisation du GUG par les répondants

1.6 Analyse des appels de l'ensemble des médecins interrogés

Les 25 médecins répondants ont passé en moyenne 1.88 appel au GUG, sur la période étudiée, avec un maximum de 7 appels pour un médecin et un minimum de 1 appel pour un autre.

77% des non-répondants ont passé 1 seul appel au GUG contre 48% des répondants.

1.7 Répartition des médecins appelants sur le territoire des Deux Sèvres

La majorité des médecins utilisant le GUG sont installés à Niort (17/54), néanmoins le territoire de drainage du GUG s'étend jusqu'au pays Mellois et jusqu'à Parthenay. La cartographie de répartition des 54 médecins appelants est disponible en annexe VII.

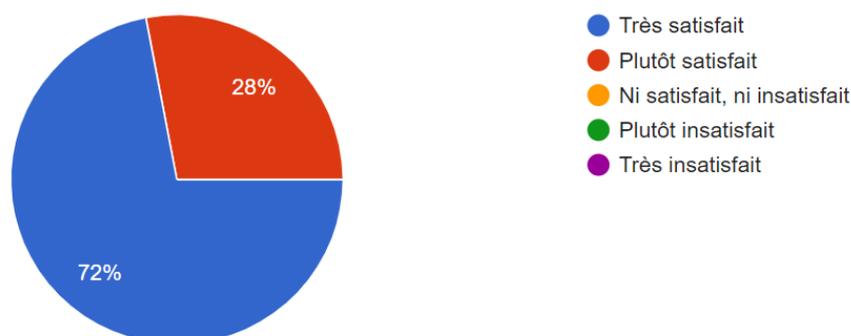
II – Critère de jugement principal.

2.1 Satisfaction globale

72% des médecins répondants (n= 18) déclarent être « très satisfaits » du GUG et 28%, soit 7 médecins, déclarent en être « plutôt satisfaits ». Aucun répondant n'a déclaré être insatisfait.

Quel est votre avis global sur le GUG ?

25 réponses



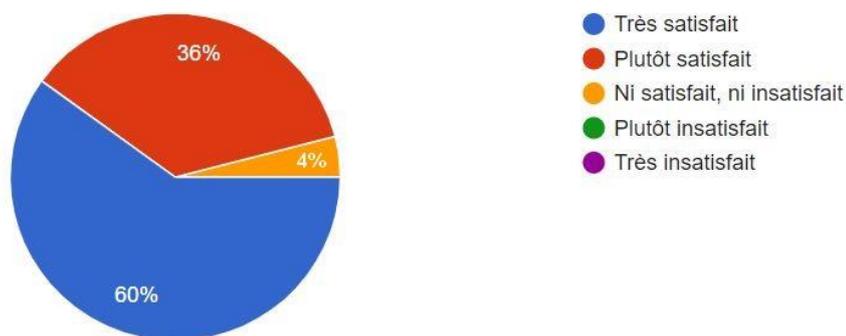
Graphique 9 : Avis global des répondants sur le GUG

2.2 Appréciations du délai prise en charge de la demande

La majorité des répondants, soit 60% (15 médecins) déclare être « très satisfait » du délai de prise en charge de leur demande et 36% d'entre eux, 9 médecins, déclarent être « plutôt satisfaits ». 1 médecin déclare être « ni satisfait, ni insatisfait » du délai de prise en charge de sa demande, soit 4% des réponses.

Quelle est votre appréciation du délai de prise en charge de votre demande ?

25 réponses



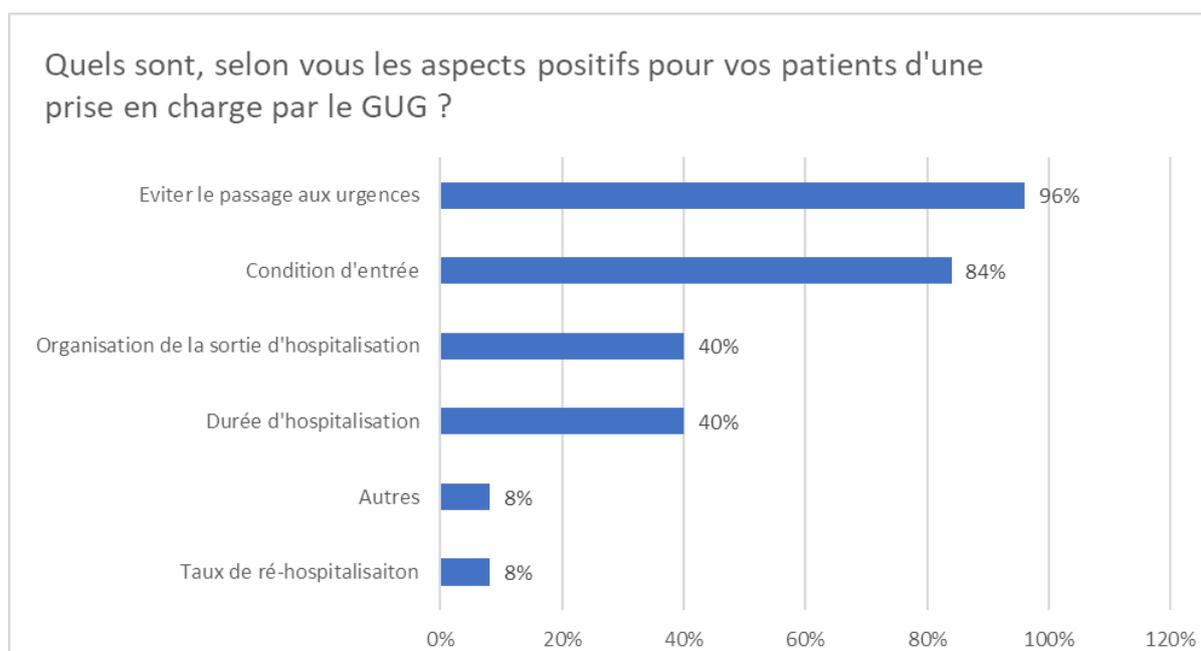
Graphique 10 : Appréciation du délai de prise en charge de la demande par les répondants

2.3 Aspects positifs pour les patients

Le principal aspect positif pour les médecins est le fait d'éviter le passage des patients par les Urgences (96% des répondants). Les autres aspects positifs sont : les conditions d'entrée pour 84% des médecins répondants puis l'organisation de la sortie d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation pour 40% d'entre eux.

Enfin pour 8% des répondants, le taux de réhospitalisation est considéré comme un élément positif pour les patients pris en charge par le GUG.

Parmi les 8% de réponses « autres », on peut citer « une réponse rapide » et « l'organisation d'une hospitalisation avec une programmation d'exams complémentaires ».



Graphique 11 : Aspects positifs pour les patients d'après les répondants

2.4 Recommandation à un confrère

La totalité des médecins interrogés recommanderait le GUG à un confrère ou une consœur.

Recommanderiez vous l'utilisation du GUG à vos confrères et consœurs ?

25 réponses

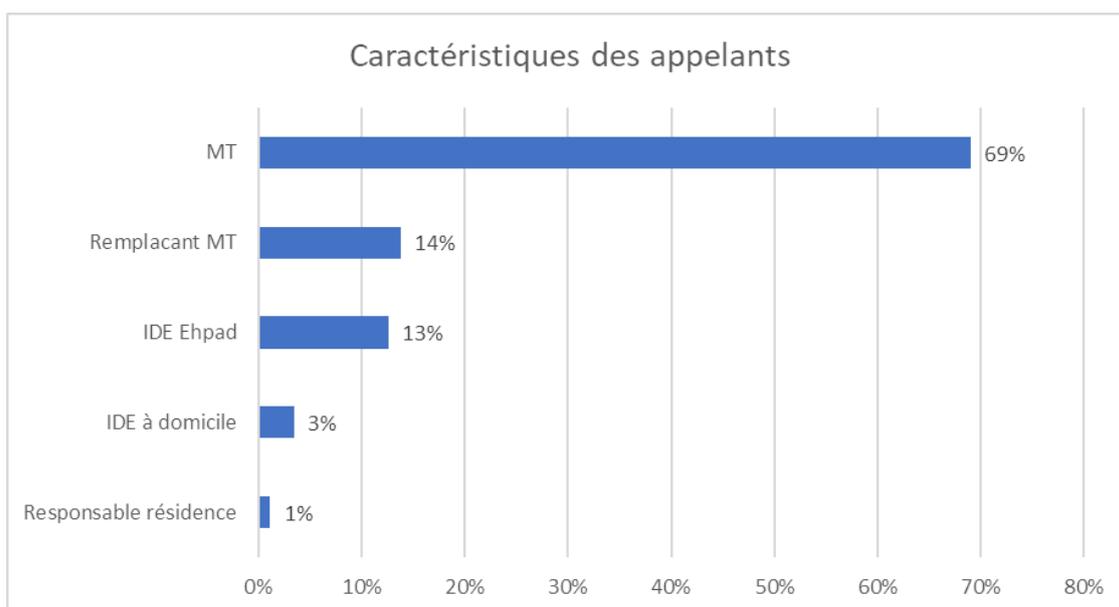


Graphique 12 : Recommandation à un confrère par les répondants

III – Critères de jugement secondaires

3.1 Caractéristiques des appelants

Sur les 87 demandes reçues, 69% (n=60) ont été faites par le médecin traitant ; 16% (n=14) sont passées par une IDE (en détails 3 IDE à domicile et 11 IDE en EHPAD) ; 14% (n=12) par un remplaçant du médecin traitant et 1% (n=1) par un responsable de structure.



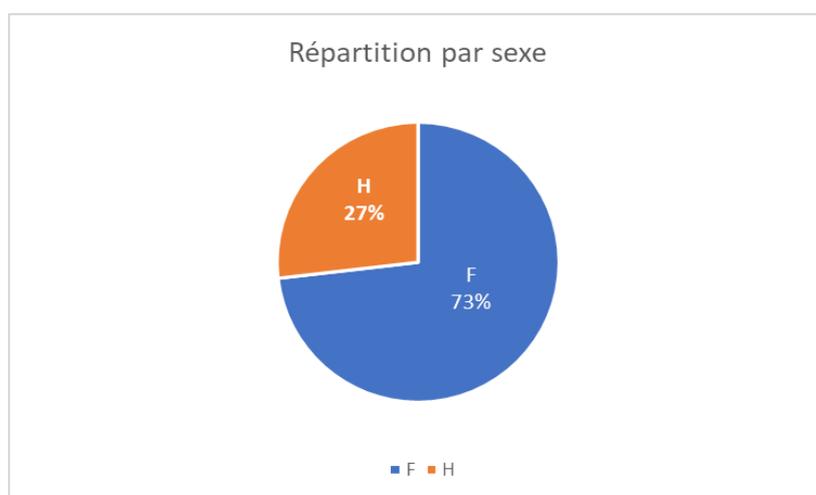
Graphique 13 : Caractéristiques des appelants

3.2 Caractéristiques des patients pris en charge par le GUG

Parmi les 82 patients distincts pris en charge par le GUG, seulement 24 étaient déjà connus du service soit 29.3%. Ce nombre passe à 31.9% pour les patients hospitalisés en entrée directe.

