



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille :
Evaluation des connaissances
et pratiques des médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2017 à 16h00
au Pôle Formation.

Par Yann SCHMITT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Madame le Docteur Catherine GIRES

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle DELABRIERE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CS	Consultation
CSG	Court Séjour Gériatrique
DU	Diplôme Universitaire
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
GIR	Groupe Iso Ressource
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
URPS-ML	Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	3
I. CONTEXTE ACTUEL	3
A. La filière de soins gériatriques	3
1. Définition	3
2. Historique	4
a) les ordonnances dites « de Juppé » en 1996	4
b) La circulaire du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	4
c) La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques	4
d) La circulaire du 4 mars 2004 relative au SROS de troisième génération	5
e) La circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques	5
f) Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012	5
g) La circulaire DHOS n°2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées »	6
h) La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) de 2009	6
3. Contexte	6
a) Nécessité démographique	6
b) Nécessité sanitaire	8
c) Nécessité économique et sociale	9
B. La filière gériatrique du CHRU de Lille	12
1. Description	12
2. Moyens de contact avec la filière gériatrique du CHRU de Lille	16
a) HOPLINE	16
b) HOPWEB	17
c) Numéros de téléphones	17
MATERIELS ET METHODES	20
I. TYPE D'ETUDE	20
II. POPULATION CIBLE	20
III. QUESTIONNAIRE	22
A. Description du questionnaire	22
1. Première partie du questionnaire : identification	22
2. Deuxième partie du questionnaire : accès à la filière gériatrique du CHRU.	23
3. Troisième partie : HOPLINE et filière gériatrique.	24
4. Quatrième partie : amélioration de la HOPLINE et de l'accès à la filière gériatrique.	24
B. Envoi des questionnaires	25
C. Recueil des données	25
D. Traitement des données	26
1. Saisie des données	26
2. Analyse des données	26
RESULTATS	27
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	27
A. Sexe	27
B. Tranche d'âge	27
C. Type d'activité	28
D. Compétence en gériatrie	29
II. ACCES A LA FILIERE GERIATRIQUE DU CHRU DE LILLE	30
A. Connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille	30
B. Accès à la filière gériatrique du CHRU	34
C. Accès aux gériatres du CHRU	34
D. Moyens de contact de la filière du CHRU	34
E. Situations motivant l'appel de la filière gériatrique du CHRU	35

F.	Degré d'urgence de contact de la filière du CHRU	36
G.	Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU	36
H.	Contact privilégié	37
I.	Modes d'hospitalisation	39
III.	HOPLINE	42
A.	Connaissance et sollicitation de la HOPLINE du CHRU de Lille	42
B.	Connaissance de la HOPLINE Gériatrique.....	47
C.	Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille	47
D.	Autres filières gériatriques	52
IV.	AMELIORATION DE LA HOPLINE ET DE L'ACCES A LA FILIERE GERIATRIQUE DU CHRU DE LILLE.....	53
A.	Modes de connaissance de la HOPLINE	53
B.	Axes d'amélioration pour la connaissance et l'utilisation de la HOPLINE	54
DISCUSSION	.....	56
I.	RESULTATS PRINCIPAUX ET IMPLICATIONS MAJEURES	56
II.	LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE	57
A.	Limites	57
B.	Points forts.....	58
III.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	59
A.	Accès et connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille.....	59
B.	Hospitalisation en urgence	60
C.	HOPLINE	61
D.	Profil : médecin coordonnateur.....	64
E.	Axes d'amélioration	65
IV.	PROPOSITIONS DE TRAVAUX FUTURS	66
CONCLUSION	.....	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	.....	68
ANNEXES	.....	72
FIGURES	.....	81
TABLEAUX	.....	83

RESUME

Contexte : en 2008, le CHRU de Lille a fait labelliser sa filière gériatrique et en 2013, a créé, la HOPLINE Gériatrique, une ligne unique et directe dédiée aux médecins de ville.

L'objectif principal de la thèse était d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes à propos de l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille.

L'objectif secondaire était d'évaluer leur utilisation de la HOPLINE du CHRU, et plus spécifiquement de la HOPLINE Gériatrique.

Méthode : il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale réalisée à partir d'un questionnaire envoyé en novembre 2016 à 496 médecins généralistes et/ou médecins coordonnateurs d'EHPAD du territoire de santé du réseau gériatrique « Lille Agglo ».

Résultats : 174 questionnaires ont été inclus. 96% des médecins répondants étaient des médecins libéraux (n=166) et 6,4% (n=11) des médecins coordonnateurs dont 4 avec une activité mixte. 72,3% des médecins estimaient ne pas connaître la filière gériatrique du CHRU et 76,2% estimaient son accès difficile. La méconnaissance de la filière était d'autant plus importante que le médecin était âgé (56,6% des moins de 35 ans, 68,4% des 35 à 45 ans, 75,5% des 45 à 55 ans et 78% des plus de 55 ans, p=0,048).

En cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, 71,4% des médecins privilégiaient le transit par les urgences. Cela était d'autant plus vrai que le médecin était âgé (30,4% des moins de 35 ans, 67,6% des 35 à 45 ans, 78,9% des 45 à 55 ans et 83,9% des plus de 55 ans avec un p<0,001). Le motif principal de recours à la filière était l'hospitalisation dans 63,2% des cas, le contact privilégié attendu étant le Court Séjour Gériatrique (40,3%).

D'autre part, la HOPLINE était connue par 65,9% des médecins mais 76,3% d'entre eux n'avaient jamais sollicité la HOPLINE Gériatrique, principalement par manque d'information (56,8%). Ceci expliquait que le standard était le moyen privilégié pour entrer en contact avec la filière dans 74,5% des cas contre 21,7% des cas pour la HOPLINE et 1,9% pour les appels directs. La méconnaissance de la HOPLINE était d'autant plus importante que le médecin était âgé (81,6% des 35 à 45 ans, 62,3% des 45 à 55 ans et 56% des plus de 55 ans ; $p=0,016$).

Les médecins coordonnateurs estimaient moins connaître la HOPLINE que les autres ($p=0,048$) mais connaissaient mieux la filière gériatrique ($p=0,01$). Néanmoins, ils adressaient tout autant les patients aux urgences.

Conclusion : une meilleure communication auprès des médecins généralistes permettrait d'améliorer la connaissance de la filière gériatrique du CHRU et de la HOPLINE Gériatrique et d'en générer un meilleur usage.

INTRODUCTION

I. Contexte actuel

A. La filière de soins gériatriques

1. Définition

Selon la Circulaire du 28 mars 2007 (1) « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.* »

La filière de soins gériatriques doit couvrir l'intégralité des parcours de soins possibles des personnes âgées afin qu'elles puissent bénéficier d'une prise en charge gériatrique optimale.

La filière gériatrique doit répondre à plusieurs missions (1) :

- la prise en charge des patients gériatriques en admission directe, programmée ou non ;
- la réalisation d'un bilan médical, la réadaptation des traitements et la délivrance de soins adaptés ;
- la réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ayant comme objectif de dépister les syndromes gériatriques ;
- l'élaboration d'un projet de vie et/ou projet de soins ;
- la coordination des soins extra-hospitaliers ;
- la diffusion d'une culture gériatrique intra et extra-hospitalière ;
- l'organisation du suivi ambulatoire.

Afin qu'elle puisse être labellisée, la filière gériatrique doit comprendre différentes structures (1) :

- un service de Court Séjour Gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière (CSG) ;
- une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) ;
- une unité de Consultations et d'Hospitalisation de Jour gériatriques ;
- un ou plusieurs services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR gériatrique) ;
- une ou plusieurs Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

2. Historique

Différentes étapes ont marqué la création et le développement de la filière de soins gériatriques en France :

a) les ordonnances dites « de Juppé » en 1996 (2) introduisent la notion de filières de soins sous une forme expérimentale *« en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'Assurance Maladie concernée, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention »*.

b) La circulaire du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (3) définit plusieurs critères de fonctionnement des établissements pouvant accueillir des personnes âgées.

c) La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (4) propose différents axes de développement :

- renforcer l'accès aux soins de proximité (valorisation du rôle du médecin généraliste, création de pôles d'évaluation gériatrique, renforcement de la position de l'hôpital local en tant que premier maillon de soins hospitaliers de proximité) ;
- favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le Court Séjour Gériatrique (développement des CSG et des EMG) ;
- améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation (favoriser les Hospitalisation A Domicile, HAD et réviser les modalités d'organisation des SSR) ;

- d) La circulaire du 4 mars 2004 relative au SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) de troisième génération (5)** a comme objectif de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Elle procède à un découpage territorial de santé.
- e) La circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins) n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (1)** a pour but de généraliser et de renforcer les dernières dispositions.

La personne âgée doit bénéficier :

- d'une palette complète de prise en charge spécifique en gériatrie ;
- d'un avis gériatrique quel que soit le service où elle est hospitalisée ;
- d'un plateau technique dans un délai requis pour éviter toute perte de chance ;
- d'un accompagnement à la sortie de son hospitalisation.

Par ailleurs, la filière gériatrique doit s'inscrire dans une dynamique d'organisation territoriale.

- f) Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 (6)** propose une réforme en 5 axes :

- donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant les services et aides à domicile, en soutenant d'avantage les aidants, en assurant une continuité entre domicile et EHPAD ;
- inventer la maison de retraite « de demain » et permettre aux personnes âgées de mieux y vivre en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie et en maîtrisant les tarifs ;
- adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite ;
- assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ;
- insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

En ce qui concerne la filière gériatrique, différentes mesures sont indiquées :

- organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique ;
- créer le nombre de places nécessaires à la prise en charge des patients âgés ;
- labelliser les filières gériatriques par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH).

- g) La circulaire DHOS n°2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées » (7)** préconise le développement des réseaux de santé complémentaires à la mise en place des filières de soins gériatriques afin de favoriser un maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour après une hospitalisation.
- h) La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) de 2009 (8)** donne une approche plus territorialisée : les régions doivent être couvertes en totalité par plusieurs filières gériatriques. Elle va également créer l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social.

3. Contexte

La filière gériatrique a été développée pour répondre à plusieurs nécessités.

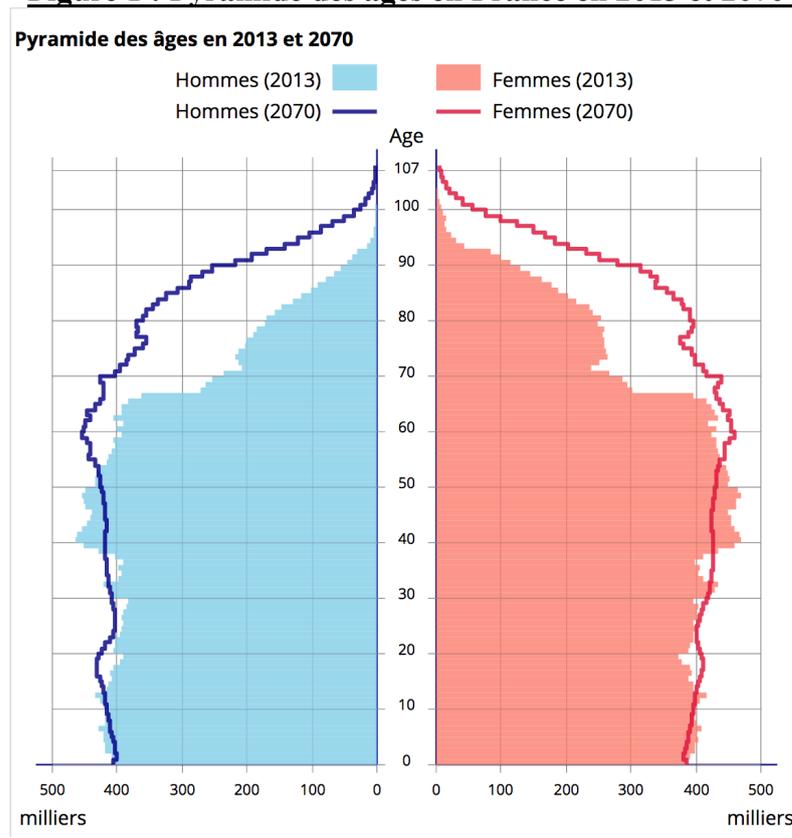
a) Nécessité démographique

Le vieillissement de la population est un phénomène annoncé depuis longtemps et il est inéluctable. Ainsi, entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus va presque doubler pour passer de 12% à 22% dans le monde (9).

La France va connaître le même phénomène.

Selon l'INSEE (10), comparativement à 2013, il y aura en 2070, deux fois plus de personnes âgées de plus de 75 ans (13,7 millions) et quatre fois plus de personnes âgées de plus de 85 ans (6,3 millions).

Selon les prévisions, dans le Nord Pas-De-Calais, la part des 60 ans et plus représente 18,6% en 2017, mais sera de 28,2% en 2040 (11).

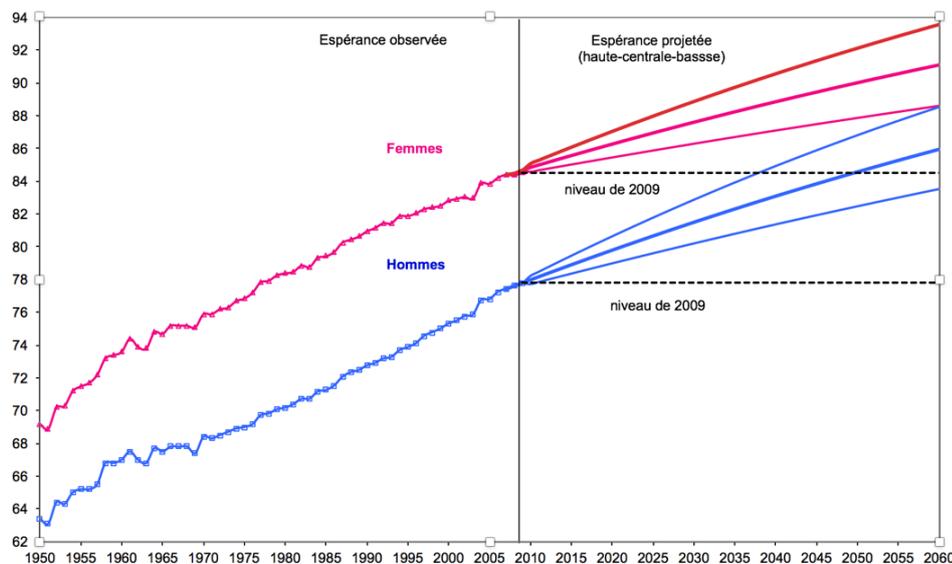
Figure 1 : Pyramide des âges en France en 2013 et 2070

En 2015, en France, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 85 ans pour les femmes et 78,8 ans pour les hommes (12).

Selon une projection centrale :

- en 2060 en France, l'espérance de vie moyenne sera de 91,1 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes (13) ;
- en 2040 dans le Nord-Pas-de-Calais, l'espérance de vie moyenne à la naissance sera de 86,1 ans pour les femmes et de 82,2 ans pour les hommes (11).

L'allongement de la durée de vie ne fera qu'accroître l'ampleur du vieillissement de la population.

Figure 2 : Projection de l'espérance de vie à la naissance en France (2)

b) Nécessité sanitaire

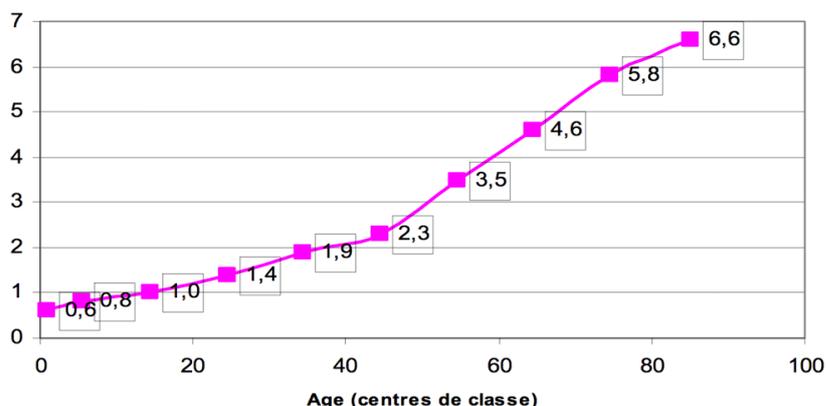
Le vieillissement de la population a de nombreuses conséquences sanitaires, participant ainsi à l'augmentation des coûts de santé.

En effet, avec le vieillissement, on observe une augmentation du nombre moyen de maladies déclarées. Après 80 ans, les patients déclarent en moyenne 6,6 maladies (hors troubles de la réfraction et bucco-dentaires) contre 2,3 maladies entre 40 et 50 ans(14). Après 65 ans (15), les maladies les plus fréquemment déclarées sont les maladies cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle qui touche une personne sur trois), puis les problèmes ostéo-articulaires.

On sait aussi que la démence a un taux de prévalence qui augmente avec l'âge, passant (selon l'étude PAQUID (16)) de 15,4% entre 75 et 79 ans à 33,9% entre 85 et 89 ans.

Avec le vieillissement et l'augmentation du nombre de comorbidités, les personnes âgées sont plus fragiles, polymédicamentées et en perte d'autonomie.

Figure 3 : Nombre moyen de maladies déclarées par âge en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires



c) Nécessité économique et sociale

Le vieillissement et l'augmentation du nombre de comorbidités avec l'âge sont à l'origine d'une perte d'autonomie rendant les personnes âgées de plus en plus dépendantes, mais aussi d'une plus grande fragilité avec un coût économique plus important.

On observe en effet :

- une augmentation progressive du taux de personnes bénéficiant de l'ALD 30 : il représente 30,5% pour les 65-69 ans et 64,9% pour les 90 ans et plus (17) ;
- une augmentation linéaire du taux d'hospitalisation en fonction de l'âge pouvant atteindre environ 35 % entre 80 et 84 ans (18).
- un taux de recours plus important aux urgences en fonction de l'âge (19) avec une prise en charge des patients nécessitant plus de temps (20) et mobilisant moyens physiques et financiers.

