

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Lien médecine de ville-hôpital : une évaluation des besoins et de la satisfaction des médecins généralistes du Douaisis via l'étude prospective de leurs recours à la hotline de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Douai.

Présentée et soutenue publiquement le 06 juin 2023 à 18h

au Pôle Formation

par Manon CASTEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Pierre PRUVOST

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Sophie MASSART

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODES.....	15
1. Caractéristiques et objectifs de l'étude.....	15
2. Déroulement de l'étude.....	16
3. Les syndromes gériatriques.....	17
4. Les déclarations.....	18
5. Analyse statistique.....	18
RÉSULTATS.....	19
1. Déroulement de l'étude.....	19
2. Epidémiologie.....	20
a) Les médecins généralistes.....	20
b) Les patients.....	21
c) La répartition géographique.....	24
3. Les motifs de recours.....	25
a) Les motifs médicaux.....	27
b) Les motifs sociaux.....	29
c) Les HDJ.....	29
4. Les orientations.....	30
a) Orientations souhaitées par les MG.....	30
b) Orientations proposées par le gériatre et adéquation aux demandes.....	31
5. La satisfaction.....	34
DISCUSSION.....	35
1. Analyse des résultats.....	35
a) Les besoins des médecins généralistes.....	35
b) La satisfaction des médecins généralistes.....	38
c) Caractéristiques épidémiologiques des patients.....	38
2. Forces et limites de l'étude.....	39
3. La consultation d'urgence : une perspective d'amélioration au lien Médecine de ville-Hôpital ?.....	42
CONCLUSION.....	43
ANNEXES.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47
RÉSUMÉ.....	49

ABRÉVIATIONS

- Altération de l'état général (AEG)
- Agence régionale de santé (ARS)
- Consultation gériatrique d'urgence (CGU)
- Centre Hospitalier (CH)
- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)
- Equipe mobile de gériatrie (EMG)
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Hôpital de jour (HDJ)
- Insuffisance rénale aiguë (IRA)
- Maintien au domicile difficile (MADDI)
- Médecins généralistes (MG)
- Personnes âgées (PA)
- Prise en charge (PEC)
- Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)
- Service d'accueil des urgences (SAU)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR)

INTRODUCTION

En 2022, les personnes âgées (PA) de plus de 75 ans représentent 9,8% de la population française (1) contre 7,1% en 2000 avec une espérance de vie de 85,7 ans en 2019 contre 82,8 ans pour les femmes en 2000 (2). De plus, avec l'avancée en âge des 'baby-boomer', la proportion de personnes âgées augmentera dans les années à venir (3). La part des dépenses de santé allouée aux PA ne va donc qu'augmenter, ce qui fait de leur prise en charge un enjeu socio-économique majeur pour les services de santé.

L'avancée en âge s'accompagne d'une plus grande fragilité et d'une plus grande dépendance (4), il en découle une complexité accrue de la prise en charge de ce type de population. Cette situation conduit le médecin généraliste (MG), contact privilégié de ces patients (5) à un recours au soutien hospitalier de façon fréquente. En effet, la prise en charge des PA au domicile en cas d'événement aigu interférent est complexe au vu de la polypathologie très fréquente pour cette population. En 2016, 31,1% des femmes et 42,1% des hommes de plus de 85 ans présentaient au moins deux pathologies chroniques (6). Cette polypathologie et la fragilité sous-jacente qui en découle impliquent un risque de cascade gériatrique qui nécessite une expertise gériatrique (7).

Pour accéder à cette expertise, le médecin généraliste s'appuie sur le secteur hospitalier, en particulier par l'accès direct au service d'accueil des urgences (SAU).

D'autre part, selon une étude de la DRESS datant de 2017 (8), plus de la moitié (56%) des patients de plus de 75 ans est hospitalisée après un passage SAU.

L'organisation d'une entrée directe en service d'hospitalisation pourrait ainsi être pertinente en terme de morbi mortalité mais aussi en terme économique.

En effet, un passage au SAU implique non seulement un coût mais également un aspect délétère pour les PA. Enfin certaines études montrent que la durée moyenne de séjour est rallongée pour les PA hospitalisés via les urgences versus ceux hospitalisés en entrée directe (9) (10).

C'est dans ce contexte que le rapport LIBAULT a été produit en mars 2019.