3.2.1 Age et sexe

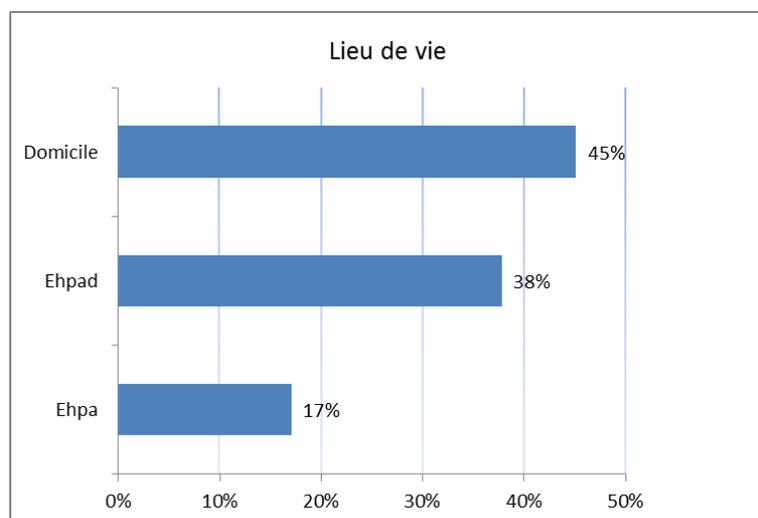
L'âge moyen des 82 patients pris en charge par le GUG est de 88.7 ans avec un minimum de 75 ans et un maximum de 100 ans. L'âge moyen des 47 patients hospitalisés en entrée directe via le GUG (CSG, hôpitaux locaux et services spécialisés) est de 88.3 ans. La répartition par sexe de la population totale prise en charge par le GUG est la suivante : 60 femmes et 22 hommes soit respectivement 73.2% et 26.8%.



Graphique 14 : Répartition des patients par sexe

3.2.2 Mode de vie

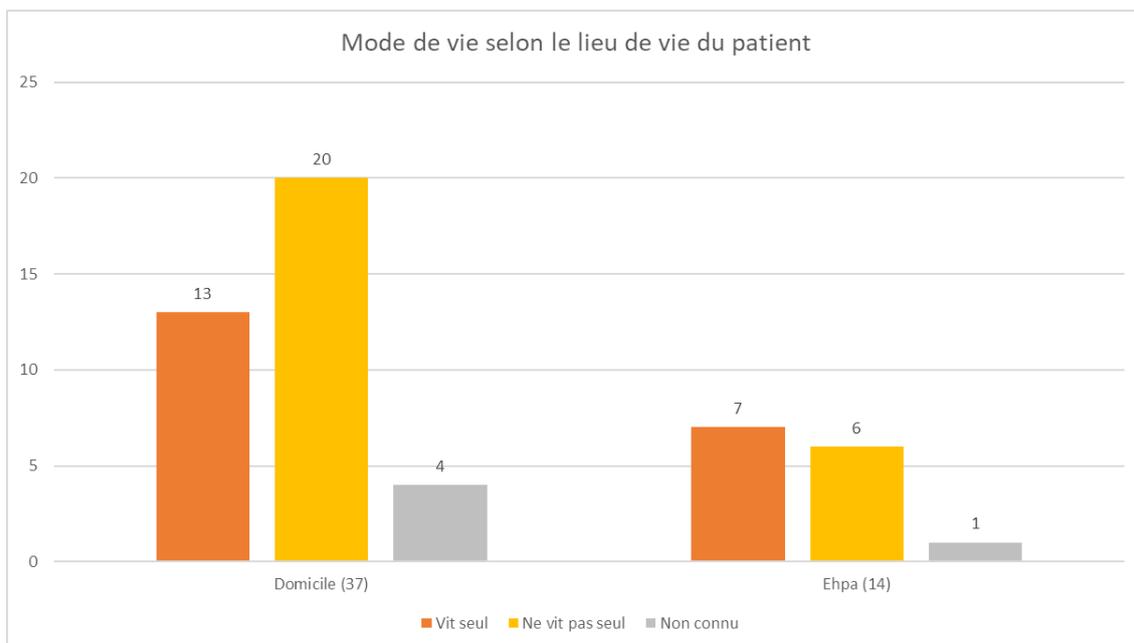
Parmi ces 82 patients, 45% (n=37) vivent à domicile ; 38% (n= 31) en EHPAD et 17,1% (n=14) en EHPA. A noter que parmi les 37 patients résidant à domicile, 3 vivent chez un enfant.



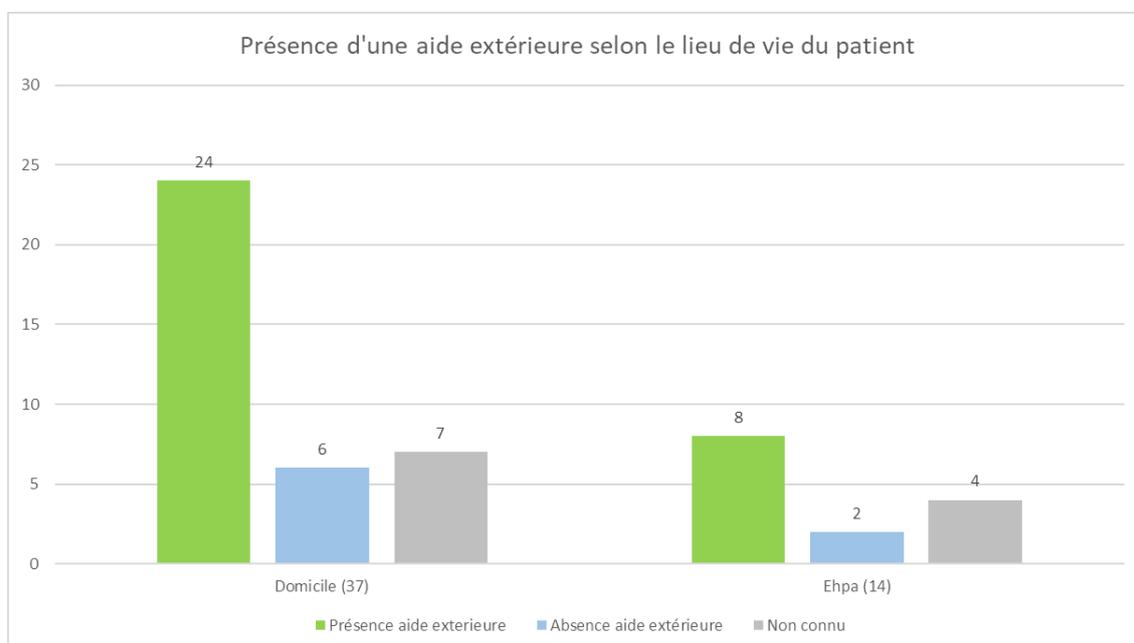
Graphique 15 : Répartition des patients par lieu de vie

La majorité des patients résidant à domicile ont au moins 1 aidant soit 50.9% (n=26/51) et 62.7% bénéficient d'une aide extérieure (n=32/51).

En écartant les résidents d'EHPAD et les données non connues, on observe seulement 6.5% (n=3/46) des patients vivent seuls et sans aide extérieure. A noter que le score GIR moyen pour les 31 patients résidant en EHPAD est de 2 (donnée connue pour 27 des patients).



Graphique 16 : Répartition des patients selon l'existence d'un accompagnant



Graphique 17 : Présence d'une aide extérieure selon le lieu de vie du patient

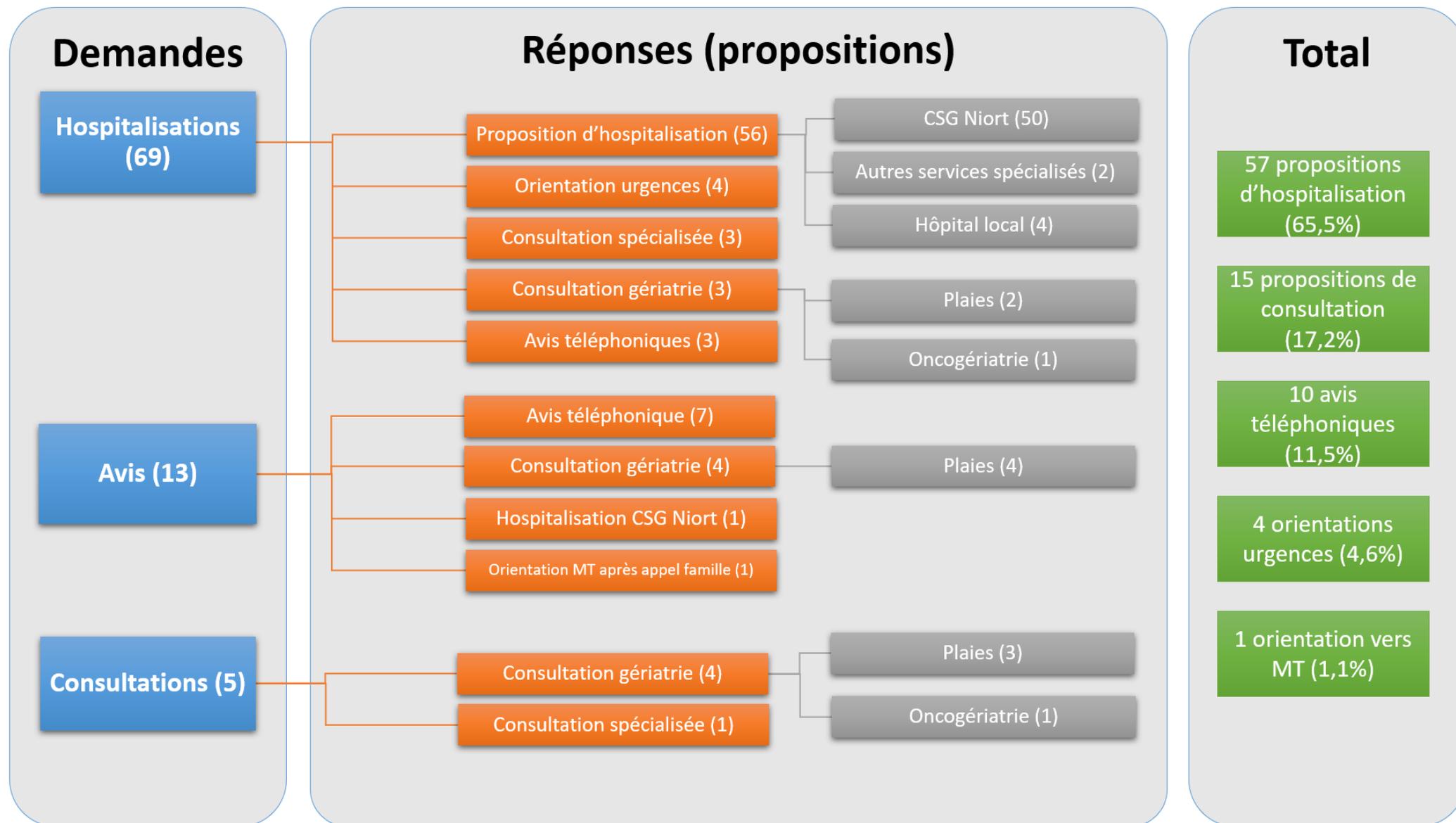
3.3 Type de demandes et capacité de réponses du GUG

		Proposition du GUG			
		Hospitalisation	Avis	Consultation	Autres
Demande	Hospitalisation	56	3	6	4
	Avis	1	7	4	1
	Consultation	0	0	5	0

Résultat : $56+7+5 = 68$ réponses conformes à la demande soit 78,2% de concordance.

Les réponses apportées par le GUG sur le type de prise en charge, correspondent dans 78.2% des cas à la demande initiale du médecin traitant.