Figure 4 : Taux d'hospitalisation en MCO, HAD et SSR en 2008 (20)

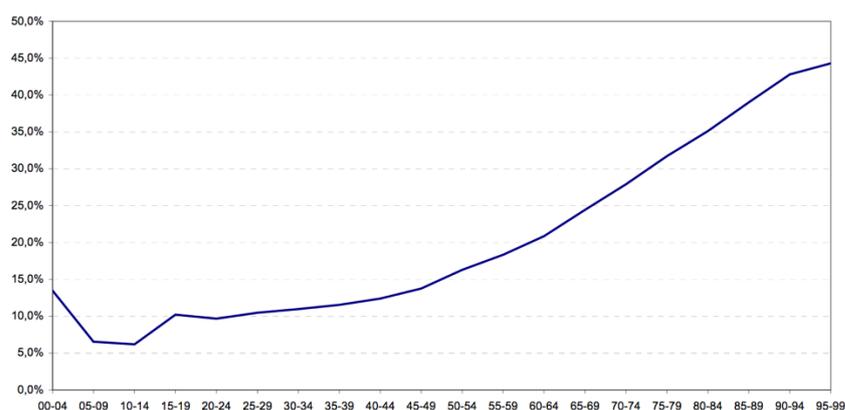
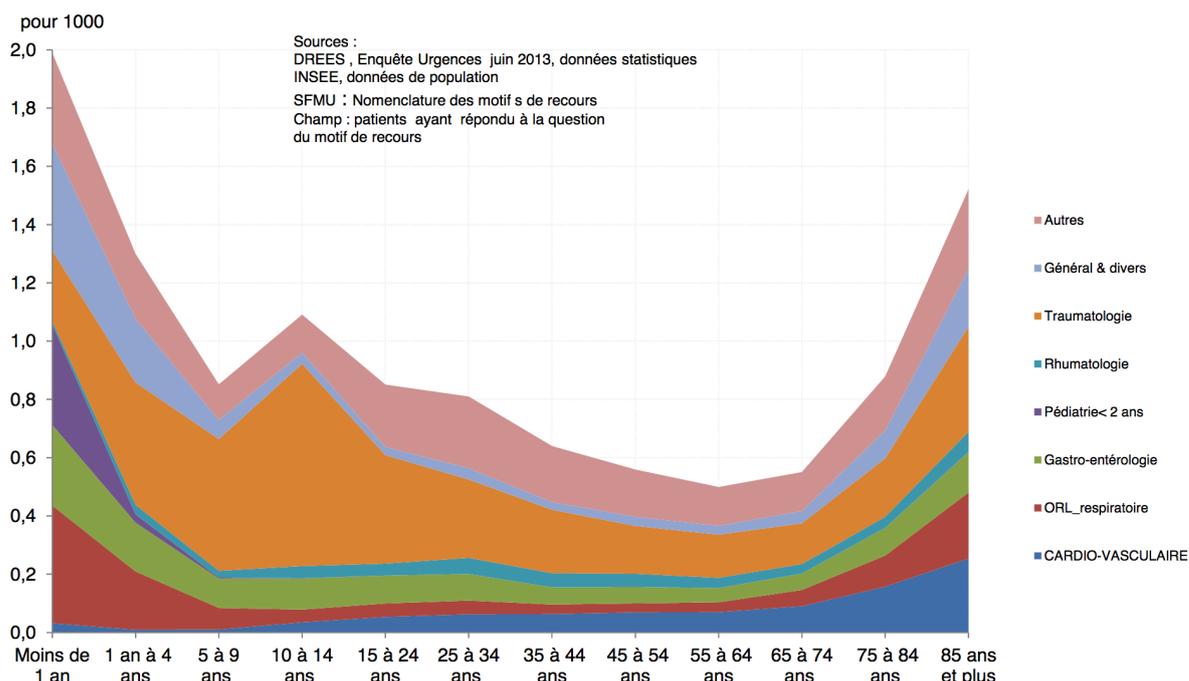
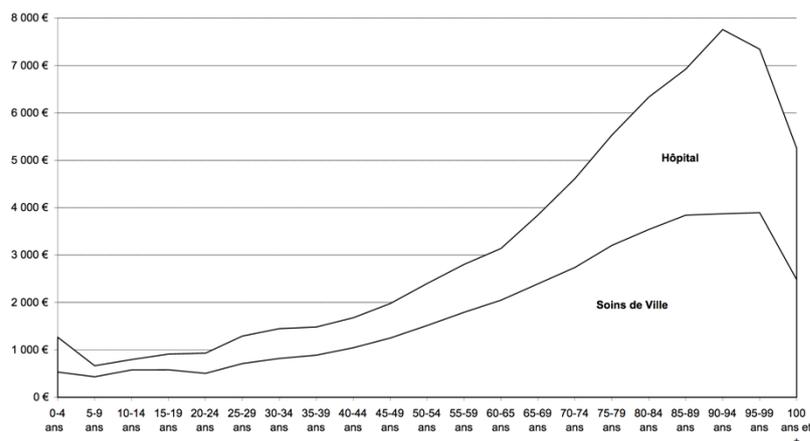


Figure 5 : Taux de recours aux urgences par motif de recours et âge du patient (22)



La dépense moyenne individuelle en soins de santé augmente au cours de la vie (17) avec une dépense moyenne individuelle à 80 ans, trois fois plus élevée qu'à 50 ans.

Figure 6 : Dépense totale de soins par habitant et par classe d'âge en 2008, HCAAM (20)



Le vieillissement et les comorbidités qui y sont associées s'accompagnent progressivement de la survenue d'incapacités physiques, sensorielles et/ou mentales, avec de plus en plus de personnes âgées dites dépendantes.

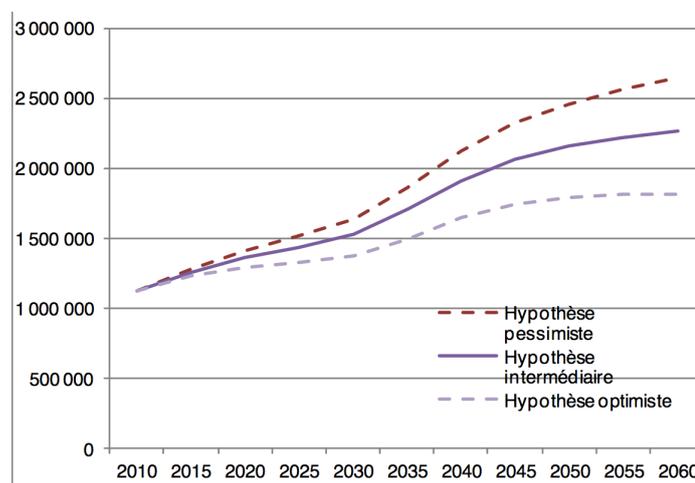
Ce degré de dépendance est évalué en France grâce à la grille AGGIR qui établit 6 niveaux de dépendance, GIR 1 (Groupe Iso Ressource) étant la dépendance la plus lourde, à GIR 6 représentant les personnes non dépendantes.

La grille AGGIR s'appuie sur 17 variables dont 10 variables discriminantes se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique. Les personnes âgées de plus de 60 ans classées GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), délivrée par le Conseil Général.

Ainsi, avec le vieillissement de la population, on observe une augmentation du nombre des bénéficiaires de l'APA au fur et à mesure des années.

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), le nombre de personnes pouvant bénéficier de l'APA est en constante progression. En 2012, 1,2 millions de personnes bénéficiaient de l'APA. (21). Selon les projections, le nombre de personnes dépendantes sera 1,4 fois plus important en 2030 et 2 fois plus important en 2060.

Figure 7 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002 (24)



Cette augmentation du nombre de personnes dépendantes s'accompagne malheureusement d'une diminution du nombre d'aidants (22) expliquée par une augmentation de l'âge moyen des personnes dépendantes (les aidants décédant parfois avant leurs parents), de l'éloignement familial, des ruptures de couple, etc.

En 2000, le nombre moyen d'aidants potentiels était de 2,2 pour les femmes et de 2,8 pour les hommes.

En 2040, il sera de 2 pour les femmes et de 2,3 pour les hommes, cette diminution du nombre des aidants pouvant ainsi être elle-même responsable d'une augmentation des demandes d'institution.

En conclusion : le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes fragiles, multipliant les comorbidités.

Ce phénomène est responsable de l'accroissement des besoins de santé, mais aussi d'une plus grande dépendance engendrant des coûts économiques importants et nécessitant une adaptation du système de santé pour optimiser la prise en charge du patient âgé. Il s'agit du rôle de la filière gériatrique.

B. La filière gériatrique du CHRU de Lille

1. Description

Dans la démarche du SROS III, la filière gériatrique du CHRU de Lille a été labellisée en 2008.

Elle se compose :

- de 2 Courts Séjours Gériatriques (CSG) à l'Hôpital Cardiologique et à l'Hôpital Roger Salengro.

Ces deux courts séjours ont une capacité totale de 56 lits (dont 28 lits ouverts fin 2010). 1711 séjours ont été réalisés en 2016 (1501 séjours en 2015).

Le Court Séjour Gériatrique est un service de médecine aiguë à orientation gériatrique. Il est dédié à l'accueil des patients aigus, polypathologiques, en perte d'autonomie à haut risque de dépendance physique, psychiatrique et sociale, âgés de 75 ans et plus et ne relevant pas d'un service de spécialité d'organes ;

- De 3 services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Ces 3 services ont une capacité totale de 88 lits : 34 lits de SSR spécialisés (dont 5 lits de soins palliatifs) à l'Hôpital Gériatrique « les Bateliers », 30 lits de SSR polyvalents à l'Hôpital Albert Calmette et 24 lits à l'Hôpital Fontan II (12 lits en unité cognitivo-comportementale et 12 lits de psychogériatrie).

Les SSR accueillent des patients âgés dépendants ou à risque de dépendance afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle, garants de leur retour à domicile.

Les SSR polyvalents et spécialisés du CHRU de Lille prennent en charge en priorité les patients dans les suites d'un épisode aigu en privilégiant l'aval des Courts Séjours afin de fluidifier la filière. Le SSR spécialisé de l'Hôpital Gériatrique « Les Bateliers » possède une orientation onco-gériatrique. Le recrutement du SSR de Fontan Il est plus spécifique avec un certain nombre d'entrées venant du domicile pour des patients présentant des troubles cognitifs et du comportement.

- De plusieurs Unités de Soins de Long Durée (USLD) et d'EHPAD à l'Hôpital Gériatrique « Les Bateliers », soit 120 lits en USLD et 158 lits en EHPAD.

Les USLD ont un recrutement fondé sur des critères sanitaires. Elles accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensations pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicotechniques itératifs, une permanence médicale et paramédicale continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement. L'institutionnalisation est le plus souvent rendue nécessaire par l'apparition d'une dépendance ou d'une pathologie rendant le maintien à domicile difficile car mettant en jeu la sécurité ou la qualité de vie du patient.

- D'une équipe Mobile de Gériatrie (EMG) et d'une Antenne gériatrique aux Urgences.

L'Equipe Mobile de Gériatrie a pour mission de contribuer à optimiser les parcours des sujets âgés polypathologiques et dépendants de plus de 75 ans. Elle permet de remettre le patient à la meilleure place dans la filière gériatrique ou en ville en fonction de son état de santé.

L'EMG du CHRU de Lille a été créée en 2005. Depuis 2006, elle intervient en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des Urgences le matin. Depuis 2007, une Antenne Gériatrique est présente tous les après-midis de la semaine à l'accueil Médico-Chirurgical des Urgences du CHRU. Depuis 2012, une antenne gériatrique est organisée en traumatologie. Au total, en 2016, l'EMG a

réalisé 1372 interventions pour 1171 patients. Par ailleurs, les médecins de l'EMG gèrent les appels extérieurs avec les appels HOPLINE, les appels hors HOPLINE (15 et 81 appels en 2016).

Ainsi, l'EMG se positionne comme un acteur à part entière dans la prise en charge de la personne âgée et occupe une place centrale au sein de la filière gériatrique du CHRU de Lille.

- D'une Equipe Mobile de Psychogériatrie : composée essentiellement d'un médecin pour le moment, elle a réalisé 130 interventions dans 26 EHPAD de ville en 2015.
- D'un service de Consultations de Gériatrie et d'Hôpital de jour à l'Hôpital Gériatrique « Les Bateliers ».

3 places sont déclarées en HDJ avec 787 séjours (activités principales : bilan de chute, bilan mémoire, oncogériatrie, transfusions et injections de toxine botulique / fer).

3 places sont déclarées en HDJ-SSR avec 73 patients et 625 séances sur l'année 2016 (activité principale : troubles du rachis et patient chuteur).

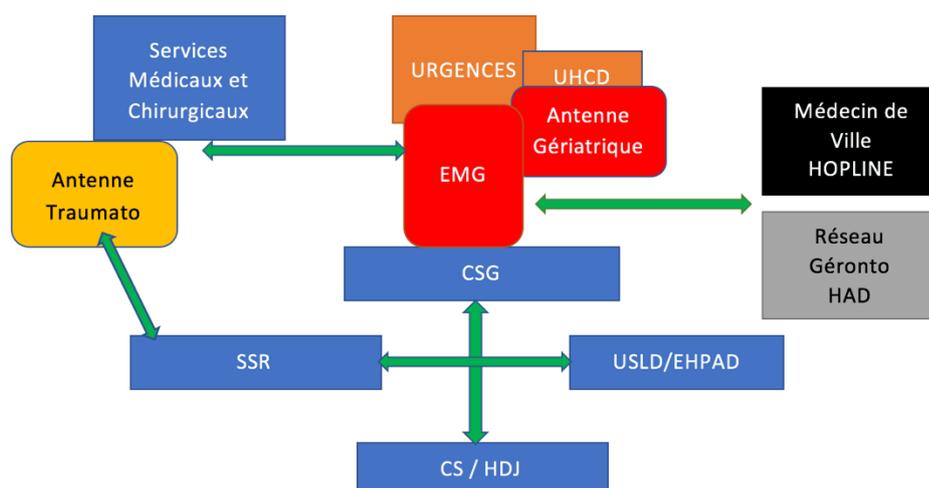
Ce service constitue une structure de soins située comme interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation. Il assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient dans la filière.

La filière gériatrique du CHRU s'organise avec des acteurs extra-hospitaliers :

- Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) interviennent sur prescription médicale notamment auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie, afin de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter les hospitalisations, de faciliter les retours à domicile et de retarder l'entrée dans un établissement d'hébergement.
- Les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) du CHRU ou extérieurs interviennent afin d'effectuer des soins au domicile des personnes âgées ayant besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne) et médicalisée.

- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) est un service de proximité qui a pour but d'informer et d'orienter les patients âgés vers des structures adéquates et de faciliter l'accès aux droits et aux soins. Il évalue les besoins de la personne âgée et les accompagne dans la mise en place des aides et des soins.
- Le Réseau Gérontologique CORALIE a pour mission de réaliser une expertise à domicile afin de dépister les pathologies gériatriques, d'établir un diagnostic des besoins en lien avec le médecin traitant et de garantir les bonnes conditions du retour et du maintien à domicile.
- Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont pour but d'accompagner à domicile les patients âgés cumulant plusieurs difficultés (sanitaires, familiales, économiques, psychologiques, économiques et environnementales) ainsi que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentés.
- Les autres EHPAD extérieurs qui peuvent proposer des unités spécifiques répondant à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ; Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) ; Accueils de Jour).

Figure 8 : Organisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille



2. Moyens de contact avec la filière gériatrique du CHRU de Lille

a) HOPLINE

La demande des médecins de ville était à la fois d'accéder aux coordonnées directes des médecins hospitaliers, par pathologies ou disciplines, et de pouvoir obtenir des conseils rapides sur des problématiques médicales.

Ainsi en 2008, le CHRU de Lille a créé la HOPLINE permettant aux médecins de ville de joindre rapidement un sénior du CHRU pour obtenir un avis spécialisé. Si la situation le justifie, le spécialiste peut proposer un rendez-vous en consultation ou une hospitalisation. Cette ligne téléphonique est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (hors week-ends et jours fériés) via un numéro unique (numéro vert) avec un standard dédié. Elle propose aux médecins généralistes d'être mis en relation instantanément avec des praticiens séniors des disciplines suivantes : gériatrie (depuis 2013), neurologie, orthopédie, néphrologie, gynécologie, obstétrique, hématologie, dermatologie, cardiologie, médecine interne, psychiatrie adulte et enfant, pneumologie, infectiologie, pédiatrie, urologie, chirurgie générale et digestive. Plusieurs campagnes d'informations ont été menées en 2008, 2014 et 2016 via des plaquettes informatives (annexes 4 et 5) vers les médecins de villes. Le numéro est également accessible sur demande via une adresse mail dédiée sur le site du CHRU afin de réserver l'accès de ce numéro uniquement aux médecins de villes.

Un comité de suivi HOPLINE a également été créé pour assurer un suivi régulier du dispositif au plus près du terrain.

En 2016, la ligne HOPLINE a drainé 2011 appels toutes spécialités confondues et 31 appels pour la gériatrie. La HOPLINE gériatrique a été mise en place en 2013. Elle repose sur les médecins de l'EMG, de par leur rôle central au sein de la filière. La HOPLINE Gériatrique permet de répondre à des demandes d'avis diagnostiques ou thérapeutiques, à des demandes d'aide à l'orientation ou à la gestion de situations complexes à domicile. De par l'organisation complexe de la gériatrie en multiples pôles d'activités différentes, la HOPLINE gériatrique ne peut répondre instantanément aux demandes d'admissions directes mais peut les faciliter en servant de relai avec les services concernés, en particulier le Court Séjour Gériatrique si cela est nécessaire.

b) HOPWEB

HOPWEB est un annuaire en ligne qui a récemment vu le jour (1^{er} Trimestre 2016). Il est accessible par tous les médecins (médecins de ville et médecins hospitaliers), sur demande d'un mot de passe et après présentation de ses coordonnées et de son code RPPS. L'annuaire permet d'identifier un praticien à partir des mots clés que le médecin demandeur a lui-même proposés. Ce service rend beaucoup plus lisible l'éventail des problèmes de santé traités et des techniques développées au CHRU de Lille (annexe 6). Malgré le caractère récent de la mise en ligne de l'annuaire HOPWEB, des statistiques ont pu être extraites : de juillet à décembre 2016, le site a été visité 794 fois par 342 utilisateurs différents. En ce qui concerne le volet gériatrique, HOPWEB a comptabilisé 81 utilisations avec 63 visiteurs différents durant cette période.

c) Numéros de téléphones

Les médecins de villes peuvent également trouver des numéros de téléphones pour des appels directs via le site web du CHRU de Lille, sur les courriers de sortie ou dans l'annuaire papier envoyé par le CHRU (8500 envois aux médecins généralistes/spécialistes de ville et dans les centres hospitaliers publiques/privés du Nord-Pas-De-Calais). Le plus souvent les appels aboutissent aux secrétariats des différents services d'hospitalisation et sont ensuite basculés sur les postes des médecins.

Conclusion : le vieillissement de la population est un phénomène planétaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus va presque doubler pour passer de 12% à 22% dans le monde (9). La France va connaître le même phénomène. Ainsi, selon les prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans et une personne sur quatre aura plus de 75 ans (23).

Le Nord-Pas-De-Calais ne sera pas épargné puisque la part des 60 ans et plus représente actuellement 18,6%, mais est évaluée selon des estimations à 28,2% en 2040 (11).

Ce phénomène implique, indirectement, une augmentation du nombre de séniors en bonne santé, mais aussi une augmentation du nombre de personnes âgées fragiles, poly-pathologiques, multipliant les syndromes gériatriques, à haut risque de dépendance et d'hospitalisation. On veut pour preuve qu'en 2013, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 13% des passages aux urgences avec un taux d'hospitalisation plus important que dans la population générale (24). Cette tendance est confirmée par la dernière étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) qui montre que plus de la moitié des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés dans un service après leur passage aux urgences (25). Cette majoration du taux d'hospitalisation implique nécessairement des erreurs d'orientation, un allongement des durées de séjours et des sorties prématurées (26).

Ainsi, cette population gériatrique doit bénéficier d'une offre de soins adaptée, le plus souvent multidisciplinaire (médicale et médicosociale). L'objectif de la filière de soin gériatrique est d'organiser les différentes phases de la prise en charge hospitalière en couvrant l'intégralité du parcours de soins de la personne âgée et d'améliorer l'aval du séjour en s'articulant avec les différentes structures extra-hospitalières.

Dans cette logique d'évolution, le CHRU de Lille, comme de nombreux hôpitaux français, a donné suite au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS III) de 2004 (27) et à la Circulaire de 2007 (1) en faisant labelliser sa filière gériatrique en 2008 (28).

Afin de répondre aux attentes des médecins généralistes de ville, le CHRU de Lille a ouvert fin 2008 une ligne téléphonique unique, HOPLINE, destinée à permettre aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, d'être mis en relation avec un médecin spécialiste. Cette HOPLINE a été étendue à la gériatrie en 2013.

Néanmoins, il semble que de manière générale, les médecins libéraux orientent encore régulièrement les personnes âgées fragiles vers les urgences (29). On peut donc se poser la question de savoir s'ils connaissent la filière gériatrique et les moyens d'y avoir accès de façon directe. Cette question se pose d'autant plus que la « HOPLINE Gériatrique » est très peu utilisée.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'objectif principal de la thèse était d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes à propos de l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille. L'objectif secondaire était d'évaluer leur connaissance concernant la HOPLINE du CHRU, et plus spécifiquement de la HOPLINE Gériatrique.

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire (annexes 1 et 2) envoyé à un échantillon de médecins généralistes et/ou coordonnateurs d'EHPAD.

II. Population cible

La population cible était représentée par l'ensemble des médecins généralistes libéraux et des médecins coordonnateurs installés dans les villes desservies par le Réseau de Santé Gérontologique « Lille Agglo » : Saint André-lez-Lille, Aubers, La Bassée, Beaucamps-Ligny, Englos, Emmerin, Ennetières-en-Weppes, Erquinghem-Le-Sec, Escobecques, Fournes-en-Weppes, Fromelles, Hantay, Hallennes-lez-Haubourdin, Haubourdin, Herlies, Illies, Lambersart, Lille, Lomme, Lompret, Loos, La Madeleine, Le Maisnil, Marquette-Lez-Lille, Marquillies, Radinghem, Sainghin-en-Weppes, Salomé, Santes, Sequedin, Quesnoy-sur-Deûle, Verlinghem, Wambrechies, Wavrin, Wicres.

Figure 9 : secteur géographique d'intervention du Réseau de Santé Gériatrique "Lille Agglo"



Ce territoire de santé a été choisi car il était le plus susceptible de correspondre au territoire drainé par le CHRU.

Les critères d'inclusion étaient tous les médecins généralistes et médecins coordonnateurs de ce secteur afin d'inscrire cette enquête dans une dynamique d'action locale.

La liste des médecins généralistes a été obtenue par l'intermédiaire de l'URPS-ML des Hauts-de-France sous la forme d'étiquettes autocollantes apposées sur les enveloppes d'envoi du questionnaire.