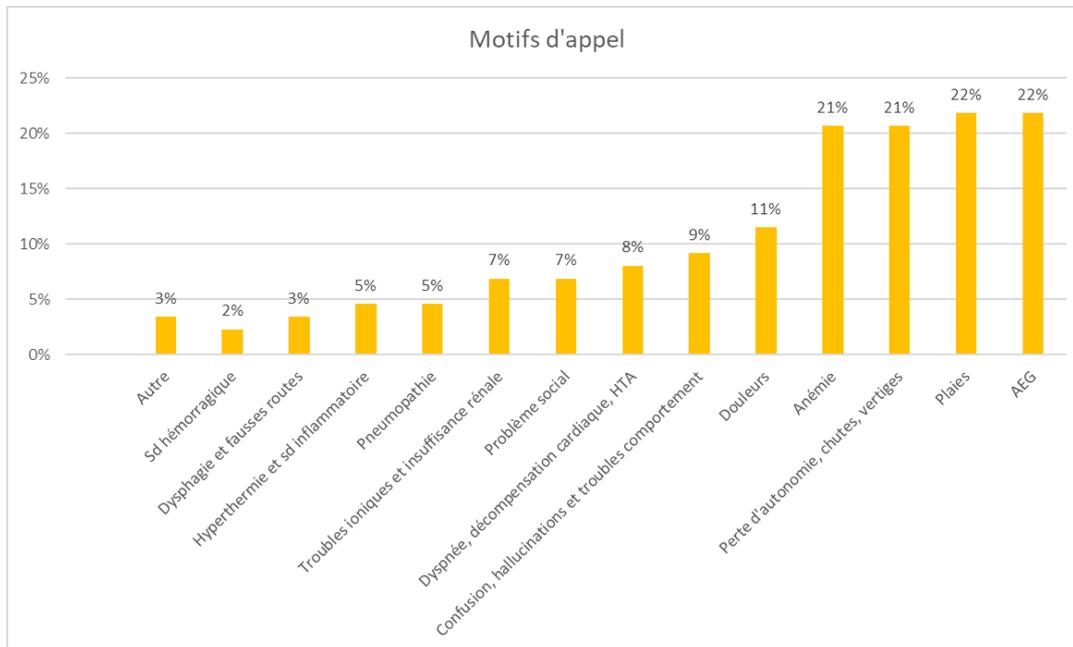
3.3.1 Type de demandes et type de réponses apportées



MT = Médecin traitant ; CSG = Court Séjour de Gériatrie

3.3.2 Motifs d'appels

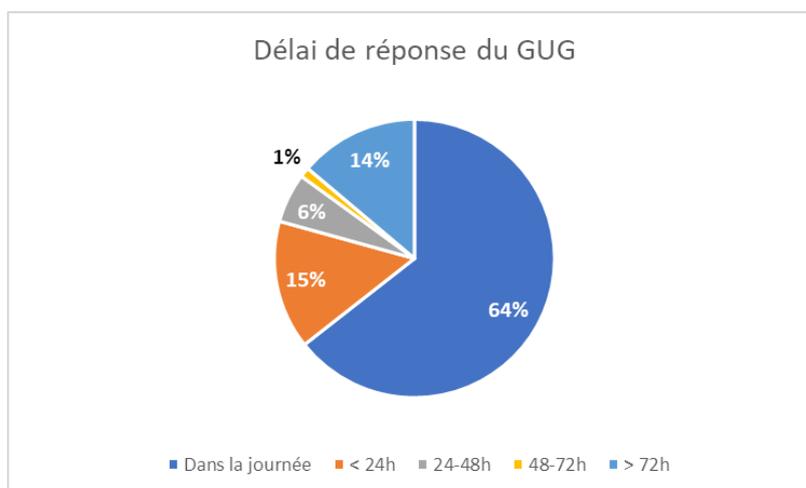
Les deux principaux motifs d'appels sont l'altération de l'état général (AEG) et les plaies lesquels représentent ensemble 22% des appels puis de manière équivalente on retrouve la perte d'autonomie et les chutes ainsi que les anémies pour 21% des appels. La douleur arrive en 5^e position soit 11% des appels. Le motif confusion, hallucinations et troubles du comportement représente 9% des appels.



Graphique 18 : Répartition des appels par motif d'appel

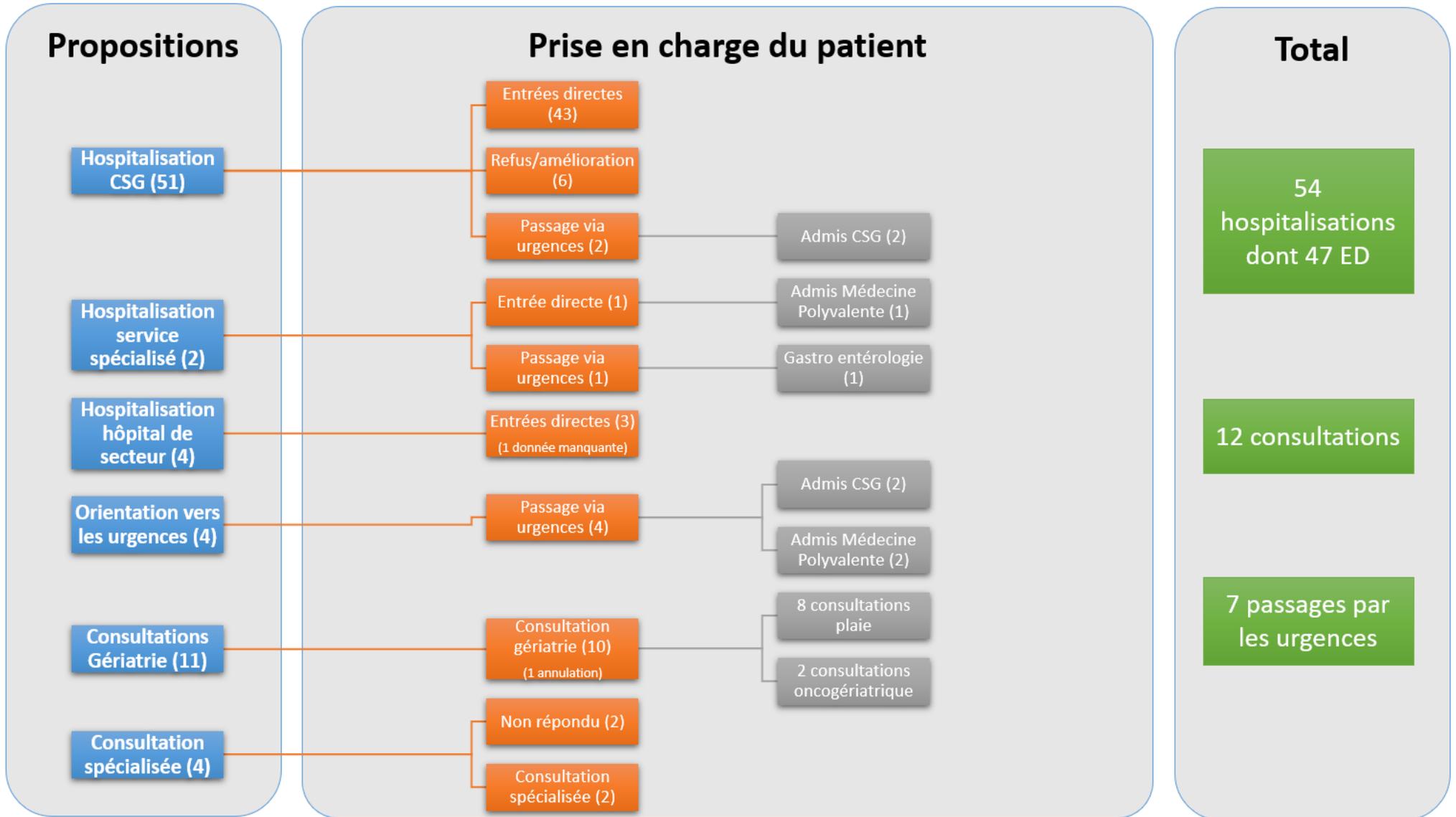
3.3.3 Délai de réponse du GUG

Sur les 87 demandes, le GUG a répondu dans 64% des cas (n=56) dans la journée, dans 15% (n=13) dans les 24h ; 6% (n=5) dans les 24-48h ; 1% (n=1) dans les 48-72h et 14% (n=12) au-delà de 72h. Concernant les réponses les plus tardives ($\geq 72h$), 8 étaient des demandes d'hospitalisations et pour 7 réponses, la raison du délai est l'absence de médecin gériatre joignable.



Graphique 19 : Répartition des délais de réponse du GUG

3.4 Prise en charge *in fine* des patients pour les 87 demandes

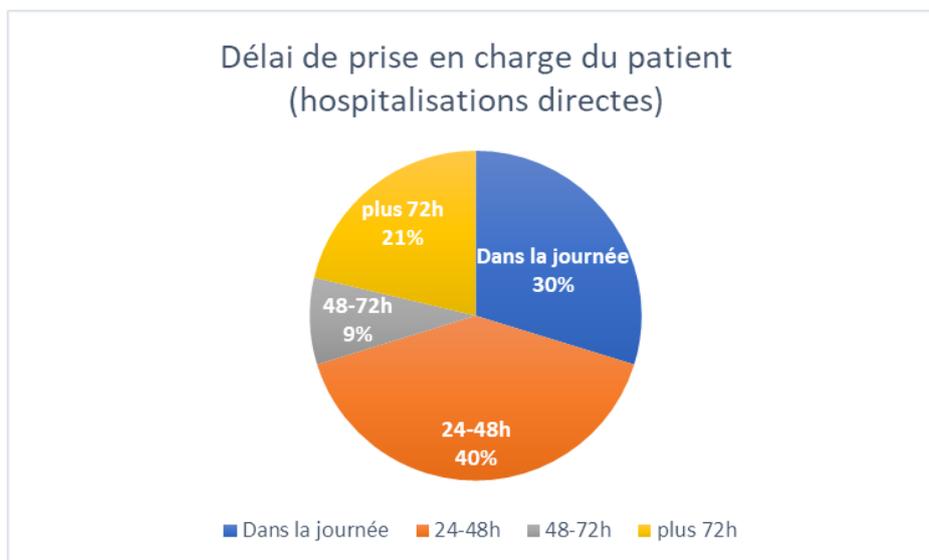


ED = Entrée Directe ; CSG = Court Séjour de Gériatrie

3.4.1 Délai de prise en charge du patient en hospitalisation directe et consultation

Pour les hospitalisations directes (n=47), 30% des patients (n=14) ont été pris en charge dans la journée et 40 % (n=19) ont été pris en charge dans les 24-48h. 4 patients, 9%, ont été pris en charge dans les 48-72h et enfin, 21% soit 10 patients ont été pris en charge au-delà de 72h (min 4 jours – max 15 jours).

Le délai moyen de prise en charge en hospitalisation directe est de 2 jours.



Graphique 20 : Délai de prise en charge du patient en hospitalisation directe

Pour les consultations, le délai moyen pour obtenir une consultation est de 13 jours. En détail, ce délai est de 13 jours pour une consultation plaies, 20 jours pour une consultation d'Oncogériatrie et de 9 jours pour une consultation spécialisée.

3.4.2 Concorde avec la demande.

Concernant les délais de prise en charge demandés par les médecins traitants (pour les 46 demandes d'hospitalisation), ils ont été respectés dans 87% des cas.

		Délai de prise en charge		
		Concordant	Autres	Détail autre
Demande	<24h	10	2	2 hospitalisations dans les 48-72h
	24-48h	20	4	4 hospitalisations 5 à 7 jours
	>48h	10	0	7 hospit. dans les 7 jours ; 3 au-delà

Résultats : $10+20+10 = 40$ délais de prise en charge sur 46 concordants à la demande soit 87% de concordance.

3.4.3 Raison de non-respect du délai et de non prise en charge

Sur l'ensemble des 87 demandes, 7 délais n'ont pas été respectés. Il s'agissait de demandes d'hospitalisations. Pour 6 d'entre eux, la raison est l'absence de place dans le service de Gériatrie, et pour le dernier cas, il s'agit d'une orientation dans un autre service et la cause du délai n'est pas connue.

Concernant les causes de non prise en charge, il y a 9 patients non pris en charge (et 1 donnée manquante), 2 orientations vers des consultations spécialisées sur le CH, sans date de RDV retrouvée dans le dossier du patient et 7 annulations d'hospitalisations. Concernant les annulations, dans 4 cas il s'agit d'un refus du patient ou de sa famille et dans 3 cas d'une amélioration de l'état clinique.

3.4.4 Passage au SAU

Sur les 87 demandes, 7 patients sont passés par les Urgences, 4 à la demande du gériatre d'avis, 1 sur probable demande du médecin d'avis dans le service d'orientation et 2 pour absence de réponse ou de place en CSG. Les 7 demandes étaient des demandes d'hospitalisations émanant des médecins dont 3 avec un délai demandé de moins de 24h.