La liste des médecins coordonnateurs a été obtenue via le Réseau de Santé Gériatrique « Lille Agglo » et transmise sous la forme d'une liste de Noms-prénoms et adresses mails. Une recherche sur internet a été effectuée afin de trouver les adresses des EHPAD en corrélation avec les Noms-prénoms et adresses

mails donnés. Une recherche via les sites de référencement d'EHPAD et le site des Pages Jaunes® a été faite pour compléter la liste des médecins coordonnateurs et des EHPAD.

Au total, l'échantillon était composé de 476 médecins généralistes libéraux et de 25 médecins coordonnateurs d'EHPAD. Parmi les 476 médecins généralistes libéraux, 5 médecins pré-testeurs ont été tirés au sort et n'ont pas été inclus dans l'envoi final. Il a donc été envoyé 496 questionnaires.

III. Questionnaire

A. Description du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré entre août et octobre 2016. Il a été conçu en collaboration avec le Docteur Isabelle DELABRIERE, Directrice de thèse. Une première version avait été établie et envoyée à 5 pré-testeurs choisis tirés au sort dans la liste des 476 médecins libéraux. Après réception et analyse de 3 réponses, le questionnaire a été modifié. D'une part, le test a été anonymisé afin d'améliorer la qualité de réponse et de mettre en confiance les médecins y répondant. D'autre part, certaines questions ont été retravaillées pour élargir l'échantillon de réponses et il a également été décidé d'ajouter une quatrième partie afin de recueillir l'avis des médecins sur les moyens à employer pour améliorer leur connaissance de la filière gériatrique et de la HOPLINE et de les inciter à utiliser la HOPLINE de manière plus régulière.

Le questionnaire retenu était donc composé de quatre parties. La majorité des questions étaient des questions fermées sauf une.

Une lettre accompagnait le questionnaire. Elle présentait le cadre de l'étude et indiquait les modalités de réponses, c'est-à-dire un questionnaire anonyme à renvoyer via une enveloppe prêt-à-poster® avant le 17 décembre 2016.

1. Première partie du questionnaire : identification.

Cette partie concernait les données démographiques. Il a été retenu : le genre, l'âge, la qualité de médecin coordonnateur ou non, le mode d'exercice, et la formation, en particulier les diplômes attestant d'une compétence gériatrique. L'âge permettait d'indiquer l'expérience professionnelle du médecin.

Ce questionnaire distinguait les médecins généralistes libéraux des médecins coordonnateurs afin de révéler une éventuelle différence de sensibilité et de connaissance au sujet des filières gériatriques du CHRU. Il en était de même pour l'exercice en cabinet et/ou en EHPAD. Il était apparu important de dissocier les médecins travaillant seuls de ceux exerçant en cabinet de groupe.

Il a été également demandé aux médecins s'ils avaient une compétence en gériatrie (DU / DESC / capacité en gériatrie) afin de mieux évaluer leurs connaissances à ce sujet.

2. Deuxième partie du questionnaire : accès à la filière gériatrique du CHRU.

La deuxième partie a été définie pour répondre à l'objectif principal.

- En premier lieu, le questionnaire jugeait des connaissances des médecins concernant la filière gériatrique du CHRU de Lille, puis évaluait selon eux, la facilité d'accès à celle-ci (questions N° 1 et N° 2)
- La question N° 3 permettait d'établir si les médecins estimaient pouvoir joindre facilement les gériatres du CHRU et si non, pourquoi (plusieurs réponses possibles).
- La question N° 4 avait pour but de déterminer par quels moyens les médecins essayaient d'entrer en contact avec la filière gériatrique du CHRU et de constater si un moyen était plus utilisé qu'un autre (plusieurs réponses possibles).
- Les questions N° 5, 6 et 7 avaient pour but d'objectiver les situations dans lesquelles les médecins faisaient appel à la filière gériatrique (plusieurs réponses possibles) et avec quel degré d'urgence (plusieurs réponses possibles).
- Le but de la question N° 8 était de déterminer la fréquence de recours à la filière.
- La question N° 9 permettait de connaître quel service de la filière était le contact privilégié des médecins généralistes et les raisons de ce choix.
- La question N° 10 portait sur la connaissance de la HOPLINE du CHRU. En cas de réponse négative, le questionnaire était terminé.

3. Troisième partie : HOPLINE et filière gériatrique.

Cette troisième partie avait pour but de répondre à l'objectif secondaire de la thèse concernant la HOPLINE Gériatrique.

- L'intérêt de la question N° 1 était de savoir si les médecins avaient déjà sollicité la HOPLINE, toutes spécialités confondues.
- Les questions N° 2 et 3 permettaient de savoir si les praticiens ayant déjà sollicité la HOPLINE de manière générale, connaissaient et utilisaient la ligne spécifique gériatrique de la HOPLINE.

Pour ceux qui avaient déjà utilisé la HOPLINE Gériatrique, deux sous-questions leur étaient dédiées afin de connaître leur fréquence d'utilisation et d'en mesurer leur satisfaction. Pour ceux qui n'avaient jamais utilisé la HOPLINE Gériatrique, une sous-question permettait d'en connaître les principales raisons (plusieurs réponses possibles).

- La question N° 4 permettait d'évaluer la notoriété de la HOPLINE.
- La question N° 5 était élaborée afin de révéler ceux qui n'utilisaient pas la filière gériatrique du CHRU de Lille ni la HOPLINE, et qui faisaient de préférence appel à la filière gériatrique d'un autre hôpital tel que l'Hôpital de Saint Vincent ou l'Hôpital Saint Philibert à Lille.

4. Quatrième partie : amélioration de la HOPLINE et de l'accès à la filière gériatrique.

Cette dernière partie avait pour objectif d'interroger les médecins sur les axes d'amélioration possibles pouvant faire évoluer l'accès à la filière gériatrique du CHRU et l'utilisation de la HOPLINE.

- La question N° 1 permettait de savoir comment les médecins avaient eu connaissance de la HOPLINE (plusieurs réponses possibles), et ainsi d'améliorer la diffusion de l'information.
- La question N° 2 demandait aux médecins comment optimiser la connaissance de la HOPLINE (plusieurs réponses possibles).
- La question N° 3 était la seule question ouverte et permettait aux médecins de donner leurs avis sur les axes ou améliorations afin d'utiliser plus régulièrement la HOPLINE.

- La question N° 4 permettait de savoir si les médecins adresseraient plus de patients à la filière gériatrique du CHRU si la qualité de l'information était optimisée.

B. Envoi des questionnaires

Afin d'améliorer le taux de réponses, le questionnaire a été envoyé en dehors d'une période de vacances scolaires.

L'enveloppe envoyée était composée de la lettre de présentation et du questionnaire imprimés sur un format A3 afin de former un livret questionnaire. Pour la réponse-retour, une enveloppe verte prêt-à-poster® accompagnait chaque questionnaire pour augmenter le taux de réponse.

476 noms, prénoms et adresses des médecins généralistes libéraux ont été gracieusement imprimés par l'URPS-ML sur des étiquettes collées sur les enveloppes afin d'éviter des erreurs de retranscription et de faciliter l'envoi par La Poste®.

Les 25 dernières enveloppes ont été manuscrites d'après la liste des noms des médecins coordonnateurs transmise par le Réseau de Santé Gériatrique « Lille Agglo », complétée par une recherche internet.

Afin d'éviter un biais, il a été indiqué sur le courrier que les médecins coordonnateurs ayant une activité de médecine libérale ne devaient remplir ce questionnaire qu'une seule fois.

Au total, 496 questionnaires ont été envoyés le 23 novembre 2016.

C. Recueil des données

Les réponses au questionnaire ont été recueillies de manière anonyme entre le 23 novembre 2016 (date de l'envoi) et le 17 décembre 2016, numérotées par ordre de réception.

D. Traitement des données

1. Saisie des données

Les données obtenues ont été répertoriées dans un tableur grâce au logiciel Microsoft Excel® en saisissant les données par ordre de réception des questionnaires.

2. Analyse des données

L'analyse statistique des données a été réalisée par la Plateforme d'Aide Méthodologique de l'équipe du Docteur Emmanuel CHAZARD, MCU-PH à la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille.

Les données qualitatives et quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques univariées, stratifiées, bivariées. Les tests statistiques utilisés pour les croisements étaient le Test du Chi 2 de tendance et le Test exact de Fisher.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population

Sur les 496 envois, 176 questionnaires ont été reçus.

Parmi eux, 2 questionnaires ont été exclus car les médecins exerçaient une activité de gynécologie et d'acupuncture (questionnaires non remplis).

Ainsi 174 questionnaires ont été inclus pour l'étude statistique.

A. Sexe

Tableau 1 : Sexe (n=174)

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Femme	64	36,8%	[29.6% ; 44.4%]
Homme	110	63,2%	[55.6% ; 70.4%]

La population des médecins répondants était composée de 63,2% d'hommes et 36,8% de femmes.

B. Tranche d'âge

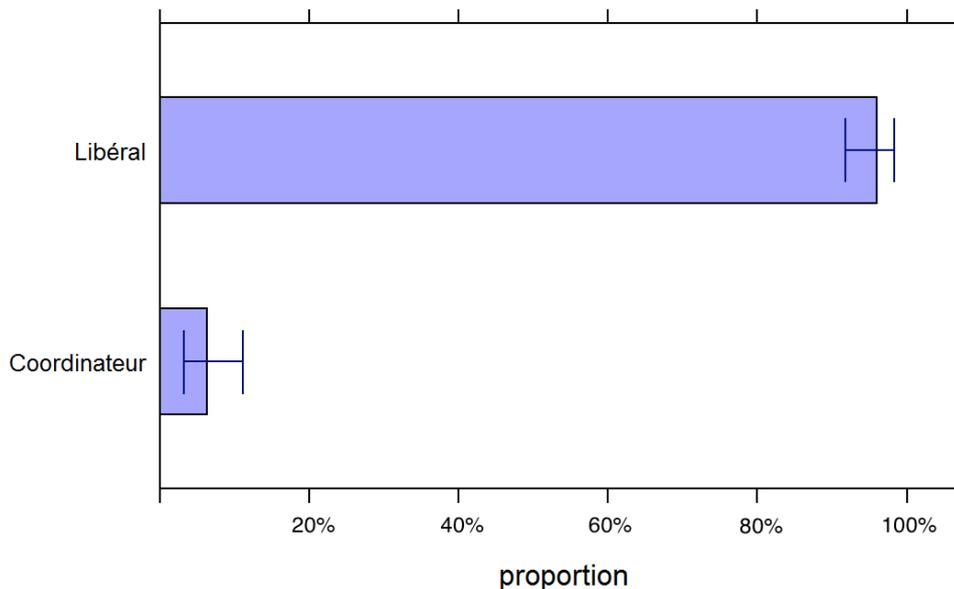
Tableau 2 : Tranche d'âge (n=174)

Modalité	Effectif	Proportion	IC95%
Moins de 35 ans	23	13,2%	[8.6% ; 19.2%]
De 35 à 45 ans	38	21,8%	[16% ; 28.7%]
De 45 à 55 ans	53	30,5%	[23.7% ; 37.9%]
Plus de 55 ans	60	34,5%	[27.6% ; 42%]

La population étudiée était composée de 34,5% médecins de plus de 55 ans, de 30,5% médecins de 45 à 55 ans, de 21,8% médecins de 35 à 45 ans et de 13,2% médecins de moins de 35 ans.

C. Type d'activité

Figure 10 : Type d'activité (n=173)

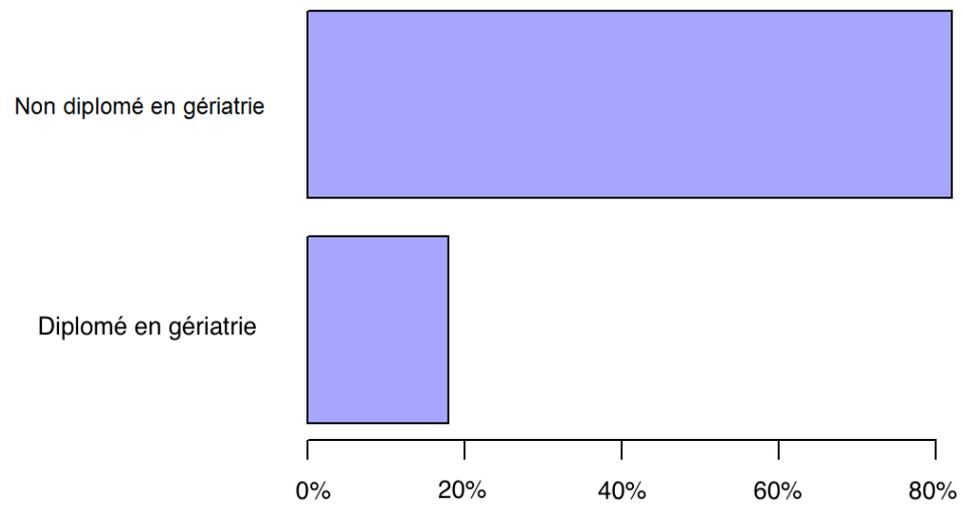


Parmi les médecins répondants, il y avait 96% [91.8% ; 98.4%] de médecins libéraux (n=166) et 6,4% [3.2% ; 11%] de médecins coordonnateurs d'EHPAD (n=11).

Les résultats montraient aussi que 4 médecins avaient une activité mixte : ils exerçaient en libéral mais étaient également médecins coordonnateurs.

D. Compétence en gériatrie

Figure 11 : Compétence en gériatrie (n=173)

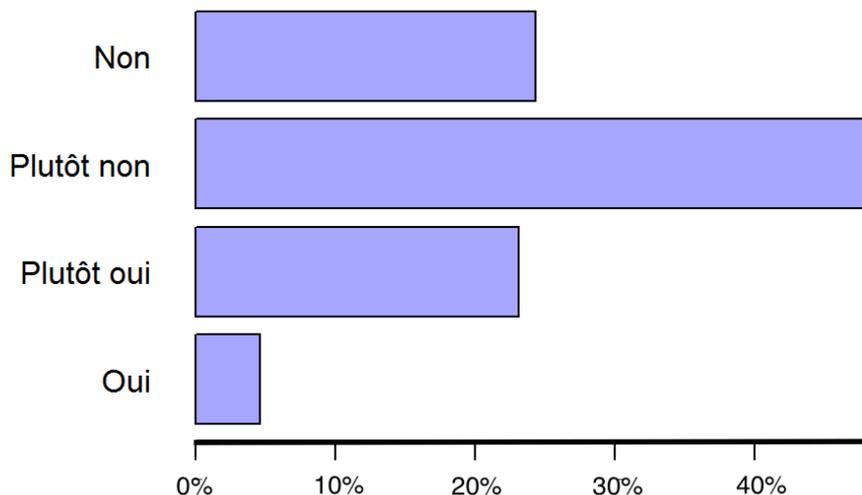


17,9% (n=31) des médecins répondants étaient titulaires d'un diplôme de gériatrie (DU, DESC ou Capacité de Gériatrie).

II. Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille

A. Connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille

Figure 12 : Connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=173)



48% des médecins estimaient plutôt ne pas connaître la filière gériatrique du CHRU, 24,3% ne pas la connaître contre 23,1 % qui estimaient plutôt la connaître et 4,6% qui estimaient la connaître.

Dans la population des médecins coordonnateurs, 36,4% (n=4) affirmaient connaître la filière alors que chez les médecins libéraux, 49% (n=79) affirmaient plutôt ne pas connaître la filière gériatrique du CHRU de Lille contre 2,5% (n=4) qui estimaient la connaître.

**Figure 13 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « âge »
(en pourcentage)**

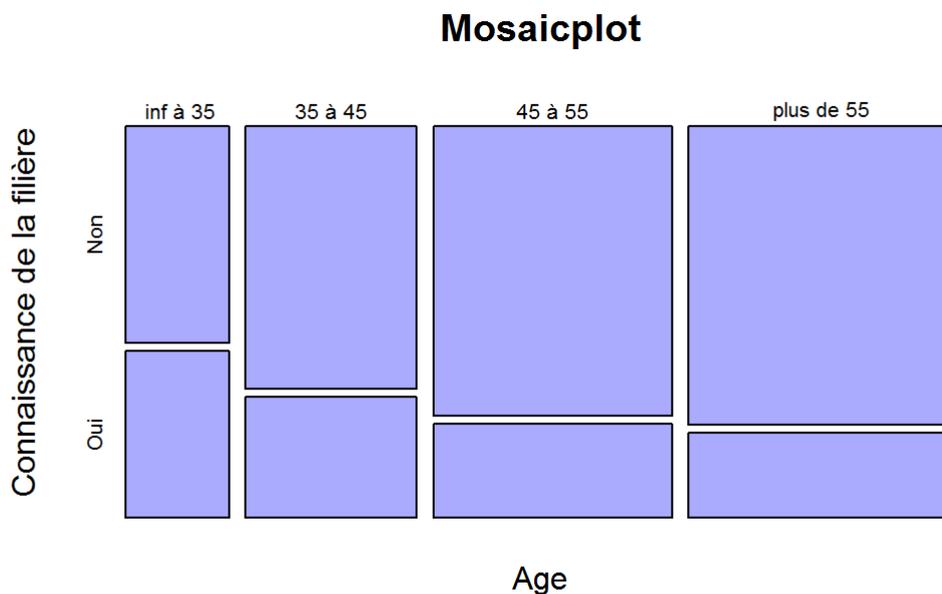


Tableau 3 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « âge »

Connaissance de la filière gériatrique	Inf à 35 ans	35 à 45 ans	45 à 55 ans	Plus de 55 ans
NON	56,5%	68,4%	75,5%	78%
OUI	43,5%	31,6%	24,5%	22%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la filière gériatrique » avec la variable « Age » via un Test du Chi 2 de tendance sur une variable binaire et une variable qualitative ordinale.

On observait que 56,5% des médecins de moins de 35 ans ne connaissaient pas la filière gériatrique du CHRU de Lille contre 68,4% des 35 à 45 ans, 75,5% des 45 à 55 ans et 78% des plus de 55 ans avec un $p=0,048$ (statistiquement significatif).

Figure 14 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »

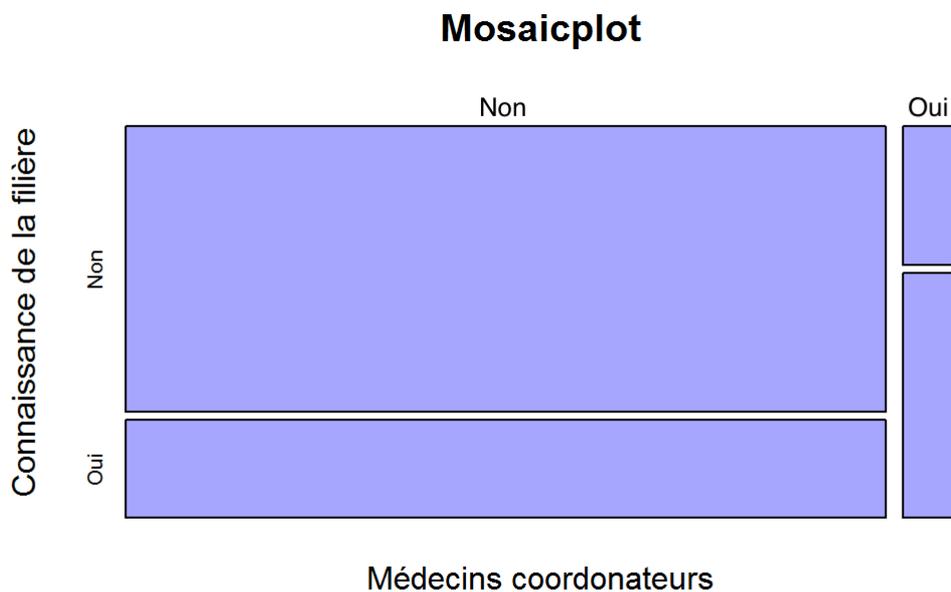


Tableau 4 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »

Connaissance de la filière gériatrique	Médecin non coordonnateur	Médecin coordonnateur
NON	74,5%	36,4%
OUI	25,5%	63,6%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la filière gériatrique » avec la variable « Coordonnateur » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

Les médecins non coordonnateurs étaient significativement plus nombreux à ne pas connaître la filière gériatrique, comparé aux médecins coordonnateurs (74,5% versus 36% ; $p=0,011$).