Pour ces 7 patients, 4 ont été pris en charge en CSG après leur passage aux Urgences (durant le week-end) ; 2 ont été orientés en Médecine polyvalente et 1 vers la Gastro-entérologie comme proposé par le gériatre d'avis.

3.4.5 Durée de séjour

La durée moyenne de séjour, pour les 50 patients hospitalisés dans les CSG (Niort et hôpitaux locaux) est de 9,96 jours avec un écart type de 5.8 jours. Un minimum de 1 jour et un maximum de 25 jours.

La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés après passage au SAU est de 10.86 jours avec un écart type de 4.60 jours.

Et si l'on prend en compte l'ensemble des services soit 54 patients hospitalisés, cette durée est de 9.72 jours avec un écart type de 5.17 jours.

	Durée moyenne (jours)	Ecart Type (jours)	Minimum (jours)	Maximum (jours)
CSG en ED (46)	9,61	5,31	1	25
CSG si SAU (4)	14	2,94	11	17
Autres services en ED (1)	7			
Autres services si SAU (3)	6,67	2,08	5	9
Total (54)	9,72	5,17	1	25

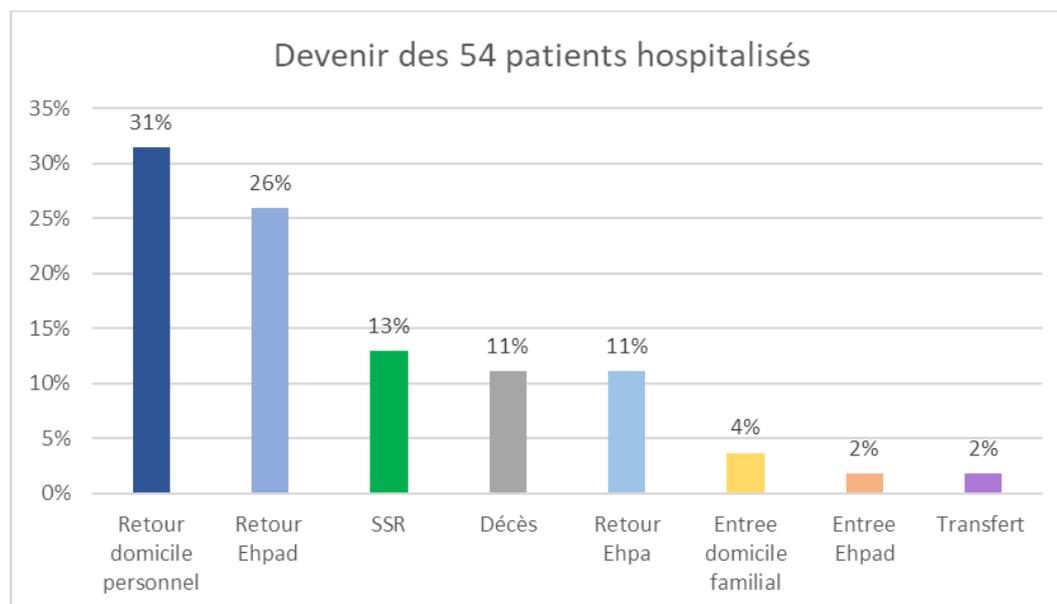
CSG = Court Séjour de Gériatrie ; SAU = Service d'accueil des Urgences ; ED = Entrée Directe

3.4.6 Mode de sortie

Parmi les 54 patients hospitalisés, 69% (n=37) sont retournés sur leur lieu de vie d'origine, 13 % (n=7) ont été transférés en moyen séjour (SSR) et 11% (n=6) sont décédés (en Gériatrie).

3 patients ont changé de lieu de vie au décours de leur hospitalisation, soit 6% des patients. En détail, il y a eu 1 entrée en EHPAD et 2 entrées au domicile d'un membre de la famille.

1 patient a été transféré au CHU de Poitiers.



Graphique 21 : Répartition des patients hospitalisés selon leur devenir

3.4.7 Réhospitalisation à 30 jours

Parmi les 54 hospitalisations, on observe 11% (n=6) de réhospitalisation dans les 30 jours.

Les patients ont été réhospitalisés au CH en moyenne dans les 15.5 jours.

Les motifs de réhospitalisation sont : 2 chutes, 2 déshydratations/ insuffisance rénale, 1 récurrence d'anémie et 1 pneumopathie.

Parmi ces 6 patients réhospitalisés, 5 sortaient de Médecine gériatrique et 1 de Médecine interne. Un seul a été transféré en SSR, les autres sont retournés à domicile ou dans leur famille.

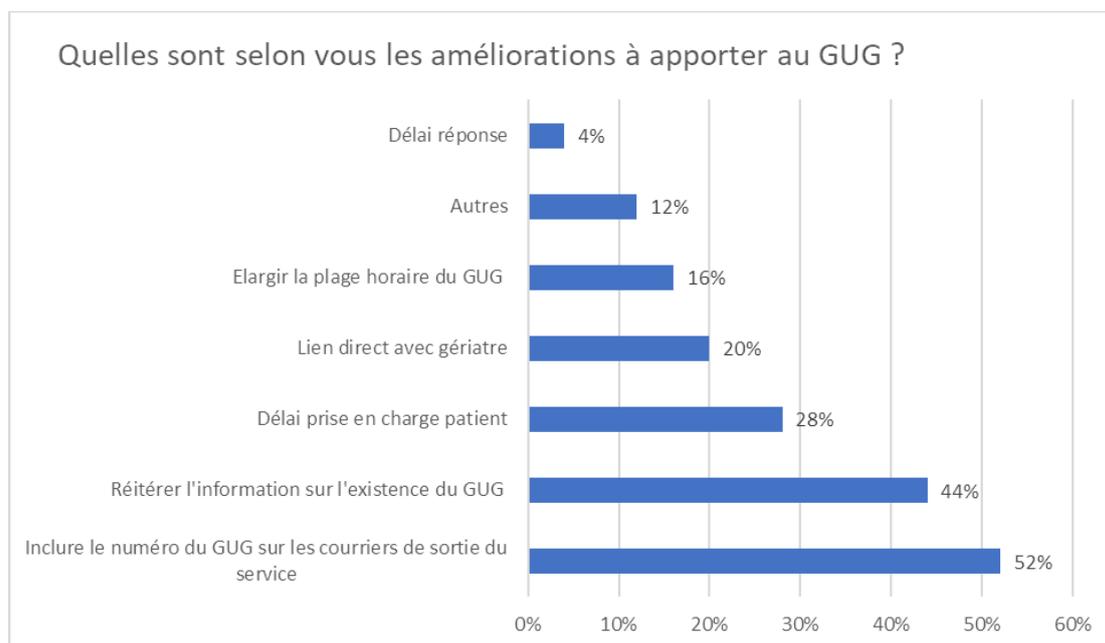
3.5 Pistes d'amélioration

3.5.1 Du GUG

Pour 52% des répondants, la première amélioration à apporter au GUG serait d'annoter le numéro du GUG sur les courriers de sortie du service. La seconde piste d'amélioration serait de réitérer l'information concernant l'existence de ce service et ce, pour 44% des médecins interrogés.

Viennent ensuite l'amélioration du délai de prise en charge des patients (28%), puis avoir un lien direct avec un Gériatre pour 20% des médecins interrogés. Enfin, l'élargissement de la plage horaire du GUG serait nécessaire d'après 16% des répondants.

4% des médecins participants signalent qu'un meilleur délai de réponse est souhaité. Les autres propositions d'amélioration relevées (12%) sont les suivantes : « ça fonctionne bien » pour 1 répondant ; « rien » pour 2 répondants et « le double travail appel téléphonique puis fax est fastidieux mais s'améliore ces derniers temps (on ne me demande plus de fax systématique après avoir fourni toutes les infos par téléphone) » pour 1 médecin.



Graphique 22 : Pistes d'améliorations du GUG d'après les médecins interrogés

3.5.2 Pistes d'amélioration pour la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans (en milieu ambulatoire ou hospitalier).

L'ensemble des 15 réponses à cette question ouverte est disponible en annexe VIII.

L'amélioration de la communication entre la ville et l'Hôpital, entre professionnels ou encore entre médecin et patients est citée dans 9 des 15 réponses à la question ouverte. Les médecins citent « le lien ville-Hôpital », « la communication ville-Hôpital » ou bien la « coordination ville-Hôpital ». Cette amélioration passe, selon eux, par le développement de méthodes de communication notamment le mail, les formations professionnelles et l'ouverture de l'accès au GUG aux IDE.

L'optimisation de la prise en charge des patients âgés nécessitent également l'amélioration des explications délivrées au patient et aux aidants.

En milieu intra-hospitalier, les médecins sont demandeurs d'une amélioration des délais de prise en charge, la facilitation de l'accès à certaines spécialités ou filières (Psychogériatrie, Oncogériatrie) ainsi qu'un meilleur accès aux lits d'hospitalisations (HDJ et manque de place). Ils citent en outre la diminution de la polymédication comme un facteur améliorant la prise en charge des patients âgés.

Enfin les médecins généralistes citent dans 3 des 15 réponses, l'amélioration de la prise en charge en extra hospitalier favorisées par l'intervention des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ou des psychologues ainsi que par le biais des évaluations à domicile.

E – DISCUSSION

I – Taux de participation

Le taux de participation de notre enquête est apparu plus faible que dans la plupart des études traitant du sujet des lignes téléphoniques et des entrées directes. Il est de 46.3% alors que le taux de participation, dans les études sur la satisfaction des médecins libéraux vis-à-vis des hotlines, oscille entre 67% et 77% (15) (48) (49).

Cependant, dans l'étude de Alais M., relative à la hotline gériatrique au CHU de Limoges, l'échantillon choisi est plus important et moins ciblé ; par ailleurs le questionnaire en version papier a été envoyé à tous les médecins généralistes de Haute Vienne et une enveloppe timbrée a été jointe pour les réponses (15).

Notre méthode de communication par mails peut alors être interrogée, car la version papier bien que plus onéreuse, incite peut-être les médecins à répondre davantage.

En outre, le déroulement de l'étude ainsi que l'envoi du questionnaire ont coïncidé avec la pandémie virale Covid19, monopolisant possiblement l'intérêt des médecins généralistes libéraux. D'autant que le questionnaire a été envoyé la 1ère fois par l'intermédiaire de l'Ordre des médecins, de même qu'une majorité d'informations transmises aux médecins durant cette crise.

S'ajoute à cela un nombre important d'enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes notamment par mails.

Nous devons par ailleurs prendre compte un autre élément : lors du recueil des adresses mails pour le second envoi, une part non négligeable de secrétariats ont refusé de délivrer l'adresse mail du médecin et ont transmis l'adresse du cabinet ou du secrétariat (58.6% des non répondants).

Une dernière explication, soumise par les médecins eux-mêmes lorsqu'ils ont été contactés directement, est l'appréhension quant à la durée du questionnaire (même si une estimation de cette dernière était notifiée dans le mail joint au questionnaire). Certains médecins interrogés au décours de l'étude, ont toutefois émis des retours positifs sur la mise en forme du questionnaire.

II – Satisfaction des médecins généralistes - Critère de jugement principal

Les médecins généralistes sont globalement satisfaits de la ligne téléphonique, voire très satisfaits pour 72% des répondants de notre étude.

Ils sont également satisfaits du délai de prise en charge de leur demande (60% des médecins). Cette donnée est en accord avec le taux de satisfaction retrouvé dans d'autres travaux traitant des entrées directes en hospitalisation et des hotlines. Ainsi

dans l'étude de Perlat A et al., évaluant l'UADTR (Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide) à Rennes, 71% des médecins déclarent être satisfaits et dans celle de Colasson A. à Marseille, ce taux de satisfaction était de 66.7% pour les appels ayant mené à une hospitalisation et 57% pour les appels ayant mené à une autre prise en charge (49) (50).