Figure 15 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé » (en pourcentage)

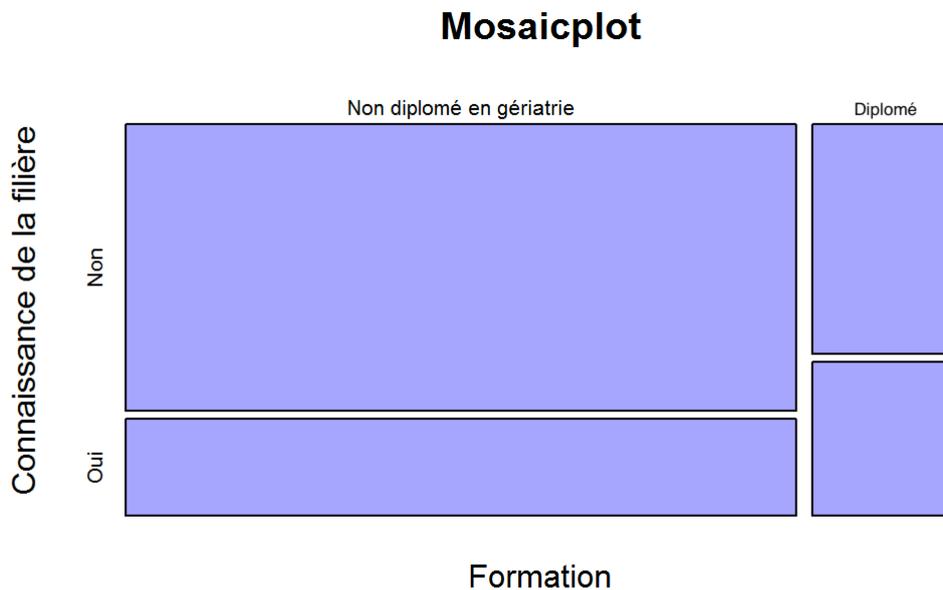


Tableau 5 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé »

Connaissance de la filière gériatrique	Non diplômé	Diplômé
NON	74,6%	60%
OUI	25,4%	40%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la filière gériatrique » avec la variable « Diplômé » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

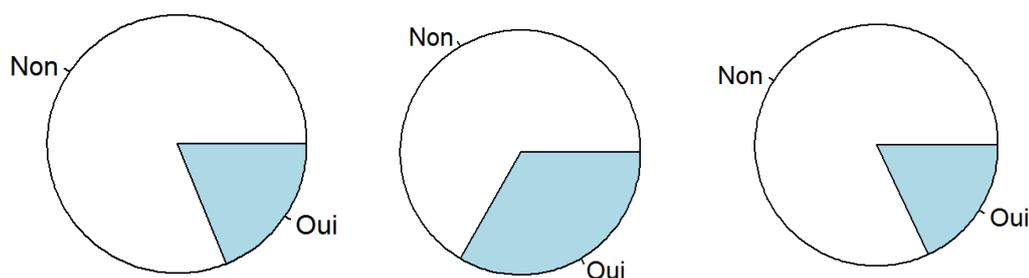
Bien que de manière non significative, les médecins non diplômés (DU, DESC, capacité de gériatrie) étaient plus nombreux à ne pas connaître la filière gériatrique, comparés aux médecins diplômés (74,6% versus 60% ; $p=0,12$).

B. Accès à la filière gériatrique du CHRU

76,2% (n=115) des médecins répondants estimaient difficile l'accès à la filière gériatrique. C'était le cas de 70% (n=7) des médecins coordonnateurs et 76,6% (n=108) des médecins libéraux.

C. Accès aux gériatres du CHRU

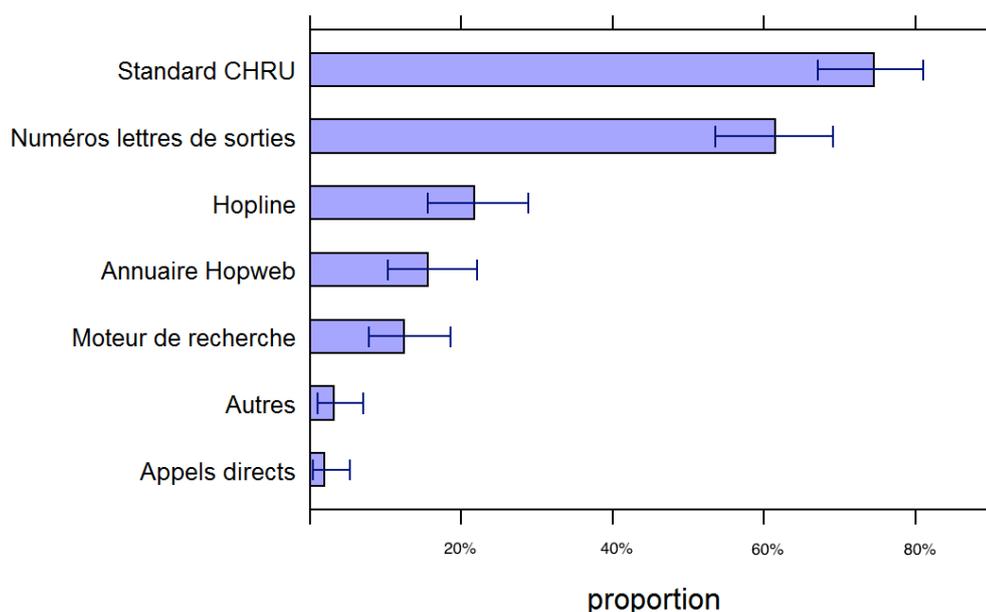
Figure 16 : Accès aux gériatres du CHRU de Lille chez les médecins répondants, chez les coordonnateurs et les non coordonnateurs



81,1% [74.2% ; 86.9%] (n=129) des médecins répondants affirmaient que les gériatres du CHRU étaient difficilement joignables. On retrouvait cette tendance chez 66,7% (n=6) des médecins coordonnateurs, et chez 82% (n=123) des médecins libéraux.

D. Moyens de contact de la filière du CHRU

Figure 17 : Moyens de contact de la filière du CHRU de Lille (n=161)

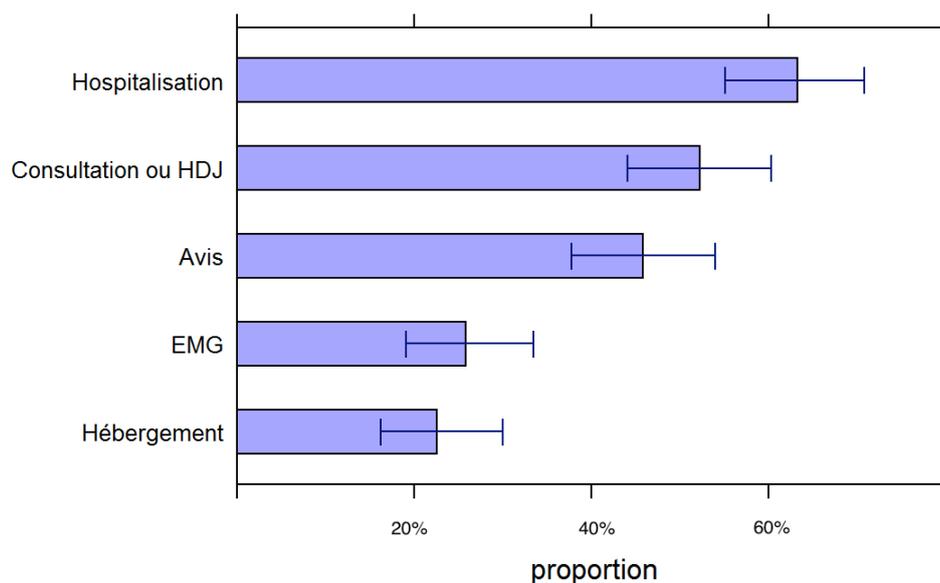


Le moyen privilégié pour entrer en contact avec la filière gériatrique du CHRU était le standard dans 74,5% des cas (n=120). Venaient ensuite les numéros précisés sur les courriers de sorties dans 61,5% des cas (n=99), puis la HOPLINE dans 21,7% des cas (n=35), l'annuaire HOPWEB dans 15,5% des cas (n=25), les moteurs de recherche sur internet dans 12,4% des cas (n=20) et les appels directs dans 1,9% (n=3) des cas.

Parmi les médecins coordonnateurs, 90% (n=9) passaient par le standard, 10% (n=1) utilisaient la HOPLINE et 10% (n=1) appelaient directement les séniors.

E. Situations motivant l'appel de la filière gériatrique du CHRU

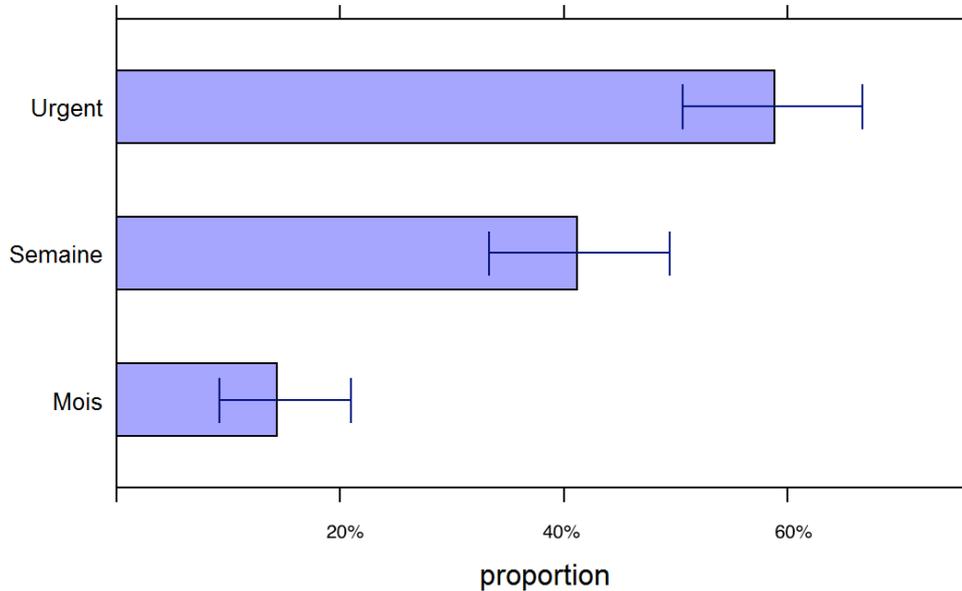
Figure 18 : Situations motivant l'appel de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=155)



La demande d'hospitalisation était le motif d'appel le plus fréquent selon les médecins répondants dans 63,2% des cas (n=98). Venaient ensuite les demandes de consultations ou d'HDJ avec 52,3% des réponses (n=81), les demandes d'avis avec 45,8% des réponses (n=71), les demandes de sollicitation de l'EMG avec 25,8% des réponses (n=40) et les demandes d'hébergement avec 22,6% des réponses (n=35).

F. Degré d'urgence de contact de la filière du CHRU

Figure 19 : Degré d'urgence de contact de la filière du CHRU de Lille (n=175)

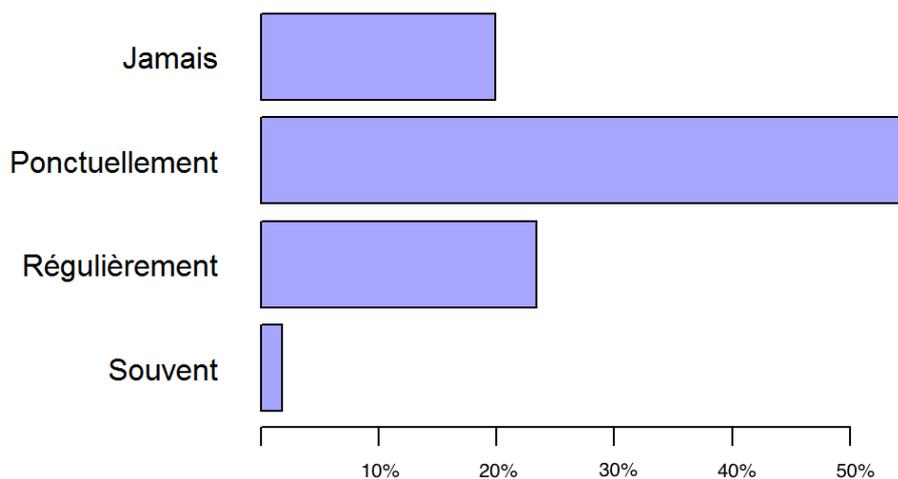


On observait que 58,8% (n=90) des médecins disaient solliciter la filière gériatrique dans l'urgence, alors que 41,2% (n=63) estimaient pouvoir attendre un délai d'une semaine et 14,4% (n=22) un délai d'un mois.

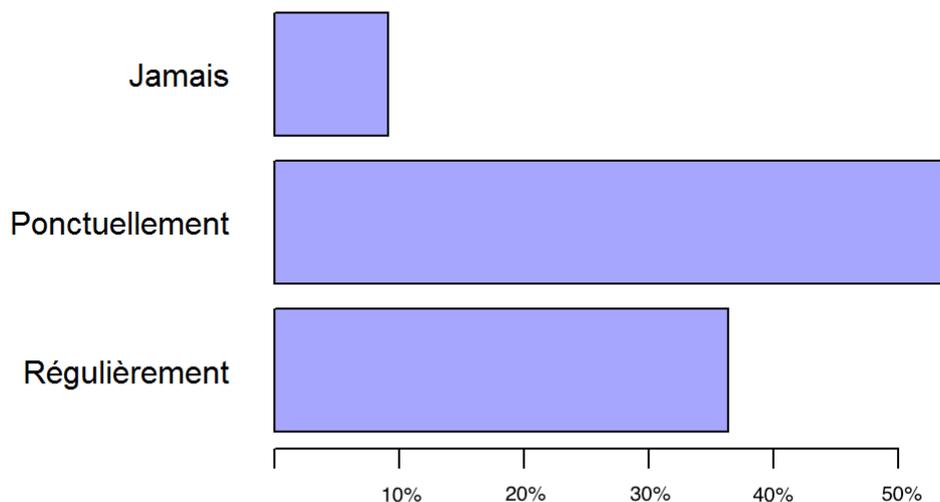
G. Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU

Figure 20 : Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille

chez les médecins sondés (n=171)



**Figure 21 : Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille
chez les médecins coordonnateurs (n=11)**



55% (n=94) des médecins disaient solliciter ponctuellement la filière gériatrique du CHRU de Lille, 23,4% (n=40) régulièrement, 19,9% (n=34) jamais et 1,8% (n=3) souvent alors que 54,6% (n=6) des médecins coordonnateurs disaient solliciter ponctuellement la filière gériatrique.

H. Contact privilégié

Figure 22 : contact privilégié de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=134)

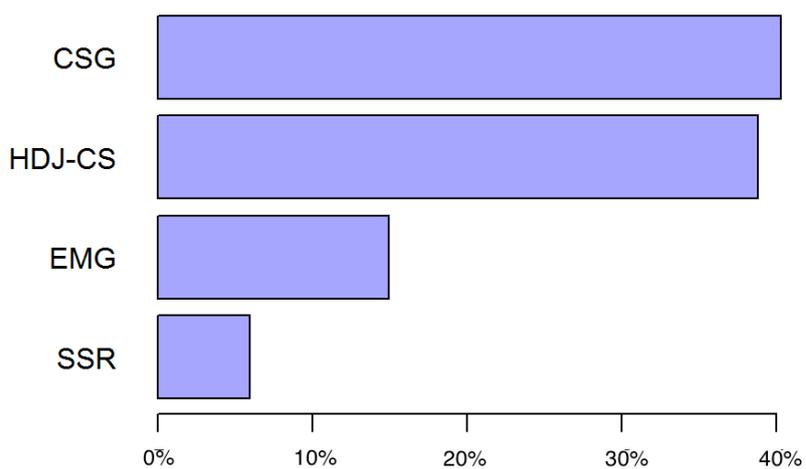
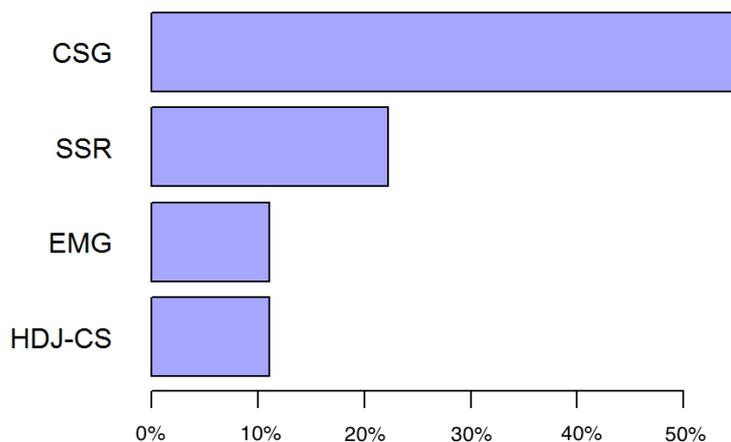


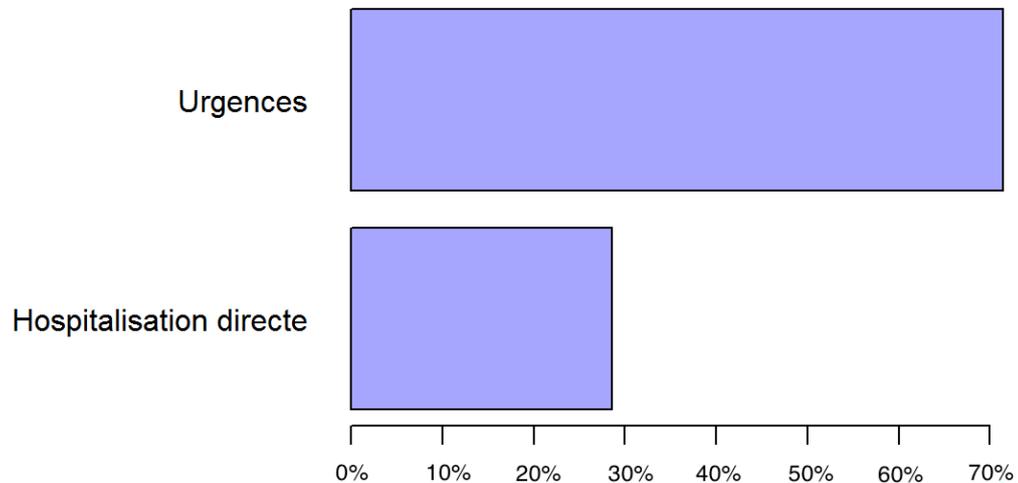
Figure 23 : Contact privilégié de la filière gériatrique du CHRU de Lille**chez les médecins coordonnateurs (n=9)**

Le contact privilégié recherché des médecins était le Court Séjour Gériatrique dans 40,3% des cas (n=54) puis les consultations et l'HDJ dans 38,8% des cas (n=52), puis l'EMG dans 14,9% des cas (n=20) et les SSR dans 6% des cas (n=8). La raison du choix de l'orientation du patient vers ces filières était majoritairement par correspondance à l'orientation (62%) puis parce que le patient était connu du service (26,5%) puis par facilité d'accès (19,8%).

Les médecins coordonnateurs quant à eux privilégiaient également le Court Séjour Gériatrique avec 55,6% (n=5) des réponses mais exprimaient un besoin moindre de contacter l'HDJ.

I. Modes d'hospitalisation

Figure 24 : Modes d'hospitalisation utilisés (en pourcentage)



En cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, 71,4% [64% ; 78.1%] (n=120) des médecins privilégiaient le transit par les urgences plutôt qu'une hospitalisation directe. Ce résultat était retrouvé chez 54,6% (n=6) des médecins coordonnateurs.

Figure 25 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « âge »
(en pourcentage)

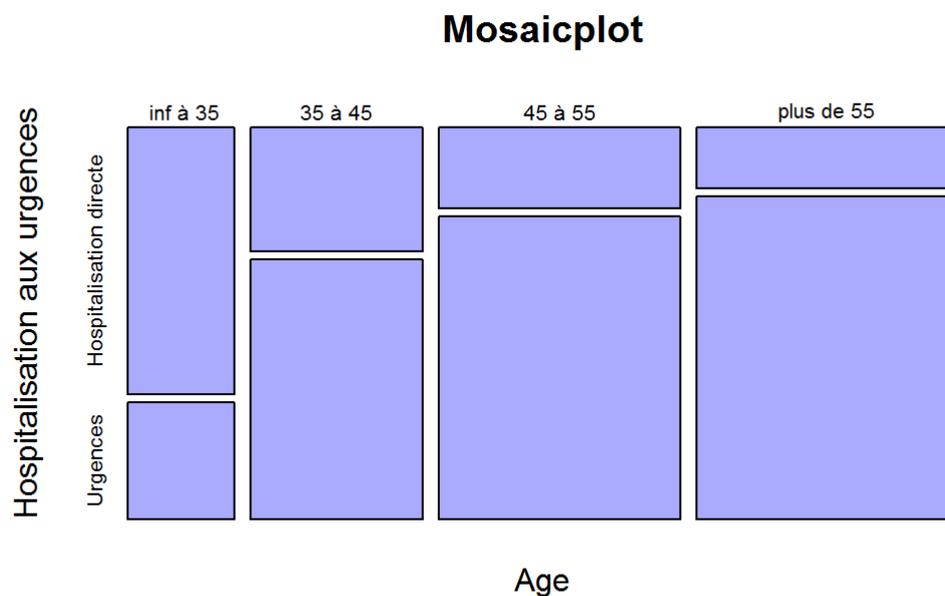


Tableau 6 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « âge »

	Inf à 35 ans	35 à 45 ans	45 à 55 ans	Plus de 55 ans
Hospitalisation directe	69,6%	32,4%	21,2%	16,1%
Urgences	30,4%	67,6%	78,8%	83,9%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Hospitalisation par les urgences » avec la variable « Age » via un Test du Chi 2 de tendance sur une variable binaire et une variable qualitative ordinale.

En cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, on observait que 30,4% des médecins de moins de 35 ans préféraient le transit par les urgences contre 67,6% des 35 à 45 ans, 78,8% des 45 à 55 ans et 83,9% des plus de 55 ans avec un $p < 0,001$.

**Figure 26 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « diplômé »
(en pourcentage)**

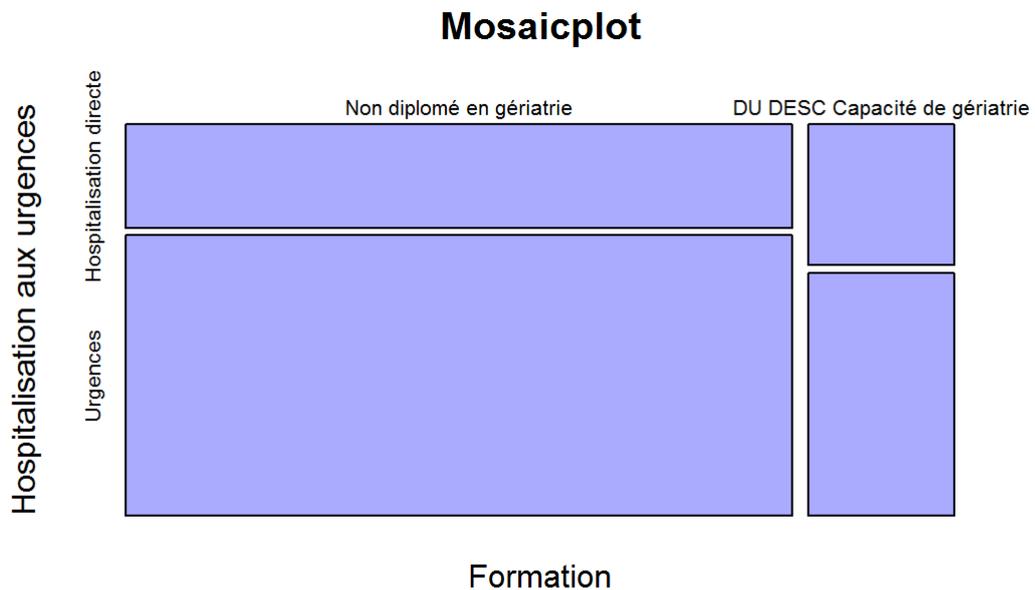


Tableau 7 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « diplômé »

	Non diplômé	Diplômé
Hospitalisation directe	27%	36,7%
Urgences	73%	63,3%

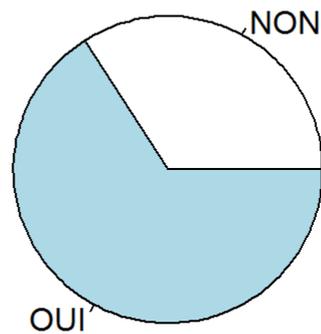
L'analyse bivariée a croisé l'événement « Hospitalisation par les urgences » avec la variable « Diplômé » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

On n'observait aucune différence significative sur le mode d'entrée chez les médecins possédant ou non une compétence en gériatrie : 63,3% pour les médecins diplômés (DU, DESC, capacité de gériatrie) versus 73% des médecins non diplômés ($p = 0,37$).

III. HOPLINE

A. Connaissance et sollicitation de la HOPLINE du CHRU de Lille

Figure 27 : Connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=173)



On notait que 65,9% (n=114) des médecins connaissaient la HOPLINE du CHRU de Lille.

Chez les médecins coordonnateurs, 63,6% (n=7) estimaient ne pas connaître la HOPLINE du CHRU.

**Figure 28 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « âge »
(en pourcentage)**

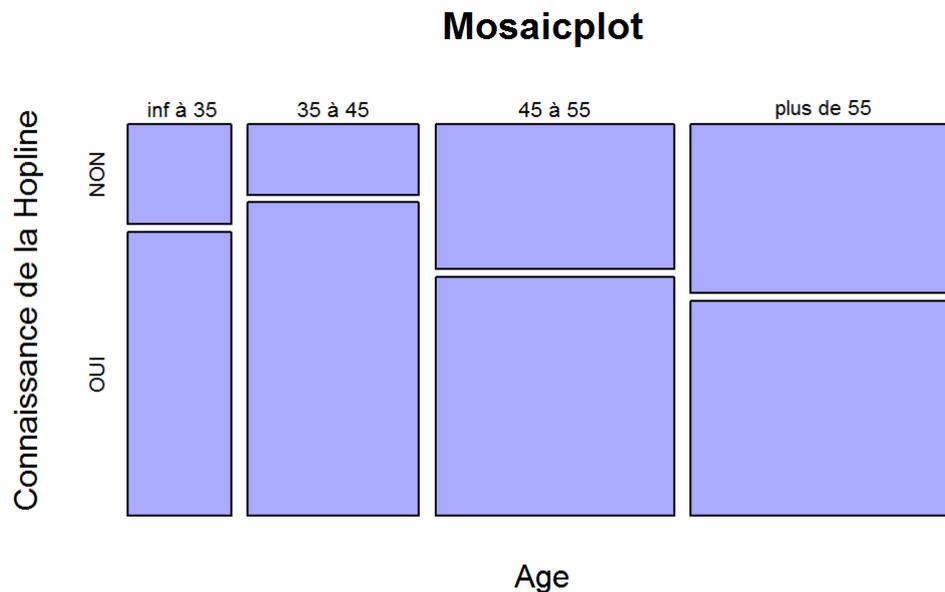


Tableau 8 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « âge »

Connaissance de la HOPLINE	Inf à 35 ans	35 à 45 ans	45 à 55 ans	Plus de 55 ans
NON	26,1%	18,4%	37,7%	44%
OUI	73,9%	81,6%	62,3%	56%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la HOPLINE » avec la variable « Age » via un Test du Chi 2 de tendance sur une variable qualitative et une variable qualitative ordinaire.

On observait que 26,1% des médecins de moins de 35 ans ne connaissaient pas la HOPLINE du CHRU de Lille contre 18,4% des 35 à 45 ans, 37,7% des 45 à 55 ans et 44% des plus de 55 ans avec un $p = 0,016$ (statistiquement significatif).

**Figure 29 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « coordonnateur »
(en pourcentage)**

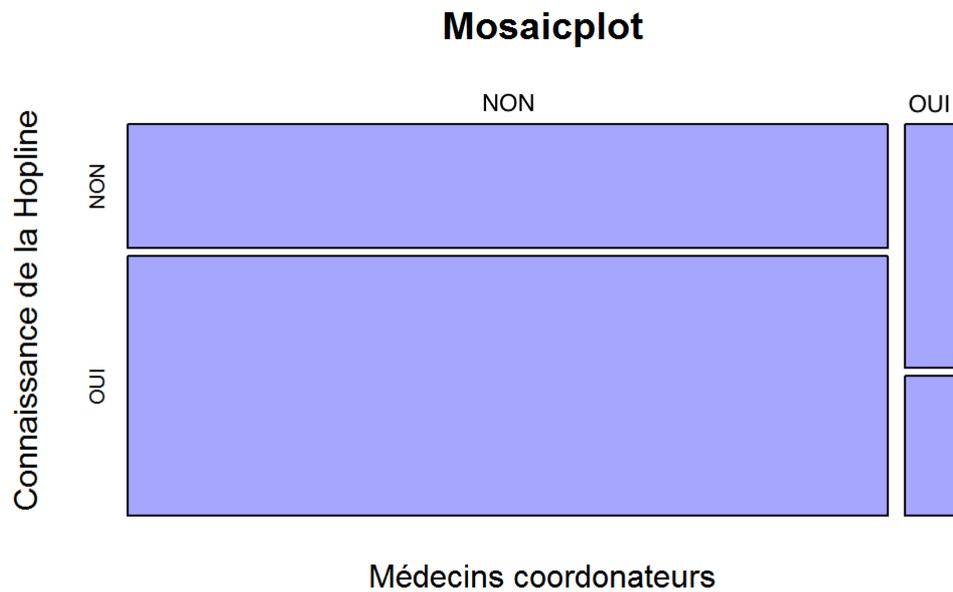


Tableau 9 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « coordonnateur »

Connaissance de la HOPLINE	Médecin non coordonnateur	Médecin coordonnateur
NON	32,3%	63,6%
OUI	67,7%	36,4%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la HOPLINE » avec la variable « Coordonnateur » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

On observait que 32,3% des médecins non coordonnateurs (n=52) ne connaissaient pas la HOPLINE contre 63,6% des médecins coordonnateurs (n=7) avec un $p=0,048$ (significatif).

**Figure 30 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « diplômé »
(en pourcentage)**

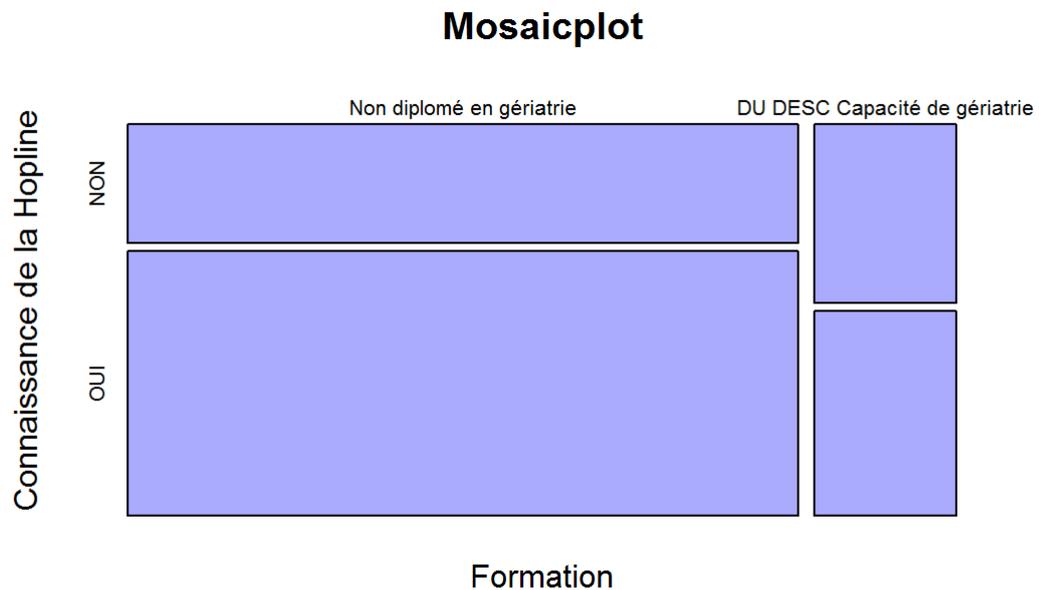


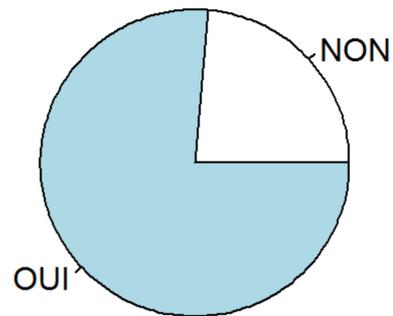
Tableau 10 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « diplômé »

Connaissance de la HOPLINE	Non diplômé	Diplômé
NON	31%	46,7%
OUI	69%	53,3%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Connaissance de la HOPLINE » avec la variable « Diplômé » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

On observait que 46,7% des médecins diplômés (DU, DESC, capacité de gériatrie) ne connaissaient pas la HOPLINE du CHRU de Lille contre 31% des médecins non diplômés avec un $p=0,16$ (non significatif).

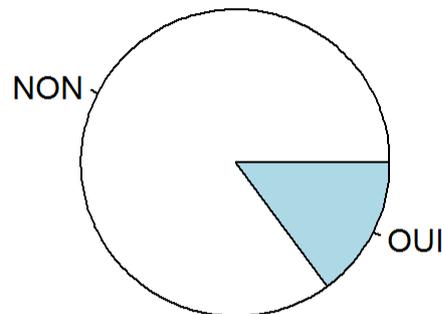
Figure 31 : Sollicitation de la HOPLINE du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114)



On observait que 76,3% (n=87) des médecins répondants utilisaient la HOPLINE du CHRU contre 23,7% (n=27) chez les médecins coordonnateurs.

B. Connaissance de la HOPLINE Gériatrique

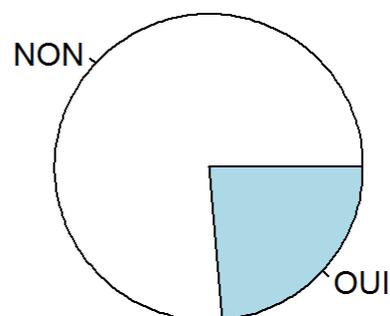
Figure 32 : Connaissance de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114)



On notait que 85% [77.2% ; 91%] (n=97) des médecins répondants ne connaissaient pas le versant gériatrique de la HOPLINE, comme 75% (n=3) des médecins coordonnateurs.

C. Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille

Figure 33 : Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114)



L'étude montrait que 76,3 % [67.4% ; 83.8%] (n=87) des médecins n'avaient jamais sollicité la HOPLINE Gériatrique.

**Figure 34 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « âge »
(en pourcentage)**

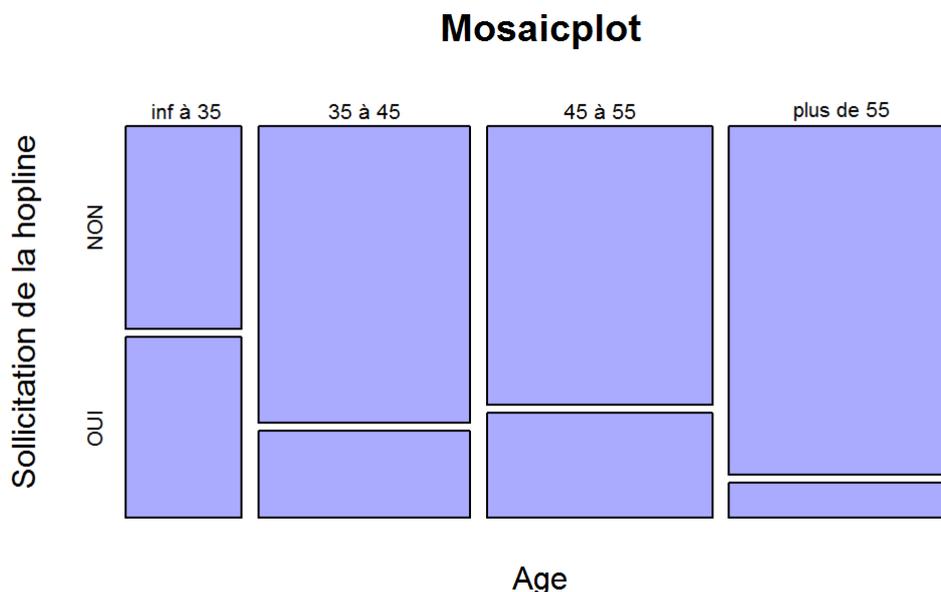


Tableau 11 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « âge »

Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique	Inf à 35 ans	35 à 45 ans	45 à 55 ans	Plus de 55 ans
NON	52,9%	77,4%	72,7%	90,9%
OUI	47,1%	22,6%	27,3%	9,1%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » avec la variable « Age » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

On observait que 52,9% des médecins de moins de 35 ans ne sollicitaient pas la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille contre 77,4% des 35 à 45 ans, 72,7% des 45 à 55 ans et 90,9% des plus de 55 ans avec un $p=0,026$ (statistiquement significatif).

Figure 35 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur » (en pourcentage)

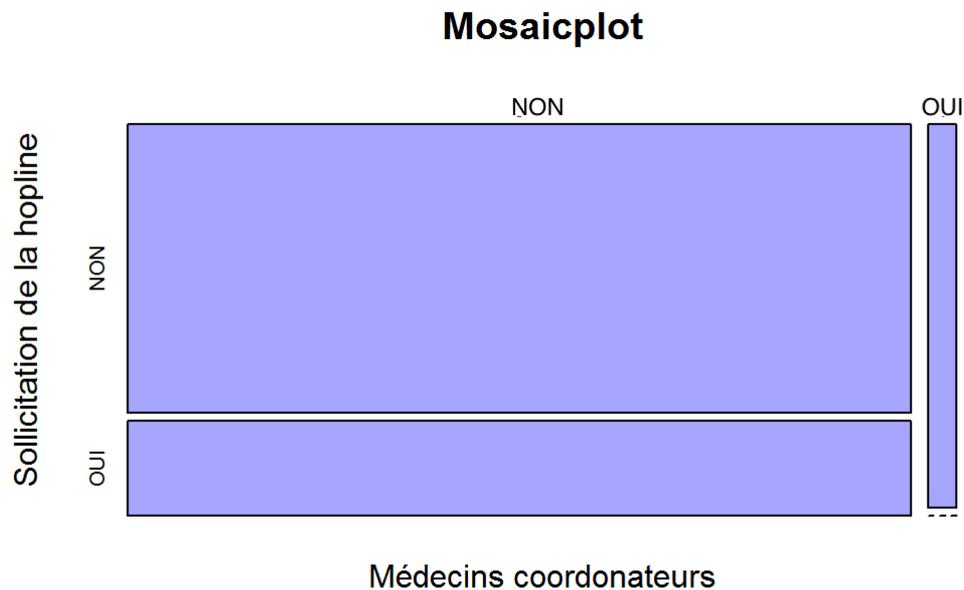


Tableau 12 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »

Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique	Médecin non coordonnateur	Médecin coordonnateur
NON	74,2%	100%
OUI	25,8%	0%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » avec la variable « Coordonnateur » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

On observait que 74,2% des médecins non coordonnateurs (n=82) ne sollicitaient pas la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille contre 100% des médecins coordonnateurs (n=4) avec un $p=0,57$ (non significatif).