Ce taux atteint 90% dans les travaux de thèse de Alais M au CHU de Limoges sur 81 médecins utilisant la ligne téléphonique et de Alimi J. au CH de Beaujon à Clichy la Garenne (15) (48).

La satisfaction des répondants, peut directement être mise en lien avec le fait que dans notre étude 100% des répondants recommanderaient le GUG à un confrère. Cette donnée est superposable aux résultats de Colasson A., où 95.2% des médecins recommanderaient la hotline pour les hospitalisations directes et 85.7% pour les avis (49).

Cette satisfaction peut s'expliquer par la rapidité de la réponse délivrée. En effet, dans 64 % des cas une réponse est apportée dans la journée au médecin et dans 79% des cas dans les 24h. En effet seulement 4% des médecins répondants estiment qu'il faudrait améliorer ce délai.

La principale cause de réponse tardive ($\geq 72h$) est l'absence de médecin gériatre joignable. La difficulté pour contacter un médecin hospitalier et l'absence de réponse sont les principales causes retrouvées dans la littérature empêchant les hospitalisations en entrée directe. Dans l'étude de Andronikof et Thalmann en 2005, évaluant les possibilités de programmation d'hospitalisations dans 4 services de spécialités, l'absence d'interlocuteur est en cause dans 52% des situations d'échecs (16). Il en est de même dans l'étude qualitative de 2015 menée au CH E. Herriot à Lyon où les médecins orientaient leurs patients âgés en situation complexes au SAU car ils éprouvaient des difficultés à joindre le médecin hospitalier (51).

Le nombre insuffisant de gériatres sur le territoire, comme le suggère l'article relatif à la cohorte SAFEs de 2010 est une cause possible de difficulté d'accès à un interlocuteur (52).

De plus, les propositions de prises en charge délivrées par le GUG sont concordantes dans 78.2% des cas avec la demande initiale du médecin. Dans tous les cas, cependant, une réponse est apportée par le GUG, sous forme d'avis spécifique ou proposition de consultation.

Enfin le délai de prise en charge, souhaitée par le médecin demandeur, est respecté dans 87% des cas. Dans 70% des cas, le patient est pris en charge dans les 48h.

La programmation de l'hospitalisation permet d'améliorer les conditions d'entrée du patient en milieu hospitalier, second avantage cité par les médecins de notre étude.

III – Les populations étudiées

Les médecins généralistes

Notre échantillon de médecins généralistes libéraux interrogés n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes français. En effet les médecins de notre étude sont plus jeunes (44% ont moins de 40 ans) que l'âge moyen des généralistes en France en 2018, à savoir 50,6 ans. Ils sont également plus jeunes que dans les études des confrères et consœurs traitant du sujet. Dans l'étude de Alais M., 60% avaient plus de 50 ans et dans celle de Bussy M. seulement 11.6% des médecins étaient âgés de 30 à 40 ans mais rappelons que l'effectif de notre étude est plus petit que dans les études de Haute Vienne et qu'elle est également plus récente (15) (53). D'après les dernières données démographiques des médecins des Deux Sèvres, l'âge moyen des généralistes est de 52 ans et les moins de 40 ans ne représentent que 16 % de l'effectif total. Néanmoins, d'après l'atlas de la démographie médicale française de 2018, l'âge moyen des généralistes en activité régulière en France a tendance à décroître (-0.4 point entre 2015 et 2018) (44) (54).

Des données plus récentes seraient nécessaires pour comparer nos résultats avec la tendance évolutive du département.

A noter que la proportion de femmes de notre étude (52%), est supérieure à la tendance nationale de 2019 (48.2% en activité régulière). Cependant, le faible effectif de notre étude ne permet pas de comparer cette information. Néanmoins, on observe au niveau national, une féminisation croissante de la profession de médecin généraliste puisque les femmes représentent 67% des moins de 34 ans. Or, ces données concordent avec les observations de notre étude (54).

Alors que l'âge moyen des participant semble inférieur à la moyenne d'âge de la population de généralistes en France, ils déclarent être installés depuis plus de 10 ans. Le développement des cabinets de groupe peut expliquer cette tendance,

puisque les jeunes médecins sont plus enclins à s'installer rapidement en cabinet groupé comme le suggère l'étude de la DRESS en mai 2019 (55).

Les médecins de notre étude sont principalement installés en zone rurale (48%) à la différence des études retrouvées dans la littérature où les médecins déclaraient exercer en milieu urbain (15) (53).

Il s'agit cependant c'est une donnée subjective et aucune définition n'a été donnée dans le questionnaire. De plus, dans les études citées précédemment, menées en Haute Vienne, l'échantillon était plus important (tous les médecins du département) et l'étude était menée au CHU de Limoges et non dans un hôpital périphérique (15) (53). Ces éléments laissent supposer que les médecins qui adressent leur patient au CHU exercent sur le territoire du centre universitaire, plus urbain que le sud Deux-Sèvres.

Les patients âgés

Concernant la proportion de patients de plus de 75 ans dans la patientèle des médecins participants, le taux retrouvé dans notre analyse est superposable à ceux retrouvés dans les autres études. En effet 44% des médecins déclarent avoir entre 25 et 50% de personnes âgées dans leur patientèle. Dans les études de Alais M. et Bussy M., cette proportion était respectivement de 53% et 44.9% (pour une proportion de patients âgés de 20 à 40%) soulevant alors l'hypothèse selon laquelle les médecins ayant une plus forte proportion de patients âgés sont habitués à gérer les situations fragiles et orientent moins leurs patients vers l'Hôpital (15) (53).

La population de patients de l'étude est représentative de la population gériatrique en France : la moyenne d'âge des patients pour lesquels le GUG est sollicité est de 88.7 ans, proche de l'âge moyen des patients hospitalisés via le GUG (88.3 ans) et correspond aux données de la littérature avec une moyenne d'âge supérieure à 85 ans (19) (48) (49) (53). La prédominance de femmes est également retrouvée dans la majorité des études traitant des hospitalisations directes et des lignes téléphoniques gériatriques en lien avec la démographie des personnes âgées sur le territoire (18) (49) (53).

Les patients qui font l'objet d'une hospitalisation directe après sollicitations des hotlines gériatriques par le médecin traitant vivent majoritairement à domicile comme

l'observent Bussy M. (77.8% vivent à domicile dont 54.1% seuls) et Salles N. et al., (70.7% vivent à domicile dont 60% seuls) (19) (53). Ces résultats sont retrouvés dans notre travail où 58.5% des patients, pour lesquelles une demande émanait, vivent à domicile, dont 46.5% seuls.

La seconde moitié de la population prise en charge par le GUG vit en EHPAD (37.8%). Il s'agit de patients plus dépendants avec un GIR moyen à 2.

Le CH de Niort a mis en place des conventions, en lien avec la circulaire de 2007, informant les établissements pour personnes âgées dépendantes de son territoire des possibilités d'entrées directes, d'où cette proportion de patients dépendants observée (35).

L'absence d'accompagnant ou d'entourage apparaît comme un facteur de risque d'orientation des patients âgés vers les services d'accueil des Urgences, comme l'observe Broussier A et Canac B. (17) (56).

La prise en compte du mode de vie du patient, dès la réception de l'appel, permet la création d'un lien téléphonique rapide, entre l'équipe du GUG et l'accompagnant désigné. C'est pourquoi la majorité des patients de notre étude sont entourés d'un aidant et/ou d'une aide extérieure. En effet, seulement 6.5% des patients de l'étude vivent totalement isolés sans aidant ni aide extérieure. Ce fonctionnement permet au médecin de faire la démarche auprès du GUG en ayant la possibilité d'assurer un maintien à domicile 24-48h supplémentaires à l'aide de l'entourage.

Les pathologies présentées par les patients âgés de notre étude sont similaires à celles retrouvées dans la littérature à savoir : l'AEG (22%), les chutes, la perte d'autonomie (21%) (18) (31) (57) (58). Néanmoins, l'existence de consultations spécialisées gériatriques pour les plaies et la filière gériatrique d'anémie au sein du CSG de Niort peuvent expliquer que la proportion de ces motifs soit identique à celle de l'AEG et des chutes.

En revanche, le motif troubles du comportement, hallucinations et confusion, est moins fréquent dans notre étude (9%) que dans le travail de Alimi J. (25%) ou l'étude de Salles N et al, (29.5%) (19) (48). Cette différence est imputable à l'existence de la filière psycho-gériatrique indépendante du service de Gériatrie sur le CH.

IV – GUG, interface ville-hôpital

Communication avec les MG

Dans notre étude, à l'image de l'étude descriptive de Roger F., la majorité des appels passés au GUG sont réalisés par les médecins traitants (69%) dans le cadre d'un souhait d'hospitalisation (59).

Les autres appelants sont majoritairement des IDE, par délégation du médecin traitant ou son remplaçant. L'ouverture du GUG aux IDE est une des demandes d'un médecin de notre étude. Cependant, le souhait du GUG de conserver le médecin traitant comme interlocuteur principal a pour objectif de favoriser le rôle de pivot du parcours de soins de ce dernier et permettre le développement d'une relation avec les médecins libéraux (25).

52% des médecins répondants ont connu le GUG via la documentation écrite. Ce mode de communication ville-Hôpital semble adapté et les différentes études montrent que les médecins utilisant ces hotlines les connaissent par ce procédé. Dans l'étude d'évaluation de l'UADTR à Rennes, 97% des médecins généralistes ont eu connaissance de la ligne par le biais d'annotations ajoutées aux comptes rendus d'hospitalisation et ils représentent 44% des participants dans celle de Alimi J. (48) (50).

Aussi, le réseau interprofessionnel, entre confrères, est un moyen qui a permis la diffusion du numéro du GUG : 28% des répondants déclarent avoir eu connaissance de la hotline par l'intermédiaire d'un autre médecin.

Ces 2 données soulignent l'importance des réseaux en médecine, que ce soit entre la ville et l'Hôpital ou entre les professionnels libéraux.

Cependant, une majorité de médecins d'un territoire ne connaissent pas l'existence de ces lignes téléphoniques malgré la diffusion d'une documentation. La thèse de Bussy M. en 2012 puis celle de Alais M. en 2017 relatives à la hotline gériatrique du CHU de Limoges ont mis en évidence la non connaissance de la hotline pour respectivement 72% et 67% des médecins interrogés (15) (53).

L'amélioration de la communication ville-Hôpital passe par la répétition de l'information, afin de permettre sa circulation au sein même des réseaux de ville. C'est en effet une des pistes d'amélioration proposée par les médecins généralistes interrogés de notre étude. La création et le développement des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) peuvent permettre d'améliorer

les échanges entre professionnels et potentialiser les réseaux existants sur le territoire.

La majorité des médecins que nous avons interrogés utilisent cette hotline depuis 1 à 5 ans. Durant cette période, les flyers du GUG étaient ajoutés au courrier de sortie des Urgences des patients évalués par l'EMLG. En mai 2019, le flyer a été revu et une nouvelle campagne de diffusion via l'Ordre départemental des médecins a été réalisée.

De plus à chaque semestre, depuis environ 5 ans au sein du CH de Niort, est organisée une présentation de l'EMLG et de la filière gériatrique à destination des internes intervenants aux Urgences. Cette présentation apparaît comme un moyen supplémentaire de faire connaître l'existence du GUG aux internes de Médecine générale amenés à travailler sur le territoire des Deux Sèvres et d'en assurer la diffusion.

Seulement 29.3% de la totalité des patients pris en charge par le Guichet Unique de Gériatrie (GUG), soit 31.9% des patients hospitalisés en entrée directe, étaient connus du service de Gériatrie alors qu'ils représentent 47.4% dans l'étude comparative de Favre et Maunoury (57). Cette donnée montre que la Gériatrie est désormais considérée comme une spécialité recours pour les médecins libéraux et qu'ils n'hésitent pas à contacter le service pour tous leurs patients âgés, sans se limiter aux suivis des patients sortis du service. Le développement de la filière gériatrique et la reconnaissance de la Gériatrie comme une spécialité en 2004 est le résultat du travail des gériatres depuis plusieurs années.

Concernant les capacités de réponses du GUG, très peu de données ont été publiées dans la littérature pour mener une comparaison. Les appels passés au GUG ont conduit à 62% d'hospitalisation, 13.8% de consultations, 11.5% d'avis téléphoniques et 8% de passages par les Urgences.

L'activité de consultation au sein du cours séjour de Gériatrie du CH de Niort en voie de progression, est peu développée. L'étude rétrospective et comparative de Colasson A. recueille une proportion d'avis de 44%. Cette différence peut être en lien avec la mise en contact direct lors de l'appel avec le gériatre dans ce centre marseillais (49).

Bénéfices d'une prise en charge par le GUG

Le rôle du GUG, de répondre aux problématiques des médecins généralistes et de limiter les passages évitables aux Urgences des patients âgés, s'inscrit en accord avec les circulaires relatives à la filière gériatrique et aux plans de santé pour le grand âge ainsi qu'au projet récent de refondation des Urgences. Ce mode de communication entre les médecins généralistes et le service de Gériatrie permet, d'éviter jusqu'à 81.4% des passages aux Urgences (19).

Dans notre étude, on observe 8% de recours SAU pour les 87 appels passés au GUG. Les médecins traitants de notre étude, à l'image de celle de Bussy M. sur le territoire de Haute-Vienne en 2012, estiment d'ailleurs que c'est le principal point positif pour leur patient (53).

L'hypothèse d'un rôle favorable de la filière d'admission directe sur le devenir des patients, notamment sur la survenue d'un déclin fonctionnel est fréquemment citée.

Dans l'étude de Dijon J., le groupe urgences présentait 32.2% de dégradation d'autonomie contre 26.1% dans le groupe entrée directe ($p < 0.0001$) (18).

La conservation des capacités fonctionnelles lors des hospitalisations programmées serait en lien avec l'amélioration de leur durée de séjour. Certaines études suggèrent en effet que la durée d'hospitalisation des patients entrés directement en hospitalisation est plus courte que celle des patients entrés via le SAU (26) (56) (57). Dijon J., observe une durée de séjour des patients entrés directement en Gériatrie jusqu'à 28% moins longue (18).

Cependant cette tendance n'est pas retrouvée dans les travaux de Colasson A., Bussy M. et Neouze et al. (31) (49) (53) soulignant alors que la durée de séjour n'est pas exclusivement en lien avec l'existence d'un passage aux Urgences ou la survenue d'effets indésirables. Certains facteurs, par ailleurs non modifiables, entrent en jeu comme les facteurs familiaux et environnementaux.

De même, les patients entrés directement en hospitalisation ont tendance à retourner plus souvent à domicile (avec des taux variant de 43% à 83.6%), à être moins réhospitalisés et ce, plus tardivement (18) (31) (49) (53).

Ici, 69% des patients sont retournés sur leur lieu de vie initial à l'issue de leur hospitalisation. Pour 5.8% des non-résidents d'EHPAD, une aide en sortie d'hospitalisation a été mise en place. Seulement 13% des patients ont été transférés en soins de suite contre 23 à 38% dans les études de Alimi J. à Bichat ou bien

encore celle de Bussy M. à Limoges et 11% sont décédés dont 2 étaient passés par les Urgences (48) (53). Un taux plus faible de transfert en SSR est également cité comme conséquence de l'admission en entrée directe et le maintien des capacités fonctionnelles (31) (57).

Dans notre étude, le taux de réhospitalisation est de 11%, taux identique à celui retrouvé dans l'étude de Bussy M. (53). Le délai moyen de réhospitalisation est de 15.5 jours dans notre travail contre 24.1 jours dans l'étude de Dijon J. mais cette donnée est issue de seulement 6 patients contre 175 dans son étude (18).

Les patients hospitalisés via le GUG du CH de Niort ont une durée moyenne de séjour de 9.55 jours comparable avec les observations françaises préalables, dans lesquelles on retrouve des durées de séjour pour la filière entrée directe allant de 9.43 jours à 13.1 jours (18) (31) (53) (56).

La différence de durée de séjour avec les patients adressés au SAU n'a pas été statistiquement comparée dans notre étude, par défaut d'effectif des patients. Cependant, nous constatons que les patients hospitalisés via les Urgences totalisent une durée de séjour totale de 10.86 jours. Cette donnée descriptive sur un faible échantillon n'est pas interprétable.

Même si aucune durée d'hospitalisation idéale n'existe, l'étude prospective de K. Pérès en 2002, suggère que les patients hospitalisés entre 6 et 15 jours étaient significativement moins à risque de réadmission que les sujets hospitalisés moins de 6 jours (60).

V – Difficultés rencontrées par les médecins généralistes et par le GUG

Le vieillissement de la population générale et la baisse de la densité des médecins spécialistes en médecine générale posent la question primordiale de l'accessibilité aux soins de premiers recours. D'autant que depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points) au profit de l'exercice salarial (+ 4 points). En effet, l'Atlas de la démographie médicale de 2015 concernant les Deux Sèvres révèle que la densité de médecins généralistes décroît et les projections réalisées à cette époque prévoient une baisse de -6.7% de médecins généralistes en activité régulière d'ici 2020 alors que les personnes âgées de 75 ans

et plus représentent 11.5% de la population du département avec une proportion non négligeable de patients de plus de 90 ans (14%) (44).

Ce déséquilibre entre « l'offre et la demande » peut expliquer les difficultés des médecins généralistes à prendre en charge la population âgée d'autant que certains d'entre eux n'ont pas de médecin traitant, ce qui conduit à une sur-fréquentation des urgences.

La principale difficulté rencontrée par le GUG dans la prise en charge des patients est le manque de lits disponibles en court séjour de Gériatrie. En effet pour 6 des 7 patients n'ayant pu être pris en charge dans les délais, après appel de leur médecin au GUG, l'absence de place en CSG est en cause. Ce frein à l'hospitalisation directe est retrouvé dans la littérature, notamment dans l'étude qualitative de Canac B. à Nice en 2014 ainsi que par Andronikof et Thalmann qui observent que 60% des appels n'ont pu aboutir à une entrée directe par défaut de place dans 39% des cas (16) (17).

Toutefois, le nombre de lits disponibles en Deux Sèvres, pour la population de patients âgés de 75 ans et plus, répond à la recommandation de la circulaire de 2007 de 1 lit pour 1000 habitants. En effet, on comptabilise 75 lits de CSG pour 43 158 habitants soit 1.73 lit pour 1000 habitants, en ne prenant en compte que les places publiques. L'hypothèse soulevée est celle d'une mauvaise distribution territoriale de ces lits. Dans le département, 60 lits orientés pour la Gériatrie sont disponibles pour le sud du département contre 15 lits dans le nord du département. La problématique actuelle apparaît ainsi plus en lien avec la disponibilité quotidienne de lits et d'effectifs médicaux et paramédicaux qu'en lien avec leur nombre absolu (52).

VI – Les pistes d'améliorations envisagées

Les pistes d'améliorations proposées par les médecins interrogés mettent en avant le défaut de communication entre la ville et l'Hôpital. En effet, une filière Oncogériatrique existe au sein du CH et les consultations sont réalisées en partie au sein du CSG. De même la séparation entre le service de Gériatrie et celui de Psychogériatrie, où sont réalisés les bilans cognitifs, semble encore non connue par les médecins généralistes.

De plus, 96% des propositions des participants sont en lien avec l'amélioration de la communication ville-Hôpital (52% proposent d'inclure le numéro du GUG dans les

comptes rendus d'hospitalisation et 44% proposent de réitérer une campagne d'information sur l'existence du GUG).

L'étude de Alais M. en 2017 a montré qu'une nouvelle campagne de diffusion du numéro de la hotline avait permis d'augmenter de 7.69% les appels sur la ligne et de diminuer significativement les admissions inappropriées aux Urgences. Néanmoins, il s'agit de la seule étude ayant fait ce constat, d'autres études sur l'impact des hotlines permettraient d'étayer ces résultats (15).

Pour améliorer la communication entre la ville et l'Hôpital, les médecins interrogés proposent de développer les échanges par mails, ce qui nécessiterait la mise en place de messageries sécurisées, en cours au sein du CSG de Niort et de l'EMLG. Durant la crise Covid et les retards de courriers postaux, ce mode de communication aurait permis de limiter le risque de perte et retard d'information.

L'amélioration de la communication entre professionnels est également nécessaire entre praticiens et patients comme le suggèrent les médecins interrogés demandant « d'apporter plus d'explications sur les examens prévus en externe car les patients sont souvent perdus ».

Les médecins sont également demandeurs de formations et d'entrevues, notamment pour la prescription médicamenteuse chez le patient âgé, ou de rencontres avec les services hospitaliers. La circulaire de 2007 relative à la filière gériatrique recommande de réaliser des échanges au moins 1 fois par an entre les professionnels de la filière.

Les médecins souhaiteraient que les horaires d'ouverture du GUG soient élargis. Cette demande d'adaptation des horaires d'ouverture des lignes téléphoniques est en lien avec l'organisation de l'activité libérale, également citée dans l'étude de Alais M (15).

Au cours de l'étude et du projet de thèse ainsi que de mon exercice au sein de l'équipe mobile, plusieurs pistes d'améliorations ont été envisagées notamment la création d'un tampon à apposer à la fin des CRH destinés aux médecins traitants avec les coordonnées du GUG. La création d'une adresse mail sécurisée, déjà

évoquer précédemment, est en cours. Elle permettrait l'envoi des évaluations de l'EMLG le jour de leur réalisation.

Toujours dans le but d'améliorer les liens ville-Hôpital et les relations entre professionnels dans le département, un projet de création d'une fiche d'information est envisagé, et a déjà été validé par l'association de gérontologie et la Chef de service du CSG, sous forme d'un organigramme afin de guider la prise en charge des patients âgés à domicile.

VII – Les points forts et points faibles de l'étude

La rareté des publications sur le thème des hotlines gériatriques rend cette étude intéressante. De plus, les travaux portant sur ce sujet sont principalement des thèses, peu d'articles publiés dans les revues scientifiques sont disponibles. Et il s'agit de la première étude réalisée sur le GUG du CH de Niort.

Ce travail de thèse est en lien avec les projets de santé relatifs aux patients âgés ainsi qu'avec les passages évitables aux Urgences de cette population. Monsieur Libault, président du comité PAERPA, lors de son passage à Niort en janvier 2020 pour le colloque PAERPA, soulignait l'intérêt d'un travail pour évaluer ce dispositif.

Le but de ce travail était d'évaluer un service existant pour améliorer et optimiser le parcours de soins des patients âgés en amont de l'Hôpital. De plus, cette étude a été menée auprès des acteurs centraux du parcours de soins de la personne âgée, à savoir les médecins traitants. Leur utilisation de la hotline, depuis 1 à 5 ans, suggère que les médecins ont fondé leurs évaluations sur plusieurs demandes passées au GUG.

La création du questionnaire s'est appuyée sur les recommandations des enquêtes de satisfaction en respectant l'anonymat des patients hospitalisés et des médecins répondants.

Concernant les résultats du critère de jugement principal, ils sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature. De même que les résultats traitant des pistes d'amélioration qui sont superposables aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes (17) (34) (61) (62).

Il y a eu peu de participants en valeurs absolues mais 46% de répondants sur l'ensemble des questionnaires envoyés, ce qui montre un intérêt des médecins libéraux au dispositif du GUG.

Sur le plan personnel, durant mon stage d'interne dans le service de Gériatrie du CH de Niort, j'ai découvert l'organisation intrinsèque du GUG, ce qui m'a permis de mieux connaître son fonctionnement. Par ailleurs, j'ai pu repérer, durant ce travail de thèse, les diverses structures de la filière sur mon futur territoire d'exercice.