Figure 36 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé » (en pourcentage)

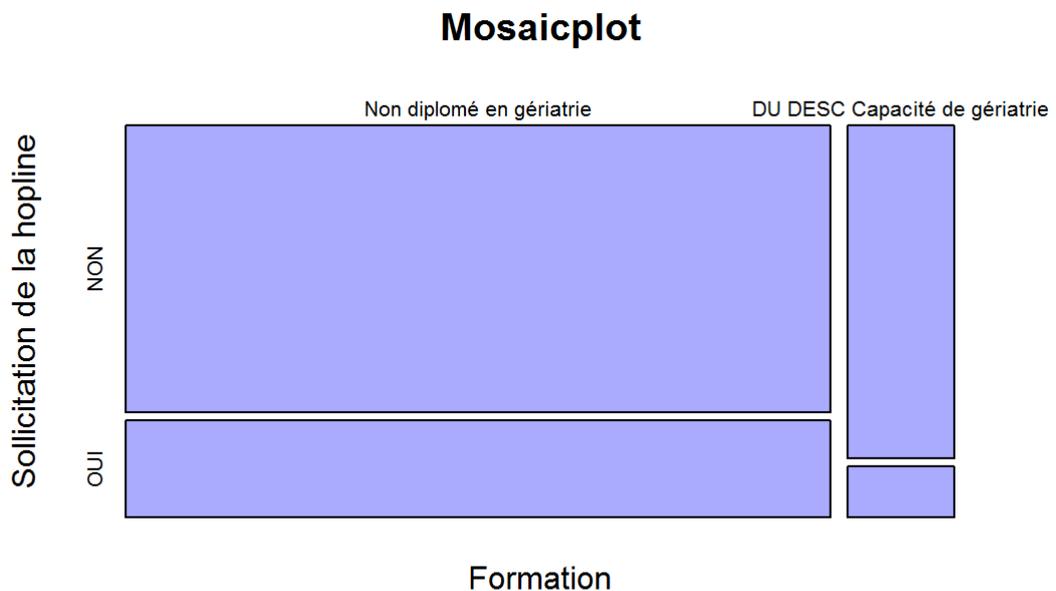


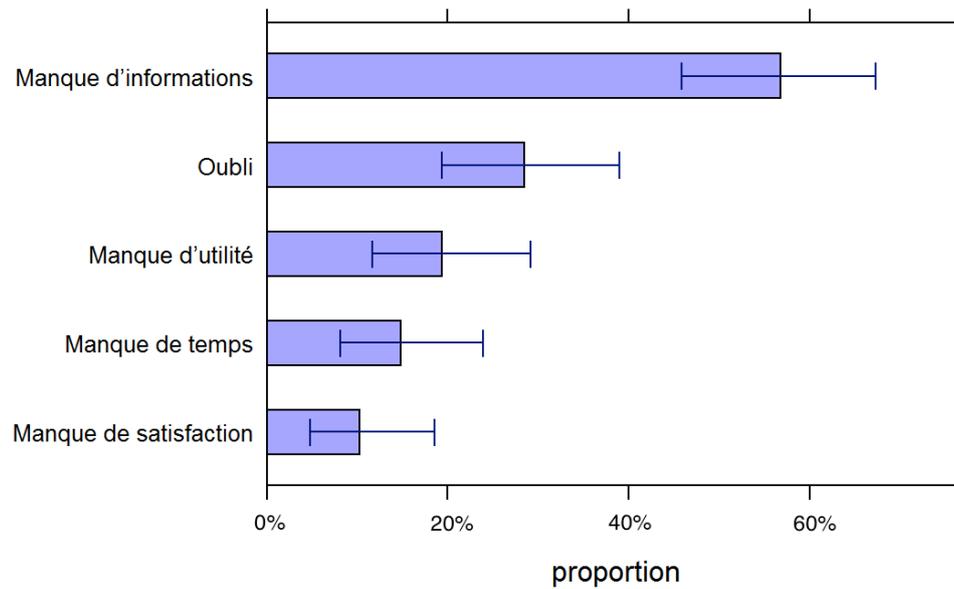
Tableau 13 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé »

Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique	Non diplômé	Diplômé
NON	74,8%	86,7%
OUI	25,3%	13,3%

L'analyse bivariée a croisé l'événement « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » avec la variable « Diplômé » via un Test exact de Fisher sur deux variables qualitatives.

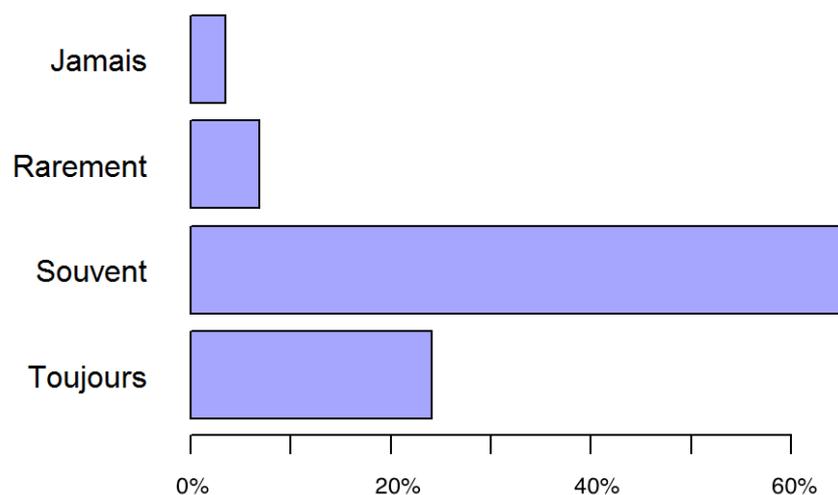
On observait que 86,7% des médecins diplômés (DU, DESC, capacité de gériatrie) ne sollicitaient pas la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille contre 74,8% des médecins non diplômés avec un $p=0,52$ (non significatif).

Figure 37 : Raisons de la non-sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille (en pourcentage)



Les médecins ne sollicitaient pas la HOPLINE Gériatrique principalement par manque d'informations (56,8% ; n=50), puis par oubli (28,4% ; n=25), par manque d'utilité (19,3% ; n=17), par manque de temps (14,8% ; n=13) et par manque de satisfaction (10,2% ; n=9).

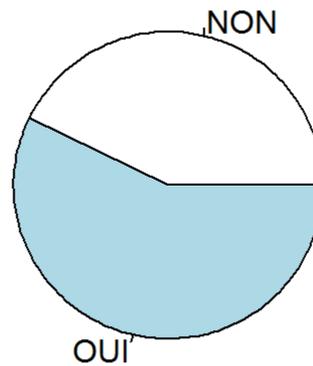
Figure 38 : Satisfaction de l'utilisation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille (en pourcentage)



Chez les médecins ayant utilisé la HOPLINE Gériatrique, 65,5% (n=19) étaient souvent satisfaits voire 24,1% (n=7) toujours satisfaits.

D. Autres filières gériatriques

Figure 39 : Autres filières gériatriques privilégiées

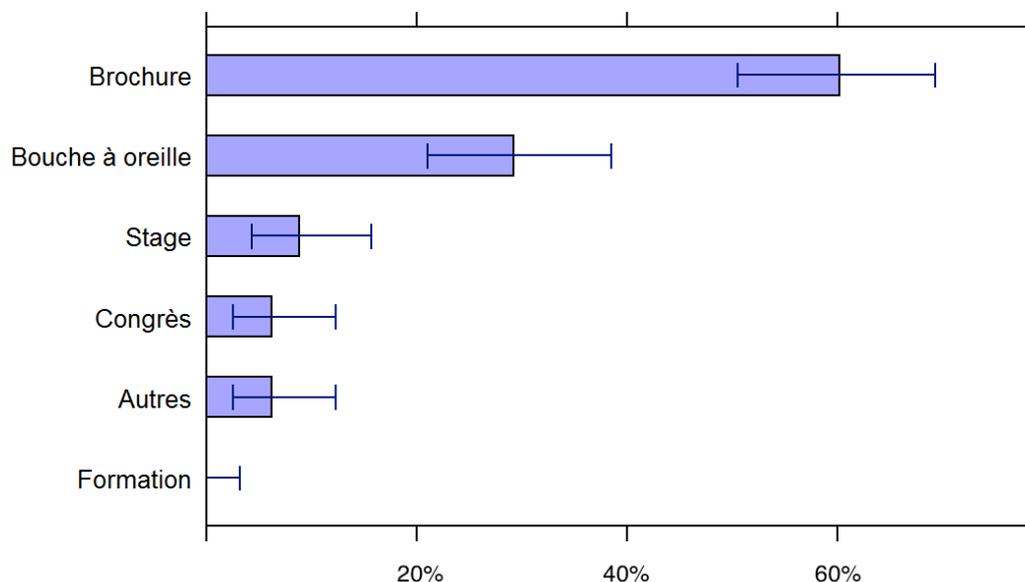


Parmi les médecins sondés connaissant la HOPLINE , 57,3% [47.5% ; 66.7%] (n=63) préféraient utiliser l'accès à une autre filière gériatrique que celle du CHRU de Lille.

IV. Amélioration de la HOPLINE et de l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille

A. Modes de connaissance de la HOPLINE

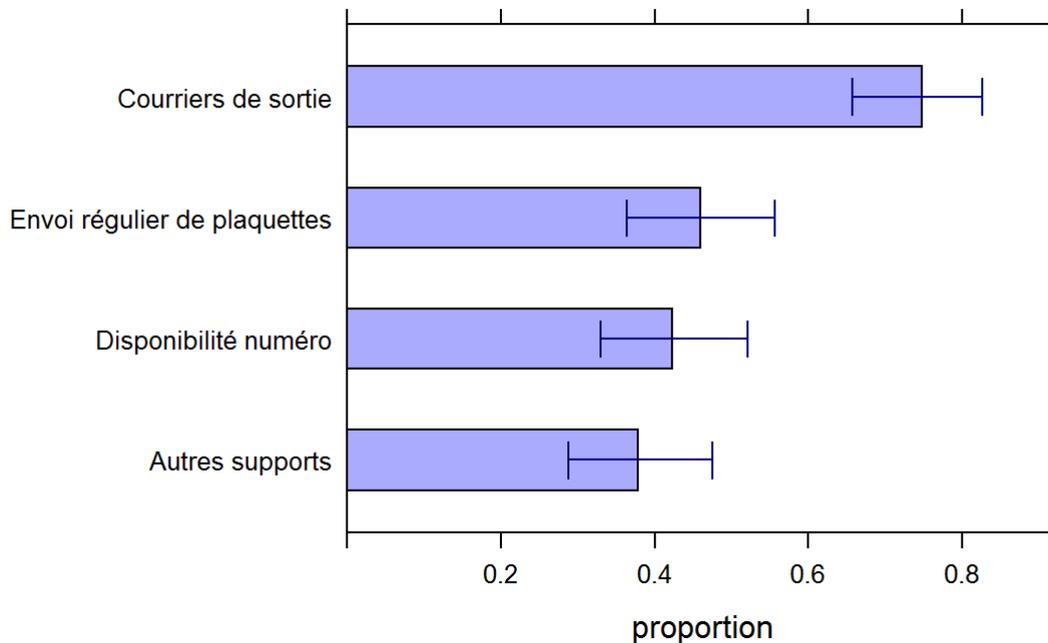
Figure 40 : Modes de connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille (en pourcentage)



La brochure / plaquette d'information distribuée par le CHRU de Lille était la principale source d'information dans 60,2% (n=68) des cas. On retrouvait également le bouche à oreille dans 29,2% (n=33) des cas, les stages (internat, externat...) dans 8,9% (n=10) des cas, puis les congrès dans 6,2% (n=7) des cas.

B. Axes d'amélioration pour la connaissance et l'utilisation de la HOPLINE

Figure 41 : Amélioration de la connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille (en pourcentage)



Parmi les médecins, 74,8% (n=83) pensaient qu'inclure une information de l'existence de la HOPLINE sur les courriers de sorties était une bonne idée. De plus, 46% (n=51) estimaient qu'un envoi plus régulier des plaquettes informatives serait pertinent. Les médecins estimaient à 42,3% (n=47) que le numéro de la HOPLINE devait être plus facilement accessible dans une section dédiée aux professionnels de santé sur le site du CHRU de Lille.

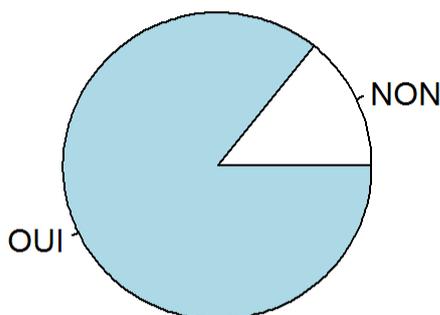
37,8% (n=42) des médecins jugeaient bon d'utiliser d'autres supports d'information (Email, Apycript@...).

Une question rédactionnelle permettait aux médecins de proposer des axes d'améliorations possibles qui les encourageraient à utiliser plus régulièrement la HOPLINE du CHRU.

Tableau 14 : Axes d'amélioration proposés par les médecins sondés

Modalités	Nombre de réponses
Amélioration de la disponibilité	10
Informations sur les différentes offres proposées par les services (HDJ, CS...)	9
Amélioration de la courtoisie	8
Amélioration du délai d'attente	7
Meilleures informations sur tous les correspondants existants	6
Réserver les avis aux séniors	5
Amélioration de la rapidité de la prise en charge complète	5
Amélioration de l'accessibilité	5
Augmentation des amplitudes horaires	3
Amélioration de la communication	3
Résolution des problèmes techniques et administratifs	3
Amélioration de l'efficacité générale	2
Eviter les erreurs de planning des séniors d'avis	1
Amélioration des modalités des entrées directes	1
Création d'un espace mail pour les réponses semi-urgentes	1

Figure 42 : Amélioration de l'information



Une meilleure information sur la filière gériatrique du CHRU amènerait 85,7% [77.8% ; 91.6%] (n=96) des médecins à lui adresser plus de patients.

DISCUSSION

I. Résultats principaux et implications majeures

L'objectif principal cette thèse était d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes du territoire de santé du réseau gériatrique « Lille Agglo » à propos de l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille. L'objectif secondaire était d'évaluer leurs expériences de l'utilisation de la HOPLINE du CHRU de Lille et plus précisément de la HOPLINE Gériatrique.

On a observé que 72,3% des médecins estimaient ne pas connaître (« non » ou « plutôt non ») la filière gériatrique du CHRU de Lille et que 76,2% considéraient son accès difficile. Etonnamment, il n'a pas été observé de différence significative entre les médecins avec ou sans compétence de gériatrie concernant la connaissance de la filière gériatrique alors que les médecins coordonnateurs connaissaient mieux la filière gériatrique que les médecins non coordonnateurs (63,6% vs 25,5% ; $p=0,011$). Néanmoins, plus le médecin était âgé, moins il connaissait la filière gériatrique (43,5% des moins de 35 ans connaissaient la filière contre 31,6% des 35 à 45 ans, 24,5% des 45 à 55 ans et 22% des plus de 55 ans ; $p = 0,048$).

La situation la plus fréquente motivant le recours à la filière était l'hospitalisation (63,2% des cas) souvent dans l'urgence (58,8%). Cependant, en cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, on observait que 71,4% des médecins privilégiaient le transit par les urgences plutôt que les entrées directes via la filière gériatrique du CHRU de Lille. Cela était d'autant plus vrai que le médecin était âgé (30,4% des moins de 35 ans, 67,6% des 35 à 45 ans, 78,8% des 45 à 55 ans et 83,9% des plus de 55 ans avec un $p<0,001$).

D'autre part, la HOPLINE du CHRU était connue par 65,9% des médecins mais 76,3% d'entre eux n'avaient jamais sollicité la HOPLINE Gériatrique, principalement

par manque d'information (56,8%) puis par oubli (28,4%). Ceci expliquait en partie que dans 74,5% des cas, le médecin passait par le standard du CHRU pour joindre la filière gériatrique. De même que pour la connaissance de la filière gériatrique, à partir de la tranche d'âge 35-45 ans, plus le médecin était âgé, moins il connaissait la HOPLINE du CHRU de Lille (18,4% des 35 à 45 ans, 37,7% des 45 à 55 ans et 44% des plus de 55 ans avec un $p=0,016$). Par ailleurs, les médecins coordonnateurs connaissaient moins la HOPLINE que les médecins non coordonnateurs (36,4% vs 67,7% ; $p=0,048$).

II. Limites et points forts de l'étude

A. Limites

- Type d'étude : il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire évaluant les connaissances et pratiques des médecins généralistes. Le questionnaire était composé notamment de critères de jugements avec des réponses nécessairement subjectives empêchant la reproductibilité du questionnaire.
- Temps de l'étude : le recueil des questionnaires s'est effectué sur une période courte, du 23 novembre 2016 au 17 décembre 2017. Une relance téléphonique et une période plus longue auraient probablement augmenté le nombre de réponses et ainsi la puissance de l'étude.
- Questionnaire internet : un questionnaire par email aurait pu augmenter le nombre de réponses mais était techniquement difficile à mettre en place (difficulté d'accès aux adresses email des praticiens).
- Critères d'inclusion et d'exclusion : les adresses des médecins étaient données par l'URPS-ML des Hauts-de-France. Les médecins remplaçants ainsi que les médecins « SOS Médecins » n'ont pas été inclus. Par ailleurs, certaines « spécialisations » de médecins généralistes inscrits à l'URPS-ML des Hauts-de-France n'étaient pas indiquées, donc certains médecins avec des exercices particuliers (acupuncteurs, homéopathes, etc) n'ont pas été exclus.

- Longueur du questionnaire : le questionnaire comprenait 27 items sur une feuille A3 et pouvait décourager certains médecins à le remplir.
- Manque de précision du questionnaire concernant les axes d'amélioration de la HOPLINE du CHRU en général mais plus particulièrement de la HOPLINE Gériatrique.
- Présence d'autres hôpitaux de proximité, dans le même territoire de santé, présentant une filière gériatrique : 57,3% des médecins sondés connaissant la HOPLINE préféraient l'accès à une autre filière gériatrique que celle du CHRU de Lille.

B. Points forts

- Nombre de réponses : sur 496 envois, il y a eu 176 réponses (taux de réponse général à 35,5% : 46,6% chez les médecins coordonnateurs et 34,9% chez les médecins libéraux). Ceci est expliqué par un questionnaire anonyme avec la présence d'une enveloppe pré-timbrée pour le retour. L'échantillon était représentatif de la population de médecins généralistes et coordonnateurs du territoire de santé pour lequel le CHRU offre une filière gériatrique de proximité tels que Seclin, Roubaix, Tourcoing qui possèdent eux aussi une filière gériatrique labellisée.
- Anonymisation : l'étude était anonymisée, permettant d'avoir une meilleure qualité de réponses et une plus grande puissance.
- Qualité des réponses : suite à la réalisation d'un pré-test, les questions et les réponses ont toutes été retravaillées afin que le questionnaire soit plus didactique. Notons que peu de médecins ont manqué des réponses.

III. Discussion des résultats

A. Accès et connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille.

Les résultats montraient que la majorité des médecins répondants ne connaissait pas ou peu la filière gériatrique (70% des cas).

L'analyse bivariée montrait que plus le médecin était âgé, moins il connaissait la filière gériatrique (43,5% des moins de 35 ans connaissaient la filière contre 31,6% des 35 à 45 ans, 24,5% des 45 à 55 ans et 22% des plus de 55 ans avec un $p = 0,048$). On peut penser qu'il existait des facteurs de confusion : la notion de « filière gériatrique » est une notion récente (2007) qui n'est peut-être pas connue des médecins les plus anciens, même s'ils connaissent bien l'existence des différentes unités de gériatrie. Peut-être, l'accès à l'information est-il plus aisé pour les médecins plus jeunes (fin de l'internat plus récente, information par internet, revues, etc.).

Il a été noté que les médecins coordonnateurs d'EHPAD connaissaient mieux la filière gériatrique que les autres car ils bénéficient d'une formation plus ciblée et qu'ils font partie prenante de la filière gériatrique extra-hospitalière. Etonnement, il semble que les médecins titulaires d'un diplôme de gériatrie (DU, DESC, Capacité de Gériatrie) ne connaissaient pas mieux la filière que les autres. Encore une fois, on peut penser qu'ils connaissaient moins la filière gériatrique du CHRU mais qu'ils connaissaient peut-être mieux la filière de proximité du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL).

D'autre part, on a pu observer que les médecins jugeaient que le contact avec la filière ou les gériatres du CHRU était difficile (respectivement, 76,2 et 81,1% des réponses). En effet, dans 74,5% des cas, les médecins utilisaient le standard du CHRU, alors que la HOPLINE n'était utilisée que dans 21,7% des cas, l'annuaire HOPWEB dans 15,5% des cas et que les appels directs ne représentaient que 1,9% des cas. Ce dernier résultat est en concordance avec la réalité des faits même si les gériatres des Courts Séjours du CHRU de Lille reçoivent quotidiennement des appels extérieurs de médecins, ces appels passant le plus souvent soit par le standard du CHRU soit par les secrétariats des Courts Séjours (numéro sur les

courriers de sortie) mais rarement par des appels directs sur leurs portables, par exemple. Ces appels avec mise en relation direct avec le sénior ne sont malheureusement pas répertoriés, ce qui en permettrait pourtant une étude plus objective afin de quantifier le nombre d'appels extérieurs ne passant pas par la HOPLINE.

Les motifs de recours à la filière gériatrique étaient essentiellement des demandes d'hospitalisations, puis des demandes de consultations/HDJ, puis des avis. Ceci est en discordance avec l'analyse des dossiers HOPLINE Gériatrique gérés par l'EMG. En effet, en 2016, les médecins sollicitaient la HOPLINE Gériatrique principalement pour des demandes d'avis thérapeutiques ou des aides à l'orientation (n=13 appels), puis des demandes d'hospitalisations (n=8), puis des demandes de consultations HDJ (n=3). Ceci peut s'expliquer par un biais temporel (analyse des dossiers HOPLINE Gériatrique 2016), ou par une réorientation des appels HOPLINE Gériatrique vers les téléphones des gériatres (si la HOPLINE Gériatrique est occupée) ou bien par les appels directs aux séniors des Courts Séjours.