Concernant les points faibles et biais de notre étude, le premier est un biais de sélection ; il s'agit en effet d'une étude monocentrique. Et d'après les résultats sur la population de médecins généralistes étudiée, celle-ci n'est pas représentative de la population médicale en France. La satisfaction des médecins généralistes concernant le GUG du CH de Niort ne signifie pas qu'une hotline dans un autre Hôpital avec une organisation différente répondrait aux attentes des médecins du secteur correspondant.

Ce biais est à mettre en lien avec le fait que seulement 25 médecins généralistes sur les 54 de l'échantillon ont répondu au questionnaire, créant un biais de non réponse. De plus, nous n'avons reçu aucune évaluation négative. Cet élément peut soulever l'hypothèse que les médecins insatisfaits n'ont pas souhaité répondre. De même, les médecins n'ayant utilisé qu'une fois le GUG entre le 2/01 et le 15/03 ont pu penser ne pas pouvoir répondre au questionnaire (77% des non-répondants ont passé 1 seul appel au GUG durant cette période contre 48% des répondants). Enfin, le mode de communication par questionnaire numérique a pu être un frein pour les réponses.

L'autre biais de l'étude est le biais d'information, lié au biais de mémoire pour les médecins utilisant peu le GUG et ne se souvenant pas de la réponse apportée pour leur patient, rendant difficile leur appréciation du GUG ainsi que pour ceux ayant répondu au questionnaire 6 mois après leur appel. Un second biais d'information est le biais de déclaration lié au fait que la satisfaction reste une donnée subjective et que l'adresse mail du médecin était demandée au début du questionnaire ce qui a pu limiter la liberté de réponse du médecin ; et ce, même si l'anonymisation des réponses était annoncée lors de ce recueil.

F – CONCLUSION

Compte tenu de la fréquence d'hospitalisation des patients gériatriques, les autorités souhaitent depuis une vingtaine d'années organiser une filière spécifique de soins et des circuits courts en amont de l'Hôpital ; ceci afin de diminuer les risques de déclin fonctionnel et de dépendance provoqués par les parcours compliqués et recours inadaptés, notamment via les Urgences.

Les hotlines gériatriques répondent à ces objectifs d'état. Leur but est de participer activement à la filière de soins du patient âgé en maintenant le rôle de pivot central du médecin traitant.

L'objectif de notre étude était de savoir si les médecins, utilisant la hotline gériatrique du CH de Niort, étaient satisfaits et ce fut le cas. La littérature montre que l'existence de ces hotlines répond aux difficultés et aux demandes des médecins libéraux. De plus, notre étude indique que les réponses apportées par le GUG et les délais de prise en charge correspondent aux sollicitations des médecins. Notre étude a également permis de mettre en avant certaines pistes d'amélioration de notre hotline et des relations ville-Hôpital. Le point essentiel de l'amélioration de la filière gériatrique se trouve être la communication. Pour améliorer la relation ville-Hôpital, il faut simplifier et réitérer les informations relatives à l'organisation de la filière.

Pour cela, des projets tels que la création d'un organigramme présentant les différentes structures gériatriques intra et extra hospitalières à destination des médecins généralistes est en cours d'étude et déjà validée par l'association de gérontologie du sud Deux sèvres et par la Chef de service du CSG.

Par ailleurs, la diffusion du numéro du GUG par l'intermédiaire des CRH destinés aux médecins généralistes a été évoquée de même que la mise en place d'une boîte mail sécurisée au sein de l'EMLG ; ce dispositif permettant d'envoyer toutes les évaluations réalisées au sein du CH aux médecins traitants en y ajoutant les coordonnées du GUG.

Pour autant, l'amélioration de cette filière passe par une meilleure disponibilité des lits hospitaliers. Cependant la difficulté d'obtention de lits dédiés à la filière directe reste une problématique nationale malgré la présence d'un nombre a priori suffisants de lits pour la population âgée du département, si l'on s'appuie sur les circulaires de 2002 et 2007. Les conclusions et propositions issues du Ségur de la santé mèneront peut-être à des solutions relatives à cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France métropolitaine – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
2. Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir [Internet]. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000419.pdf>
3. Defebvre M-M, Cerf E, Fournier P, et al. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour 49 « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique. 2007 Jun 1;Vol. 19(2):133–46.
4. Synthese_aah_2018_v2.pdf - Analyse de l'activité hospitalière 2018. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3675/synthese_aah_2018_v2.pdf
5. DRESS - Les personnes âgées aux Urgences 2017 : une patientèle au profil particulier [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
6. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 1 mars 2002;39(3):238-47.
7. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. Presse Médicale. 2011 Feb;40(2):e101–e110.
8. Petitot C, Chapuis F, Touzet S et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux Urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. Rev Gériatrie. 2008;n°9 vol.3:761-9.
9. Bailleux S, Oualid H, Bouaziz D, et al. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux Urgences. Wwwem-Premiumcomdatarevues099398570020001S38 [Internet]. 7 mars 2008 <http://www.em.premium.com/article/110585/resultatrecherche/11>
10. HCAAM-2011-JUIN-RAPPORT-ASSURANCE_MALADIE_ET_PERTE_D-AUTONOMIE.pdf [Internet]. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2011/RAPPORT/HCAAM-2011-JUIN-RAPPORT-ASSURANCE_MALADIE_ET_PERTE_D-AUTONOMIE.pdf
11. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge - IGAS mai 2011 [Internet]. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000408.pdf>
12. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires HPST 2009 .pdf [Internet].

https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/pj1_Loin2009879du21juillet2009HPST.pdf

13. Avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. :14.[Internet] https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2009/AVIS/HCAAM-2009-AVRIL-AVIS-AVIS_SUR_LA_SITUATION_DES_ETABLISSEMENTS_DE_SANTE.pdf
14. DRESS - Les personnes âgées aux Urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue 2017 [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>
15. Alais M, Tchalla AE. Admissions appropriées et inappropriées des personnes âgées aux Urgences: impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. 2017.
16. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. Presse Médicale. juill 2005;34(12):847-50.
17. Canac B. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 3 juill 2014;53.
18. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, et al. Comparison of two hospitalization modes in geriatrics either directly via a hotline or after an emergency unit admission. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. sept 2018;16(3):255-62.
19. Salles N, Floccia M, Videau M-N, et al. Avoiding Emergency Department Admissions Using Telephonic Consultations Between General Practitioners and Hospital Geriatricians. J Am Geriatr Soc. 2014;62(4):782-4.
20. Projections de population à l'horizon 2070 – Projections de population 2013-2070 pour la France | Insee [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
21. Collège National des Enseignants de Gériatrie - ENSEIGNEMENT DU 2EME CYCLE 2008-2009- poly-Gériatrie.pdf [Internet]. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
22. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, et al. Gériatrie. 2e édition. MASSON; 2009. 835 p.39 (Pour le praticien).
23. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. déc 2011;9(4):387-90.
24. Concertation Grand âge et autonomie - Dominique Libault - Mars 2019 - Bourguignon R. Grand âge, le temps d'agir. :228.
25. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2002-14; <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

26. Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, MacKinnon NJ, et al. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 1 juill 2011;20(7):564-9.
27. 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES - 5 Décembre 2003-STRASBOURG [Internet]. https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
28. Derame G, Kouri DE, Hamidou M, et al. Les passages non justifiés au service d'accueil Urgences. *Wwwem-Premiumcomdatarevues07554982003312-C1780* [Internet]. 29 févr 2008 <http://www.em.premium.com/article/101840/resultatrecherche/3>
29. Singer AJ, Thode HC, Viccellio P, et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1324-9.
30. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, et al. Comparison of two hospitalization modes in geriatrics either directly via a hotline or after an emergency unit admission. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* sept 2018;16(3):255-62.
31. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, et al. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2012;10(2):143-50.
32. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs.* 2006; University of California-San Francisco Medical Center, San Francisco, CA, USA. 106(1):58-68. doi:10.1097/00000446-200601000-00032
33. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh.* 2014;46(2):106-15.
34. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, et al. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'Urgences de plus de 75 ans en France. *Wwwem-Premiumcomdatarevues07554982003512-C11804* [Internet]. 1 mars 2008; <http://www.em.premium.com/article/102829/resultatrecherche/3>
35. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
36. *Rapport_Carli_2013_aval_des_Urgences.pdf* [Internet]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_Urgences.pdf
37. *DICOM_Gabriel.DS. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des Urgences* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-Urgences>

38. Le manifeste des gériatres en 15 mesures pour relever le défi de la transition démographique et de la crise des Urgences - Pr Claude Jeandel, Président du Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNP) [Internet]. <https://sfgg.org/media/2019/11/15-mesures-cnp.pdf>
39. Salles N- 2012 - Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mo.pdf [Internet]. <https://sfgg.org/media/2012/11/enquete-nationale-sur-les-pratiques-des-equipes-mobiles-de-geriatrie-en-france-groupe-de-travail-des-equipes-mobiles-de-geriatrie-de-la-sfgg.pdf>
40. Schema_daccompagnement_en_deux-sevres.pdf [Internet]. https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/schema_daccompagnement_en_deux-sevres.pdf
41. Action-sociale: Le Registre Français du Social et Médico-Social [Internet]. <https://www.action-sociale.org/>
42. Services d'aide et de soins à domicile (SSIAD SPASAD) - data.gouv.fr [Internet]. <https://fr/datasets/services-daide-et-de-soins-a-domicile/>
43. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#themesdom>
44. La démographie médicale En Région Poitou-Charentes Situation en 2015 [Internet]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ih4c2w/atlas_poitou_charentes_2015.pdf
45. Espérance de vie en 2019 | Insee [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
46. Dossier complet – Département des Deux-Sèvres (79) | Insee [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-79>
47. Guide_partie_pratique.pdf [Internet]. https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/guide_partie_pratique.pdf
48. Alimi J. - Une ligne téléphonique ville-hôpital pour la prise en charge des personnes âgées. Publications du DMG [Internet]. http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage_documents&numero_publication=1017
49. Colasson A. Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers : évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie. 10 oct 2018;65.
50. 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. Wwem-Premiumcomdatarevues02488663v31i11S0248866310009240 [Internet]. 21 oct 2010; <http://www.em.premium.com/article/269453/resultatrecherche/1>

51. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, et al. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en Gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):316-22.
52. Lang P-O, Dramé M, Jolly D et al. Que nous apprend la cohorte SAFEs sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? *Presse Médicale*. 2010 Nov;39(11):1132-42.
53. Bussy M, Picat M-A. Etude de l'impact de l'hospitalisation par la régulation téléphonique sur la prise en charge des patients hospitalisés en médecine gériatrique au CHU de Limoges. [S.l.]: s.n.; 2012.
54. Cnom - Atlas de la démographie médicale en France 2018_0.pdf [Internet]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
55. DRESS 2019 - Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe.pdf [Internet]. <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-exercice-groupe.pdf>
56. Broussier A. : Caractéristiques et devenir des patients hospitalisés dans un service de Gériatrie Aiguë : filière d'admission directe versus hospitalisation via le Service d'Accueil et d'Urgence these.pdf [Internet]. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4944_BROUSSIER_these.pdf
57. Favre Jonathan, Maunoury Thomas: Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant: admission directe ou par les Urgences ? [Internet]. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7d5c90e1-0f4e-4273-8dfa-6b7b125a4ac4>
58. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute-care geriatric department: direct versus emergency room admission. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2001 Oct;3(10):734-8.
59. Roger F.- Evaluation de la ligne téléphonique directe du service de Gériatrie du CHU de Nîmes par les médecins généralistes du bassin nîmois. [Internet]. https://ged.biumontpellier.fr/florabium/jsp/win_main_biu.jsp?NOMEM=2018MONT1006&success=%2Fjsp%2Fwin_main_biu.jsp&profile=anonymous
60. Pérès K, Rainfray M, Perrié N, et al. Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées. *Wwwem-Premiumcomdatarevues0398762000500002109* [Internet]. 2 mars 2008 ; <http://www.em.premium.com/article/106718/resultatrecherche/6>
61. Lacharme M. Relation Hôpital-Ville: satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de Gériatrie du Centre Hospitalier de Pau. 25 avr 2018;112.
62. Jourdain J. : A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital- Enquête concernant le CHU de Poitiers- pdf [Internet]. http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_jourdain_jeremie.pdf

ANNEXES

- I- Echelles ADL (Activities of Daily Living) de Katz et IADL (Instrumental activities of daily living) de Lawton & Brody

Echelle des activités de la vie quotidienne - Indice de KATZ

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - Test de Lawton

Activités		Cotation	
		femmes	hommes
1. Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
2. Faire les courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
3. Faire la cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
4. Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
5. Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
7. Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Source : Collège National des Enseignants de Gériatrie 2^e cycle - Autonomie et dépendance 2008-2009.