Par contre, ceci concorde très bien avec le fait que le contact privilégié recherché par les médecins était le Court Séjour. Ce résultat correspond avec l'étude de Creuzet *et al.* (30) (étude prospective concernant la population âgée de plus de 75 ans se présentant aux urgences du Centre Hospitalier René Dubos durant une période de 3 semaines) qui montrait que les patients de plus de 75 ans avec une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation, étaient orientés dans 56% des cas en Court Séjour Gériatrique. On comprend aussi pourquoi, dans ce contexte, le recours à la filière était considéré comme urgent dans 58,8% des cas.

B. Hospitalisation en urgence

On a constaté que 71,4% des médecins orientaient directement les patients âgés aux urgences lorsque leur état nécessitait une hospitalisation au lieu de passer directement par la filière gériatrique. Ceci est en concordance avec la cohorte SAFES (26) qui cite que 80 % des hospitalisations des patients âgés sont non programmées. De plus, l'enquête prospective menée par la DREES en 2013 (31) a montré que dans 46% des cas, les patients âgés transitant par les urgences avaient

fait appel à leur médecin, médecins qui affirmaient d'après la thèse de Koundé en 2015 (32) (sur l'évaluation des attentes des médecins généralistes vis-à-vis du réseau ville-hôpital) que la prise en charge aurait pu être différée dans 24,2% des cas.

D'après la thèse de Favre et Maunoury (33), (étude prospective bicentrique incluant des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant et comparant les caractéristiques des patients en fonction de leur mode d'entrée directe ou par les urgences) on sait que les patients admis directement dans un service ont un temps d'hospitalisation plus court et une augmentation de la fréquence du retour à domicile, ce qui devrait inciter les médecins à favoriser les entrées directes.

L'analyse bivariée prouvait statistiquement que plus le médecin était âgé, plus il adressait son patient aux urgences au lieu de procéder à une hospitalisation directe. Ceci peut être expliqué par de multiples facteurs : l'augmentation du nombre de patients dans la patientèle, le manque de temps accordé empêchant la prise en charge complète du patient, la méconnaissance de la filière gériatrique et difficulté à joindre la filière. Cependant, le fait d'avoir une compétence en gériatrie ou d'être médecin coordonnateur avec une sensibilisation à la culture gériatrique n'influait pas l'adressage des patients aux urgences.

C. HOPLINE

Le versant gériatrique de la HOPLINE reste sous-utilisé. En effet en 2016, seul 31 appels ont été enregistrés pour la gériatrie. On rappelle que si l'EMG a comptabilisé 66 appels extérieurs hors HOPLINE, les appels directs aux médecins des Courts Séjours via le standard ou les secrétariats ne sont pas répertoriés. Ces résultats sont très inférieurs aux résultats observés dans des hôpitaux comme le CHU de Bordeaux (34) où 698 appels ont été enregistrés de mars 2015 à mars 2016 sur la ligne unique « VilHop » et en appels directs.(34)

Notre travail de thèse a montré que les médecins connaissaient la HOPLINE dans 65,9% des cas mais que de façon significative ($p=0,016$) plus les médecins étaient âgés, moins ils connaissaient la HOPLINE (81,6% des médecins âgés de 35 à 45 ans, 62,3% des 45 à 55 ans et 56% des plus de 55 ans).

Dans 60,2% des cas, les médecins avaient eu connaissance de l'existence de la HOPLINE par les brochures/plaquettes envoyées par le CHRU notamment en 2008, 2014 et 2016 (annexes 4 et 5). Le bouche à oreille était la deuxième source d'information avec 29,2% des cas. Les informations par les stages et les congrès restaient minoritaires.

Par ailleurs, les médecins coordonnateurs connaissaient moins la HOPLINE que les autres (63, 6%). Egalement, le fait d'être diplômé en gériatrie n'influait pas sur la connaissance de la HOPLINE, la différence statistique n'étant pas significative ($p=0,16$). Il est à noter que les plaquettes HOPLINE ont été envoyées à tous les médecins libéraux du Nord-Pas-de Calais et à tous les centres de soins, notamment les EHPAD. Du fait de ces multiples campagnes d'informations et de leur couverture, on peut donc s'étonner que si peu de médecins aient connaissance de la HOPLINE

Le HOPLINE Gériatrique n'était pas connue par 85% des médecins qui connaissaient pourtant la HOPLINE.

La raison principale de la non-sollicitation de la HOPLINE Gériatrique était le manque d'information dans plus de la moitié des cas. Ceci peut s'expliquer par le fait que la HOPLINE Gériatrique ait été créée en 2013, et n'ait pas fait partie de la première campagne d'information (2008). Néanmoins, elle faisait partie des campagnes suivantes (2014 et 2016).

On pouvait observer que la deuxième raison de la non-sollicitation de la HOPLINE Gériatrique était l'oubli (28,4%). Conscient de ce risque, lors de la campagne d'information de 2016, le CHRU avait pourtant adressé un sticker autocollant avec le numéro de la HOPLINE.

Le manque de temps semblait expliquer l'absence de sollicitation de la HOPLINE Gériatrique dans 14,8% des cas. Ce résultat est en désaccord avec l'étude de Andronikof *et al.* (35) cherchant à évaluer la capacité d'organiser une hospitalisation sur demande téléphonique d'un généraliste dans les services de 4 spécialités médicales de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. En effet dans cette étude, la durée moyenne des appels était de 5,04 min (extrêmes : 1,40-10,14 min ; écart type : 2,20).

On notait également que le manque de satisfaction était une raison de non-sollicitation exprimée dans 10,2% des cas. L'étude de Andronikof *et al.* (35) montrait que dans 60% des cas, les hospitalisations n'avaient pas abouti alors qu'elles étaient justifiées. Cette étude de 2002, mettant en évidence des difficultés d'organisation d'hospitalisations au sein même d'un hôpital pourrait expliquer nos résultats.

Ces derniers concordent avec une enquête réalisée par le CHRU de Lille en 2016 (36) montrant que les médecins du Nord-Pas-de-Calais n'étaient pas satisfaits de l'accueil téléphonique (1,9/5), de la facilité à joindre les services (1,9/5) et de l'obtention d'une consultation (1,8/5). A contrario, notre étude montrait que 65,5% des médecins ayant sollicité la HOPLINE Gériatrique étaient souvent satisfaits, et 24,1% toujours satisfaits soit un taux de satisfaction de près de 90% qui ne remet absolument pas en doute l'intérêt de la HOPLINE Gériatrique

Par ailleurs, on a pu noter que le manque d'utilité était exprimé dans 19,3% des cas de non-sollicitation de la filière gériatrique. Ce résultat est également retrouvé dans l'étude de Andronikof *et al.* (35) qui montrait que dans 24% des cas, médecins regrettaient qu'un passage par les urgences soit suggéré lors de l'avis téléphonique du spécialiste.

C'est aussi le cas dans l'étude qualitative de Maréchal *et al.* (37) qui ont étudié les attentes et perceptions des médecins non-hospitaliers de la ligne d'appel directe de gériatrie du CHU de Lyon. Cette étude montrait que les médecins avaient des difficultés à faire hospitaliser leurs patients directement en gériatrie et que ces derniers étaient souvent orientés vers un service d'urgence pour obtenir un avis spécialisé. Par ailleurs, ils exprimaient des difficultés à contacter les médecins spécialistes et préféraient un passage par les urgences alors qu'ils connaissaient les inconvénients à cette pratique et l'existence d'une ligne directe.

Nos résultats discordent cependant avec ceux de la thèse de Altounian (38) qui a évalué l'impact médical de la filière gériatrique labellisée des CH de Seclin/Carvin en mettant en évidence les services rendus aux médecins généralistes du secteur qui estimaient, de leur côté, que les gériatres étaient facilement joignables.

Concernant notre étude, considérant que le principal motif de sollicitation de la filière gériatrique est l'hospitalisation, le plus souvent urgente, on peut comprendre que les médecins sous-utilisent la HOPLINE, la jugeant peut-être peu utile puisqu'elle ne permet pas un accès direct aux médecins de Courts Séjours. C'est là la principale différence avec Seclin par exemple où la ligne d'appel directe, filtrée par le secrétariat, est gérée directement par les Médecins de Court Séjour et non pas par l'EMG.

D. Profil : médecin coordonnateur

Onze médecins coordonnateurs ont répondu à 25 questionnaires envoyés aux EHPAD. Le taux de réponse restait sensiblement le même que celui des médecins non coordonnateurs mais l'effectif final était un petit effectif.

Néanmoins, l'analyse bivariée a montré que le fait d'être médecin coordonnateur n'influait pas les hospitalisations par les urgences ($p=0,29$) même si le médecin disait bien connaître la filière gériatrique ($p=0,011$). Par ailleurs, on observait que les médecins coordonnateurs avaient tendance à connaître la HOPLINE mais à ne pas solliciter la HOPLINE Gériatrique, ceci pouvant être lié au fait qu'ils avaient une compétence gériatrique. L'étude stratifiée montrait qu'ils utilisaient plutôt le standard du CHRU (90%) et les numéros sur les courriers de sorties (90%). Leur contact privilégié restait le CSG (5/10). Aucun médecin n'avait reçu l'information de la HOPLINE via les congrès ou autres formations.

17,9% ($n=31$) des médecins répondants avaient une compétence gériatrique (DU, DESC ou capacité de gériatrie). On observait avec l'analyse bivariée qu'il n'y avait pas de différence significative entre les médecins possédant ou non une compétence en gériatrie, concernant la connaissance de la filière gériatrique, la

sollicitation de la HOPLINE Gériatrique et le mode d'entrée, directe ou via les urgences.

E. Axes d'amélioration

Plusieurs questions de l'étude portaient sur les axes d'améliorations de l'accès à la filière et de l'utilisation de la HOPLINE du CHRU de Lille.

On a observé que les médecins connaissaient principalement la HOPLINE par les plaquettes et par le bouche à oreille. Mais, les congrès et autres formations ne représentaient que 8,9% des réponses. Il s'agit donc d'un axe potentiel d'amélioration afin de mieux communiquer avec les médecins du Nord-Pas-de-Calais (dans le cadre de la Journée Régionale de Médecine par exemple) mais aussi avec les médecins participant à des formations spécifiques en gériatrie.

Différents axes permettant d'améliorer la connaissance de la HOPLINE du CHRU ont été proposées par les médecins sondés. On retrouve en tête l'indication de la mention HOPLINE sur les courriers de sorties (74,8% des réponses), l'envoi plus régulier des plaquettes informatives (46%) ou l'utilisation d'autres supports (37,8%) tels Apycript® ou les emails.

Une autre idée, proposée dans 42,3% des réponses, était d'améliorer la disponibilité du numéro sur une section dédiée sur le site du CHRU. Ce dispositif a été sélectionné par le CHU de Nancy dont la page internet (www.chu-nancy.fr) comporte une section dédiée aux professionnels de santé. Le numéro « Vill'hop » apparaît après avoir cliqué sur « Numéro médical à accès réservé ». Lorsque le numéro apparaît, une mention supplémentaire s'affiche : « *ATTENTION, ce numéro est réservé aux médecins de ville et ne peut recevoir d'appels de patients* ». Ainsi, le système choisi par le CHU de Nancy rend plus aisé l'obtention de leur numéro de ligne dédiée.

Le CHRU de Lille a choisi de masquer son numéro qui est accessible uniquement après avoir envoyé un email à hopline@chru-lille.fr. Après l'avoir testé à multiples reprises en novembre 2016, janvier et février 2017, l'adresse mail renvoyait un message d'erreur (annexe 3) et le médecin intéressé n'avait donc jamais accès

au numéro de la HOPLINE. Par ailleurs, la gériatrie n'apparaît pas sur le site du CHRU de Lille (figure 44), ce qui peut également expliquer un nombre inférieur d'appels par rapport aux autres disciplines.

Figure 43 : Screenshot de la section HOPLINE sur le site du CHRU de Lille.

→ Quelles sont les spécialités médicales joignables via Hop'line CHRU?

De nombreuses activités de référence du CHRU de Lille participent au dispositif Hop'line CHRU :

La cardiologie - La neurologie - La traumatologie/orthopédie - La néphrologie - La gynécologie - L'obstétrique - L'hématologie - La dermatologie - La psychiatrie adulte et enfant - L'addictologie - La pédiatrie - La chirurgie pédiatrique - La chirurgie générale et digestive - La médecine interne - La pneumologie

Retenons qu'une meilleure information sur la filière gériatrique du CHRU amènerait 85,7% des médecins à leur adresser plus de patients.

IV. Propositions de travaux futurs

Lors de l'étude des dossiers HOPLINE avec l'Equipe Mobile Gériatrique du CHRU de Lille, il a paru intéressant d'étudier les appels HOPLINE et les appels extérieurs afin de mieux connaître l'impact des conseils téléphoniques sur les passages aux urgences évités et sur les hospitalisations directes. Une telle étude avait été faite par Salles *et al.* (39) qui avaient étudié pendant 16 mois les données des appels des médecins généralistes vers la gériatrie du CHU de Bordeaux (les raisons des appels, les solutions proposées et les caractéristiques des patients, y compris les données sociodémographiques, le niveau d'autonomie, les comorbidités et les problèmes médicaux).

Par ailleurs, il pourrait paraître intéressant d'étudier plus spécifiquement les appels reçus par le Court Séjour Gériatrique afin d'évaluer également les motifs d'appels, les prises en charges proposées et les caractéristiques des patients propres à ce type de service hospitalier.

Notre présente étude pourrait également être renouvelée après une campagne de communication dédiée à la filière gériatrique et à la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille.

CONCLUSION

L'amélioration de la relation Ville-Hôpital est une priorité du Projet d'Etablissement du CHRU de Lille. L'une des missions de la filière gériatrique est d'optimiser la communication avec le réseau extra-hospitalier et plus particulièrement avec le médecin traitant afin de fluidifier le parcours du patient en favorisant les entrées directes et en organisant l'aval du séjour hospitalier. Afin de faciliter l'accès à l'hôpital et notamment à la filière gériatrique, le CHRU de Lille a intégré en 2013 la gériatrie à sa ligne directe dédiée aux professionnels de santé de la région Nord Pas-de-Calais, la HOPLINE.

La filière gériatrique du CHRU de Lille reste méconnue des médecins de ville qui considèrent son accès difficile. Malgré les conséquences connues, les médecins préfèrent adresser leurs patients aux urgences plutôt que de favoriser une hospitalisation directe. Ce résultat concordait avec la sous-utilisation de la HOPLINE Gériatrique (principalement par manque d'information). Par ailleurs, il a été démontré que les médecins coordonnateurs ne connaissaient pas la HOPLINE Gériatrique malgré leurs savoirs sur la filière gériatrique.

Suite à cette étude, nous avons démontré que plusieurs points devaient être améliorés pour optimiser l'utilisation de la filière gériatrique :

- cibler les EHPAD et plus particulièrement les EHPAD conventionnés avec le CHRU de Lille à l'occasion d'une réunion d'information ;
- augmenter le rythme des campagnes d'information de la HOPLINE avec les plaquettes mais également par internet avec les mails et Apycript® ;
- inclure la mention HOPLINE sur les courriers de sorties ;
- faciliter l'accès au numéro de la HOPLINE en changeant l'interface du site du CHRU de Lille ;
- présenter la HOPLINE et la filière gériatrique lors de congrès régionaux de médecine générale ou de formations médicales continues.

Le recours à la filière gériatrique et l'utilisation de la HOPLINE Gériatrique sont des réflexes à adopter mais ne peuvent se faire que dans une vision de pratique coopérative entre professionnels de santé de ville et d'hôpital.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. 2007 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
2. Code de la sécurité sociale - Article L162-31-1. Code de la sécurité sociale. 24 avril 1996.
3. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2 janvier 2002.
4. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. 18 mars 2002. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
5. Circulaire N°101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_sros.pdf
6. Plan Solidarité - Grand Age [Internet]. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille; juin 2006 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
7. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060138.htm>
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879. 21 juillet 2009.
9. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. 2016. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf
10. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. division Enquêtes et études démographiques, INSEE; novembre 2016 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>
11. Léon O. La population des régions en 2040 [Internet]. INSEE; décembre 2010 [cité 25 janv 2017]. (Insee Première). Report No.: 1326. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1280900/ip1326.pdf>

12. De Plazaola JP, Lahi G. Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE; 2016 [cité 24 janv 2017] p. 34-5. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1906668/T16F036.pdf>
13. Blanpain N, Chardon O. Estimations de population et statistiques de l'état civil et projection de population 2007-2060 [Internet]. INSEE; octobre 2010 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1281151/ip1320.xls>
14. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale [Internet]. IRDES; 2006 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>
15. Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. juin 2007 [cité 5 mars 2017];(123). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes123.pdf>
16. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. avril 2003;159(4):405-11.
17. Vieillesse, longévité et assurance maladie [Internet]. HCAAM; 2010 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf
18. Vallier N, Salavane B, Weill A. Les aspects économiques des affections de longue durée. Actual Doss En Santé Publique. 2007;59:30-37.
19. Valdelièvre H, Boiguérin B. Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences [Internet]. Congrès Urgences: DRESS; juin 2014 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf
20. 10ème Conférence de consensus, prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. SFMU; décembre 2003 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: http://www.sfmou.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
21. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation. 2013 [cité 25 janv 2017];(43). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2013/43/article43.pdf>
22. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040 [Internet]. INSEE; 2006 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1371933/donsoc06zp.pdf>
23. Blanpain N, Chardon O. Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats [Internet]. INSEE; 2010 oct. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1380813/docf1008.pdf>

24. Mauro L, Vertueux G. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014 [Internet]. 2015 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
25. Ricroch L, Vuagnat A. Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES; février 2017 . Report No.: 0997.
26. Lang P-O, Dramé M, Jolly D, Novella J-L, Blanchard F, Michel J-P. 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. novembre 2010;39(11):1132-42.
27. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire [Internet]. ARS; [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/SROS_NPDC.pdf
28. Bilan de la mise en oeuvre du SROS III en gériatrie. Résultats de l'enquête annuelle de gériatrie 2008, Complétés des données PMSI 2007 et assurance maladie 2008 sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés et des rapports d'activité 2008 des réseaux de santé [Internet]. Nord Pas de Calais: ARH; septembre 2009 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.observationsociale5962.org/documents/Bilan_g%C3%A9riatrique_2008.pdf
29. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. [Characteristics and resource use of emergency department users older than 75 years. Results from a French national study]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 2006;35(12 Pt 1):1804–1810.
30. Creuzet J, Guissous N, Burnod A, Albaret C, Degravi C, Duval G. Filière gériatrique aux urgences : quelle solution ? mars 2004;17(1):118-20.
31. Enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières [Internet]. DREES; juin 2013 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
32. Kounde B. Evaluation des attentes des médecins généralistes vis-à-vis du réseau ville-hopital. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2015.
33. Favre J, Maunoury T. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences? Une étude prospective en court séjour gériatrique. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2014.
34. Gharbi H, Salles N. Permanence téléphonique Etat des lieux Mars 2015 – Mars 2016. CHU de Bordeaux; juin 2016.
35. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. Évaluation de l'organisation de quatre spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Médicale. juillet 2005;34(12):847-50.
36. CME - CHRU de Lille. Evaluation de la satisfaction des correspondants de ville du CHRU de Lille. 14 juin 2016; Lille.

37. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. 3 novembre 2015 [cité 30 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1012819/resultatrecherche/2>
38. Altounian C. Impact médical de la filière gériatrique labellisée des Centres Hospitaliers de Seclin/Carvin sur leur territoire de santé. Etude descriptive qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur de Seclin/Carvin. Université du droit et de la santé - Lille 2; 2013.
39. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. *J Am Geriatr Soc.* avril 2014;62(4):782-4.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins

Lille, le 19 novembre 2016

Cher confrère, Chère consœur,

Actuellement interne en médecine générale, je vous adresse ce questionnaire dans le cadre de mon travail de thèse, réalisé sous la direction du Docteur Isabelle DELABRIERE, praticien hospitalier et gériatre au CHRU de Lille (SSR).

En effet, le pôle de gériatrie du CHRU rassemble de nombreuses entités comme la Médecine Aiguë Gériatrique, les Soins de Suite et Réadaptation Gériatriques, les Soins de Longue durée, le Pôle d'évaluation gériatrique (consultations et hospitalisation de jour), l'Antenne Gériatrique aux Urgences et l'Equipe Mobile de Gériatrie.