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>



Service des Urgences

Centre Hospitalier Général

40 Avenue Charles de Gaulle - BP 70600 - 79021 NIORT CEDEX
Finess 790000012

URGENCES GENERALES

Poste Infirmier : 05.49.78.30.58
Secrétariat Central : 05.49.78.30.13

URGENCES PEDIATRIQUES

Poste Infirmier : 05.49.78.30.28
Secrétariat Central : 05.49.78.35.05
Poste Infirmier de Nuit : 05.49.78.35.17

Niort, le 14/08/2020

FICHE D'ALERTE SITUATION E.M.G.

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° IPP :

Demandeur :

Patient âgé de 75 ans et plus avec :

- Hospitalisation à répétition (>3 dans l'année).
- Chute
- Iatrogénie
- Réflexion éthique
- Anémie
- Plaie Chronique

- En cas d'indisponibilité de l'IDE d'Unité Mobile de Gériatrie
- En dehors des horaires de présence de l'IDE d'UMG (du lundi au vendredi 8h /16h15)

→ Faxer cette fiche au 82740

Guichet unique : Fiche d'appel

Date et heure de l'appel :

Demande reçu par :

Nom de l'appelant :

Coordonnées téléphoniques :

Médecin traitant :

Nom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Prénom :

Sexe :

Situation familiale :

Personne(s) ressource(s) :

Motif de l'appel et réponses souhaitées :

Degré d'urgence :

Traitement actuel :

Suivi hôpital :

Service(s) :

Spécialiste(s) :

Le patient est-il au courant de l'appel ? :

Est-il d'accord ? :

Réponse du médecin référent contacté :

Troubles cognitifs :

Troubles du comportement :

Humeur :

Etat cutané :

Pansements :

Intervenants à domicile :

Norton :

Relation ville-hôpital : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes utilisant le Guichet Unique de Gériatrie (GUG) du CH de Niort.

PS : Le recueil des adresses mails me permet de faire le bilan des réponses obtenues pour relancer uniquement les médecins n'ayant pas répondu. Ce recueil est indépendant des réponses, elles sont donc anonymes. Merci de votre compréhension.

***Obligatoire**

Profil du médecin généraliste

1. Etes-vous *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

Une seule réponse possible.

40 ans et moins

41-50 ans

51-60 ans

Plus de 60 ans

3. Quelle proportion de votre patientèle représentent les plus de 75 ans ? (Voir votre RIAP) *

Une seule réponse possible.

Moins 25%

Entre 25 et 50%

Entre 50 et 75%

Plus de 75%

4. Depuis combien d'année(s) êtes-vous installé ? *

Une seule réponse possible.

- < 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- > 10 ans
- Je suis remplaçant

5. Votre cabinet est situé : *

Une seule réponse possible.

- En milieu urbain
- En milieu rural
- En milieu semi-urbain ou semi-rural
- Je suis remplaçant

6. Avez vous une qualification supplémentaire en gériatrie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Diplôme Universitaire
- Coordination d'Ehpad
- Diplôme Inter Universitaire
- Capacité de gériatrie

Utilisation du GUG

7. Depuis combien de temps utilisez-vous le GUG ? *

Une seule réponse possible.

- < 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans

8. Comment avez-vous eu connaissance du GUG ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Par un confrère
- Par un patient
- Par la documentation reçue par courrier
- Lors d'un stage dans le service de gériatrie
- Lors d'une journée de formation

Autre : _____

Avis sur le GUG

9. Quel est votre avis global sur le GUG ? *

Une seule réponse possible.

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait, ni insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

10. Quelle est votre appréciation du délai de prise en charge de votre demande ? *

Une seule réponse possible.

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait, ni insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

11. Quels sont, selon vous les aspects positifs pour vos patients d'une prise en charge par le GUG ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Durée d'hospitalisation
- Taux de ré-hospitalisation
- Organisation de la sortie d'hospitalisation
- Conditions d'entrée
- Éviter le passage aux urgences

Autre : _____

12. Recommanderiez vous l'utilisation du GUG à vos confrères et consoeurs ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Améliorations du GUG et de la prise en charge des patients âgés

13. Quelles sont selon vous les améliorations à apporter au GUG ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Délai de réponse
- Délai de prise en charge des patients
- Lien direct avec un gériatre
- Élargir la plage horaire du GUG
- Réitérer l'information sur l'existence du GUG
- Inclure le numéro du GUG sur les courriers de sortie du service

Autre : _____

14. Quelles sont, selon vous les pistes d'amélioration nécessaires à la prise en charge de nos patients âgés de plus de 75 ans (en milieu ambulatoire ou hospitalier)

VI- Mail accompagnant le questionnaire

Chères consœurs, chers confrères,

Je m'appelle Amélie TRARIEUX, j'ai terminé mes études de médecine générale en novembre 2019 et je mène actuellement un projet de thèse (soutenance prévue le 10 septembre), dirigé par le Dr Sandrine KHALIFA, en lien avec l'amélioration du lien ville-hôpital et les passages évitables des patients âgés aux Urgences.

Depuis maintenant 10 ans, il existe un numéro de téléphone direct (« guichet unique de Gériatrie » ou GUG) permettant aux professionnels de santé de joindre le service de Gériatrie du CH de Niort, pour des demandes d'avis, de consultation et d'hospitalisation. Dans le cadre de ma thèse, je cherche à obtenir, via un questionnaire de satisfaction, un retour d'expérience des médecins généralistes sur le GUG afin de connaître les difficultés que vous rencontrez et si possible améliorer la réponse qui vous est apportée et ainsi améliorer la prise en charge de vos patients âgés.

Du 02/01/2020 au 15/03/2020, j'ai recueilli l'ensemble des appels reçus au GUG. Ce recueil m'a permis de connaître les caractéristiques des patients pour lesquels le GUG était appelé, ainsi que l'identité des appelants.

Si je vous contacte aujourd'hui, c'est que vous (ou vos remplaçants) avez contacté le GUG durant cette période.

Lien du questionnaire : (Durée estimée nécessaire à la réponse du questionnaire : < 3 minutes)

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfOqHmDrUHDyBD4B_mOdiaOjnHORgs-YiRGdYZYqeQx6C2iq/viewform?usp=pp_url

En vous remerciant pour votre participation,

Bien confraternellement

A. TRARIEUX

these.gug.niort@gmail.com

VIII- Réponses aux questions ouvertes du questionnaire

REnforcer lien ville hôpital, penser PEC ambulatoire in priore

éviter le passage par les Urgences, possibilité de hospitalisation directe en service après avis et accord du médecin d'astreinte, envoi des courriers de sortie sur le mail du médecin traitant

Aide pour une meilleure reprise d'autonomie / Kine adaptée aux personnes âgées pour réadaptation progressive et pas seulement la marche / ergo pour le maintien à domicile / soutien psychologique et explication des pathologies et des objectifs de prise en soin aux aidants

Accès à la psycho gériatrie plus facile pour évaluation tr cognitifs

Une facilité de communication entre médecin généraliste et gériatre pour des prises en charge simplifiées en hospitalisations courtes avec un suivi Par la suite si besoin.

Nous former à la prescription du sujet âgé (comment dé-prescrire par exemple...)

L'organisation est là, ça doit marcher , mais bien sûr, le problème de places d'hospitalisation je pense qui reste sans solution ; Ségur de la santé en cours

Associer un adresse email, parfois plus rapide que le telephone

la coordination entre l'hôpital et la ville pour évaluer au mieux les difficultés de maintien à domicile ce qui permettrait de nous aider à mettre des aides en place.

Délai à améliorer

leur apporter plus d'explications sur les examens prévus en externe car ils sont souvent perdus

possibilité d'HDJ

Je pense qu'il faudra pouvoir demander aux infirmières libérales de pouvoir avoir accès au guichet unique en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant

Diminuer la polymédication

développer l'oncogériatrie. Selon moi, la prise en charge oncologique des plus de 75 ans est très souvent inadaptée (mauvaise communication, pas de lien entre qualité de vie et traitement etc ...)

RESUME : Relation ville-hôpital : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes utilisant le guichet unique de Gériatrie du CH de Niort.

Contexte = La gestion des patients gériatriques devient un enjeu médico-économique. Ils sont encore majoritairement hospitalisés via les SAU. Les passages par ces services sont souvent délétères et sources de complications médicales et de dépenses de santé. Les hotlines et hospitalisations en entrées directes existent mais sont peu développées. Une hotline gériatrique ou Guichet Unique de Gériatrie (GUG) existe depuis 10 ans au CH de Niort et n'a jamais été évalué auprès des médecins généralistes. Objectifs = L'objectif primaire de notre étude était d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes utilisant cette hotline. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les caractéristiques des médecins répondants, les caractéristiques et les prises en charge des patients âgés après appel du GUG ainsi que les capacités de réponse de la hotline et enfin, les pistes d'améliorations envisageables. Matériel et Méthode = 1/ Enquête de satisfaction menée par un seul investigateur à l'aide d'un questionnaire, envoyé par mail, auprès des 54 médecins généralistes ayant utilisé la hotline de Gériatrie du CH de Niort entre le 02/01/2020 et le 15/03/2020. 2/ Etude observationnelle descriptive rétrospective des dossiers des 82 patients pris en charge, sur cette période, par le GUG. 3/ Etude observationnelle descriptive sur les délais de réponses du GUG et les délais de prise en charge des patients. Résultats = 25 réponses ont été reçues soit un taux de participation de 46%. 72 % (n=18) des médecins interrogés sont « très satisfaits » et 28% (n=7) sont « plutôt satisfaits ». La population médicale interrogée est plus jeune, 44% ont 40 ans ou moins, et plus rurale que dans la littérature. Les patients pris en charge sont âgés de 88.7 +/- 6 ans, vivent majoritairement à domicile, ont une durée de séjour de 9.96 +/- 5.8 jours et retournent dans 69% des cas sur leur lieu de vie d'origine. La concordance demande médecin /réponse du GUG est de 78.2% pour le type de prise en charge et de 87% pour le délai de prise en charge. La communication est le principal point à améliorer d'après les médecins interrogés. Conclusion = Les médecins généralistes libéraux sont globalement satisfaits de l'existence et du mode de fonctionnement de la hotline. La hotline est en capacité de répondre à la demande des médecins dans les délais demandés mais la disponibilité du médecin d'avis et des lits en CSG sont un frein à la prise en charge des patients. De même que le défaut de communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux et la méconnaissance de l'organisation de la filière gériatrique. Néanmoins plusieurs pistes d'améliorations ont été proposées pour optimiser la communication entre la ville et l'Hôpital notamment les échanges par mail et la répétition fréquente des informations. Un projet de création d'un organigramme de la filière gériatrique intra et extrahospitalière du sud Deux sèvres est en cours. Le but étant d'améliorer et de fluidifier le parcours de santé du patient âgé notamment dans le but de limiter les passages évitables aux Urgences de cette population fragile.

Discipline administrative : Médecine Générale. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie – 6 rue de la Milétrie 86000 POITIERS

Mots clés = Hotline ; Relation ville-Hôpital ; Patients âgés ; Médecine générale



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