Il nous paraît intéressant d'étudier vos connaissances de la filière gériatrique du CHRU de Lille mais aussi vos liens avec elle (en particulier pour l'adressage des patients gériatriques) afin d'en améliorer le fonctionnement et l'accès et renforcer le lien Ville - Hôpital.

Ce questionnaire est rapide et anonyme. Votre réponse est essentielle à mon travail de thèse.

Nous remercions les médecins libéraux, également médecins coordonnateurs en EHPAD de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Ce dernier est à retourner dans l'enveloppe prêt-à-poster ci-jointe avant le 17/12/2016.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Yann SCHMITT

Annexe 2 : Questionnaire aux médecins

Questionnaire

1. IDENTIFICATION

Etes-vous ?

une femme un homme

Quel est votre âge ?

< à 35 ans 35 à 45 ans 45 à 55 ans > à 55 ans

Etes-vous ?

médecin généraliste libéral médecin coordonnateur

Exercez-vous ?

en cabinet seul
 en EHPAD en cabinet de groupe

Avez-vous une formation / DU / DESC / Capacité de gériatrie ?

OUI NON

2. ACCES A LA FILIERE GERIATRIQUE DU CHRU

Q1 : Estimez-vous connaître la filière gériatrique proposée par le CHRU de Lille ?

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Q2 : Comment jugez-vous l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille ?

Simple Difficile

Q3 : Pensez-vous que les gériatres du CHRU sont facilement joignables ?

OUI NON

Si NON, pourquoi ?

- Manque d'informations sur accessibilité (numéros de téléphone, email...)
- Pas de numéro direct connu
- Difficultés liées au transit par le standard (attente trop longue, erreur d'orientation)
- Manque de disponibilité du médecin référent

Q4 : Par quel(s) moyen(s) essayez-vous d'entrer en contact avec la filière gériatrique du CHRU ?

- Standard du CHRU
- HOPLINE
- Numéro de téléphone trouvé par moteur de recherche internet (Google...)
- Annuaire du CHRU (Hop'web)
- Numéros sur les lettres de sorties de gériatrie
- Directement sur le téléphone portable d'un médecin
- Autres

Q5 : Pour quelle(s) situation(s) faites-vous appel à la filière gériatrique du CHRU ?

- Demande d'avis
- Demande de consultation ou d'Hospitalisation De Jour (HDJ)
- Demande d'hospitalisation : Court Séjour Gériatrique (CSG), Soins de Suite et Réadaptation (SSR)
- Demande d'admission en hébergement : USLD/EHPAD
- Demande d'accès à l'équipe mobile de gériatrie

Q6 : En cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, quel moyen privilégiez-vous ?

- Hospitalisation directe en gériatrie
- Adressage aux urgences

Q7 : Pour quel degré d'urgence sollicitez-vous la filière gériatrique du CHRU ? (avis, hospitalisation...) :

- Urgence uniquement
- Réponse dans la semaine
- Réponse dans le mois

Q8 : A quelle fréquence avez-vous recours à la filière gériatrique du CHRU ?

- Jamais
- Régulièrement : 3 à 6 fois/an
- Ponctuellement : 1 à 2 fois/an
- Souvent : 1 fois/mois

Q9 : Quel service est votre contact privilégié au sein de la filière gériatrique du CHRU ?

- L'Equipe Mobile de Gériatrie
- L'hôpital de jour / Les consultations
- Les Soins de Suite et Réadaptation (SSR)
- Le Court Séjour Gériatrique (CSG)

Raison de ce choix ?

- Facilité d'accès
- Patient connu du service
- Service correspondant à l'orientation du patient

Q10 : Connaissez-vous la HOPLINE du CHRU ?

- OUI
- NON

SI LA REPONSE EST « NON » : LE QUESTIONNAIRE EST TERMINE

3. HOPLINE ET FILIERE GERIATRIQUE :

Q1 : Avez-vous déjà sollicité un avis, toutes spécialités confondues, via la HOPLINE du CHRU ?

- OUI
- NON

Q2 : Connaissez-vous la ligne spécifique de la HOPLINE Gériatrique du CHRU ?

- OUI
- NON

Q3 : Avez-vous déjà sollicité un avis gériatrique via la HOPLINE du CHRU ?

- OUI
- NON

a) Si OUI :

- **A quelle fréquence avez-vous sollicité la HOPLINE Gériatrique du CHRU au cours des 12 derniers mois ?**

- Aucune fois Ponctuellement : 1 à 2 fois/an
 Régulièrement : 3 à 6 fois/an Souvent : 1 fois/mois

- **L'utilisation de HOPLINE correspond-elle à vos attentes ?**

- Toujours Souvent Rarement Jamais

b) Si NON, pourquoi ?

- Par manque d'informations Par manque de temps
 Par manque de satisfaction Par oubli
 Par manque d'utilité

Q4 : Avez-vous déjà conseillé la HOPLINE du CHRU à l'un de vos confrères ?

- OUI NON

Q5 : Privilégiez-vous l'accès à une filière gériatrique d'un autre hôpital que celle du CHRU de Lille ?

- OUI NON

4. AMELIORATION DE LA HOPLINE ET DE L'ACCES A LA FILIERE DU CHRU

Q1 : Comment avez-vous eu connaissance de la HOPLINE du CHRU ?

- Brochure d'information Congrès Bouche à oreille
 Formation (DU-DESC) Stage (internat...) Autres

Q2 : Comment pourrions-nous optimiser la connaissance de la HOPLINE du CHRU ?

- Renvoyer, de manière régulière (semestrielle), la plaquette descriptive «HOPLINE»
 Utiliser d'autres supports d'informations (email, Apcript...)
 Inclure l'information de l'existence de la HOPLINE sur les courriers de sorties
 Inclure le numéro de la HOPLINE dans une section dédiée aux professionnels de santé sur le site du CHRU de Lille

Q3 : Selon vous, quels autres axes ou améliorations possibles vous encourageraient-ils à utiliser plus régulièrement la HOPLINE du CHRU de Lille ?

Q4 : Une meilleure information sur la filière gériatrique du CHRU vous amènerait-elle à lui adresser plus de patients ?

- OUI NON

Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire.

Annexe 3 : Message d'erreur Hopline

postmaster@chru-lille.fr

Boîte de réception - Hotmail 14:37



Non remis : demande de numéro

À : Yann SCHMITT

Échec de la remise pour ces destinataires ou groupes :

hopline@chru-lille.fr (hopline@chru-lille.fr)

La boîte aux lettres du destinataire est pleine et ne peut pas accepter de messages pour l'instant. Essayez de renvoyer ce message ultérieurement ou contactez :

Informations de diagnostic pour les administrateurs :

Génération du serveur : CHRU-LILLE.FR

hopline@chru-lille.fr

#554-5.2.2 mailbox full 554 5.2.2 STOREDRV.Deliver.Exception:QuotaExceededException.MapiExceptionShutoffQuotaExceeded; Failed to process message due 4.6564:0F010480, 0.22086:B0841336, 0.56333:0F010480, 4.6372:05000780, 0.24916:0F010480, 4.6276:05000780, 4.23921:EC030000, 6.21970:0F01048040

En-têtes de message d'origine :

Received: from wp100chr.chrul.net (10.49.11.73) by WVP102CHR.chrul.net (10.49.11.75) with Microsoft SMTP Server (TLS) id 14.3.181.6; Wed, 15 Feb 2017 14:35:28 +0100
Received: from VLP064CHR (10.49.10.93) by mail.chrul.net (10.49.11.73) with Microsoft SMTP Server id 14.3.181.6; Wed, 15 Feb 2017 14:35:27 +0100
Received: from bizpsie1.9services.com (VLP064CHR [10.50.7.3]) by VLP064CHR (Postfix) with ESMTP id 801CA9C9108C for <hopline@chru-lille.fr>; Wed, 15 Feb 2017 14:35:23 +0100 (CET)
Received: from COL004-OMC2S4.hotmail.com ([65.55.34.78]) by bizpsie1.9services.com with id l1bM1u00X1h8pDd011bNp4; Wed, 15 Feb 2017 14:35:22 +0100
Received: from EUR02-AM5-obe.outbound.protection.outlook.com ([65.55.34.73]) by COL004-OMC2S4.hotmail.com over TLS secured channel with Microsoft SMTPSVC(7.5.7601.23008); Wed, 15 Feb 2017 05:35:21 -0800
Received: from HE1EUR02FT035.eop-EUR02.prod.protection.outlook.com (10.152.10.53) by HE1EUR02HT102.eop-EUR02.prod.protection.outlook.com (10.152.11.155) with Microsoft SMTP Server (version=TLS1_2, cipher=TLS_ECDHE_RSA_WITH_AES_256_CBC_SHA384_P384) id 15.1.904.16; Wed, 15 Feb 2017 13:35:19 +0000
Received: from AM4PR02MB1316.eurprd02.prod.outlook.com (10.152.10.51) by HE1EUR02FT035.mail.protection.outlook.com (10.152.10.127) with Microsoft SMTP Server (version=TLS1_2, cipher=TLS_ECDHE_RSA_WITH_AES_256_CBC_SHA384_P384) id 15.1.904.16 via Frontend Transport; Wed, 15 Feb 2017 13:35:19 +0000
Received: from AM4PR02MB1316.eurprd02.prod.outlook.com ([10.165.241.154]) by

Annexe 4 : Plaquette HOPLINE 2014 (numéro masqué)



Le numéro vert réservé aux médecins généralistes

 **Vous avez besoin d'un avis médical en gériatrie ? Hop'line peut vous aider**

Grâce au numéro vert Hop'line, vous pourrez être mis **en relation directe avec un gériatre sénior** de l'équipe mobile de gériatrie du CHRU de Lille pour :

- Un avis diagnostique ;
- Un avis thérapeutique ;
- Une aide à la résolution d'une prise en charge complexe à domicile ;
- Une aide à l'orientation de votre patient ;
- Une facilitation du parcours de votre patient dans la filière gériatrique (consultation, hôpital de jour, soins de suite et réadaptation ...).

Les avantages de la gériatrie via Hop'line :

Le numéro vert Hop'line facilite votre contact avec un médecin hospitalier pouvant avoir **accès au dossier de votre patient**, si celui-ci est ou a été suivi par le CHRU de Lille (en consultation ou en hospitalisation).

Pour chaque demande, le gériatre ouvre une fiche au nom de votre patient, lui permettant **d'assurer ensuite le suivi de sa prise en charge**.

Les professionnels de l'équipe mobile de gériatrie du CHRU de Lille, joignables via la ligne Hop'line, ont pour objectif **d'optimiser le parcours de votre patient dans la filière gériatrique**, en offrant un relai possible vers les différents services de cette filière.

Les autres spécialités disponibles via Hop'line :

La cardiologie
La chirurgie générale
et digestive
La chirurgie vasculaire
La dermatologie
La gynécologie
L'hématologie
La médecine interne

La néphrologie
La neurologie
L'obstétrique
La pédiatrie
La traumatologie
L'urologie
Les maladies infectieuses

Délégation à la Communication CHRU de Lille - Février 2014



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

Annexe 5 : Plaquette HOPLINE 2016 (numéro masqué)



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

HOP'  line CHRU

Service & appel
gratuits

**Le numéro vert du CHRU de Lille
réservé aux médecins libéraux**

Besoin de l'avis d'un médecin spécialiste du CHRU en instantané, d'un conseil pour mieux suivre ou orienter votre patient ?

**Le numéro vert Hop'line
est là pour vous !**

Du lundi au Vendredi de 9h à 19h

Grâce à la ligne Hop'line, **entrez en contact direct avec des médecins seniors du CHRU référents** pour de nombreuses spécialités médicales :

La cardiologie	La médecine interne
La chirurgie générale et digestive	La néphrologie
La chirurgie vasculaire	La neurologie
La dermatologie	L'obstétrique
nouveau ! La diabétologie	La pédiatrie
La gériatrie	La traumatologie
La gynécologie	L'urologie
L'hématologie	Les maladies infectieuses
nouveau ! Les maladies de l'appareil digestif	

Le numéro vert Hop'line vous est exclusivement réservé, nous vous remercions de ne pas le communiquer à vos patients. Hop'line peut être utilisé pour un avis médical hors situation d'urgence. **En cas d'urgence, contactez prioritairement le 15.**

Annexe 6 : Screenshot de la HOPWEB

The screenshot displays the HOPWEB interface for the Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. At the top, there is a navigation bar with links for RECHERCHE, ETABLISSEMENTS, SERVICES, and MON COMPTE. Below this is a search bar with the placeholder text "Rechercher un service, un praticien ou un mot clé" and a sub-placeholder "SERVICE, PRATICIEN, MOT CLÉ".

The main content area features five categories, each with an icon and a brief description:

- Etablissements**: Le CHRU de Lille regroupe 10 hôpitaux et de nombreuses structures médicales telles que le Centre de Biologie, Pathologie, Génétique, les Centres Médico-Psychologiques, l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée...
- Pôles**: Le CHRU de Lille compte plus d'une centaine de services de soins réunissant près de 3200 lits et places
- Services**: Le CHRU de Lille compte plus d'une centaine de services de soins réunissant près de 3200 lits et places
- Praticiens**: Plus de 1500 médecins hospitaliers, assistants spécialistes et attachés exercent au sein du CHRU de Lille
- Mots clés**: Les mots-clés figurant dans l'annuaire constituent une liste non exhaustive des pathologies, spécialités ou hyperspécialités prises en charge par le CHRU de Lille

FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges en France en 2013 et 2070	7
Figure 2 : Projection de l'espérance de vie à la naissance en France (2).....	8
Figure 3 : Nombre moyen de maladies déclarées par âge en 2006, hors troubles de la réfraction et problèmes dentaires (20)	9
Figure 4 : Taux d'hospitalisation en MCO, HAD et SSR en 2008 (20).....	9
Figure 5 : Taux de recours aux urgences par motif de recours et âge du patient (22)	10
Figure 6 : Dépense totale de soins par habitant et par classe d'âge en 2008, HCAAM (20)	10
Figure 7 : Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002 (24).....	11
Figure 8 : Organisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille	15
Figure 9 : secteur géographie d'intervention du Réseau de Santé Gérontologique "Lille Agglo"	21
Figure 10 : Type d'activité (n=173) (en pourcentage).....	28
Figure 11 : Compétence en gériatrie (n=173).....	29
Figure 12 : Connaissance de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=173).....	30
Figure 13 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « âge » (en pourcentage).....	31
Figure 14 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »	32
Figure 15 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé » (en pourcentage).....	33
Figure 16 : Accès aux gériatres du CHRU de Lille chez les médecins sondés, chez les coordonnateurs et les non coordonnateurs.....	34
Figure 17 : Moyens de contact de la filière du CHRU de Lille (n=161)	34
Figure 18 : Situations motivant l'appel de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=155)...	35
Figure 19 : Degré d'urgence de contact de la filière du CHRU de Lille (n=175)	36
Figure 20 : Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille	36
Figure 21 : Fréquence d'utilisation de la filière gériatrique du CHRU de Lille	37
Figure 22 : contact privilégié de la filière gériatrique du CHRU de Lille (n=134)	37
Figure 23 : Contact privilégié de la filière gériatrique du CHRU de Lille	38
Figure 24 : Modes d'hospitalisation utilisés (en pourcentage).....	39
Figure 25 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « âge »	40
Figure 26 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « diplômé » (en pourcentage).....	41
Figure 27 : Connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=173).....	42
Figure 28 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « âge » (en pourcentage).....	43
Figure 29 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « coordonnateur » (en pourcentage).....	44
Figure 30 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « diplômé » (en pourcentage).....	45
Figure 31 : Sollicitation de la HOPLINE du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114).....	46
Figure 32 : Connaissance de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114).....	47
Figure 33 : Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille par les médecins sondés (n=114).....	47
Figure 34 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « âge » (en pourcentage).....	48

Figure 35 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur » (en pourcentage)	49
Figure 36 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec	50
Figure 37 : Raisons de la non-sollicitation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille (en pourcentage).....	51
Figure 38 : Satisfaction de l'utilisation de la HOPLINE Gériatrique du CHRU de Lille (en pourcentage).....	51
Figure 39 : Autres filières gériatriques privilégiées.....	52
Figure 40 : Modes de connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille (en pourcentage).....	53
Figure 41 : Amélioration de la connaissance de la HOPLINE du CHRU de Lille (en pourcentage).....	54
Figure 42 : Amélioration de l'information	55
Figure 43 : Screenshot de la section HOPLINE sur le site du CHRU de Lille.....	66

TABLEAUX

Tableau 1 : Sexe (n=174)	27
Tableau 2 : Tranche d'âge (n=174).....	27
Tableau 3 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « âge »	31
Tableau 4 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »	32
Tableau 5 : « Connaissance de la filière gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé ».....	33
Tableau 6 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « âge »	40
Tableau 7 : « Hospitalisation par les urgences » : analyse bivariée avec « diplômé »	41
Tableau 8 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « âge »	43
Tableau 9 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « coordonnateur ».....	44
Tableau 10 : « Connaissance de la HOPLINE » : analyse bivariée avec « diplômé ».....	45
Tableau 11 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « âge ».....	48
Tableau 12 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « coordonnateur »	49
Tableau 13 : « Sollicitation de la HOPLINE Gériatrique » : analyse bivariée avec « diplômé »	50
Tableau 14 : Axes d'amélioration proposés par les médecins sondés	55

AUTEUR : Nom : SCHMITT

Prénom : Yann

Date de Soutenance : 07 Avril 2017

Titre de la Thèse : Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille :

Evaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : filière gériatrique, médecin généraliste, médecin coordonnateur, urgences, HOPLINE

Contexte : en 2008, le CHRU de Lille a fait labelliser sa filière gériatrique et en 2013, a créé la HOPLINE Gériatrique, une ligne unique et directe dédiée aux médecins de ville. L'objectif principal de la thèse était d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes à propos de l'accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille. L'objectif secondaire était d'évaluer leurs connaissances sur la HOPLINE du CHRU, plus spécifiquement de la HOPLINE Gériatrique.

Méthode : il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale réalisée à partir d'un questionnaire envoyé en novembre 2016 à 496 médecins généralistes et/ou médecins coordonnateurs d'EHPAD du territoire de santé du réseau gériatrique « Lille Agglo ».

Résultats : 174 questionnaires ont été inclus. 96% des médecins répondants étaient libéraux (n=166) et 6,4% (n=11) coordonnateurs dont 4 avec une activité mixte. 72,3% des médecins estimaient ne pas connaître la filière gériatrique du CHRU et 76,2% estimaient son accès difficile. La méconnaissance de la filière était d'autant plus importante que le médecin était âgé (56,6% des moins de 35 ans, 68,4% des 35 à 45 ans, 75,5% des 45 à 55 ans et 78% des plus de 55 ans ; p=0,048). En cas de nécessité d'hospitalisation en urgence d'un patient âgé, 71,4% des médecins privilégiaient le transit par les urgences. Cela était d'autant plus vrai que le médecin était âgé (30,4% des moins de 35 ans, 67,6% des 35 à 45 ans, 78,9% des 45 à 55 ans et 83,9% des plus de 55 ans ; p<0,001). Le motif de recours principal était l'hospitalisation (63,2%), le contact privilégié attendu étant le Court Séjour Gériatrique (40,3%). D'autre part, la HOPLINE était connue par 65,9% des médecins mais 76,3% n'ont jamais sollicité la HOPLINE Gériatrique, principalement par manque d'information (56,8%). Ceci expliquait que le standard était le moyen privilégié pour entrer en contact avec la filière dans 74,5% des cas contre 21,7% pour la HOPLINE et 1,9% pour les appels directs. La méconnaissance de la HOPLINE était d'autant plus importante que le médecin était âgé (81,6% des 35 à 45 ans, 62,3% des 45 à 55 ans et 56% des plus de 55 ans ; p=0,016). Les médecins coordonnateurs estimaient moins connaître la HOPLINE que les autres (p=0,048) mais connaissaient mieux la filière gériatrique (p=0,01). Néanmoins, ils adressaient tout autant les patients aux urgences (p=0,46)

Conclusion : une meilleure communication auprès des médecins généralistes permettrait d'améliorer la connaissance de la filière gériatrique du CHRU et de la HOPLINE Gériatrique et d'en générer un meilleur usage.

Composition du Jury :

Président : M. le Professeur Eric BOULANGER

Asseseurs : M. le Professeur Alain DUHAMEL, M. le Docteur Luc DAUCHET, Mme le Docteur Catherine GIRES, Mme le Docteur Isabelle DELABRIERE.