Il avait pour objectif de proposer des axes d'améliorations multiples dans la prise en charge des PA (11). Parmi ces propositions, l'une d'entre elles vise le 'zéro passage aux urgences évitables' notamment en organisant des accès directs en hospitalisation gériatrique afin d'éviter le passage au SAU. La nécessité d'éviter les hospitalisations inutiles y est également soulignée. L'ARS des Hauts de France lance donc un appel à projet '*Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées*' en 2021 (12).

Au CH de Douai, une filière d'admission directe existe déjà depuis 2008 par le biais d'un numéro de téléphone réservé aux médecins généralistes du secteur. En contact direct avec un des gériatres du pôle, ils peuvent solliciter une entrée en hospitalisation ou un accès rapide à toutes les autres ressources de la filière : consultation spécialisée de gériatrie (onco gériatrie, mémoire, chute, ...), Hôpital de jour (HDJ), passage de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) au domicile, service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour des raisons organisationnelles, les recours se soldent souvent par une entrée en hospitalisation directe, ce qui permet d'éviter le passage aux urgences. Cependant, certaines de ces hospitalisations ne sont peut-être pas nécessaires et

pourraient être remplacées par d'autres solutions proposées par la filière. Malheureusement leur organisation reste parfois plus complexe. Toutefois, éviter les hospitalisations même courtes reste selon le rapport LIBAULT, un objectif essentiel.

Il paraît donc intéressant de s'interroger sur les besoins réels en matière de recours à la filière gériatrique et d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes appelants.

A travers cette étude nous avons tenté d'apporter une réponse à cette problématique.

Notre objectif est de proposer une évaluation des besoins et de la satisfaction des médecins généralistes du Douaisis via l'étude prospective de leurs recours à la hotline de la filière gériatrique du CH de Douai .

MATERIEL ET METHODES

1. Caractéristiques et objectifs de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive observationnelle quantitative.

La population cible s'intéressait aux médecins généralistes exerçant dans le Douaisis. Ce territoire comprend 64 communes, environ 260 000 habitants et 199 médecins généralistes (en 2019). Actuellement 8,6% des habitants du territoire du Douaisis ont plus de 75 ans.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les besoins des médecins généralistes en matière de recours à la filière gériatrique.

Le critère de jugement principal était donc le pourcentage d'hospitalisations directes.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- les différents besoins des MG,
- l'adéquation des propositions aux demandes initiales
- l'évaluation de la satisfaction des MG ayant recours à la filière gériatrique.

Les critères de jugement secondaires utilisés étaient :

- la répartition en pourcentage des différents besoins des MG,
- le pourcentage d'adéquation des propositions aux demandes initiales
- la satisfaction des MG évaluée via une échelle de LICKERT.

Au CH de Douai, les MG peuvent utiliser un numéro direct (le 03.27.94.74.20) pour entrer en relation avec un gériatre référent afin de demander une aide à la prise en charge de leur patient.

Le critère d'inclusion était donc tout appel extra hospitalier passé sur cette ligne téléphonique.

Les critères de non inclusion étaient :

- les appels ne venant pas d'un médecin généraliste (appel de la famille, professionnel de santé non médecin).
- les appels concernant des patients de moins de 75 ans.

2. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 18 juillet 2022 au 28 février 2023 soit sur une durée de 7 mois. Le gériatre en charge du téléphone d'avis devait remplir une fiche papier recto comprenant différentes informations :

- Le nom et l'âge du médecin généraliste appelant
- L'âge et le sexe du patient
- Son lieu de vie (domicile ou EHPAD)
- La demande de prise en charge du MG et la proposition du gériatre en retour
- Les raisons de l'inadéquation s'il y en avait
- La présence des différents syndromes gériatriques
- La satisfaction du MG via une échelle de LICKERT. Elle était remplie par le gériatre contacté en posant la question de leur satisfaction ouvertement aux MG à la fin de l'entretien.

La fiche de recueil est présentée en annexe 1.

Une fois les fiches de recueil remplies et récupérées elles étaient retranscrites sur un fichier tableur stocké sur un ordinateur au sein du CH de Douai.

3. Les syndromes gériatriques

Les syndromes gériatriques ont été inclus dans la fiche de recueil afin de permettre de mieux cerner le profil de patient pour lesquels les MG avaient recours à la Hotline. Ils sont en effet un reflet de la fragilité des personnes âgées et souvent une cause importante d'hospitalisation. D'autre part, le recours à la filière gériatrique se justifie aussi par la présence de ces syndromes et l'expertise ajoutée dans la prise en charge de ces patients.

Les syndromes gériatriques proposés dans la fiche de recueil étaient :

- Les troubles de la marche ou le risque de chute
- La dénutrition protéino-énergétique
- La perte d'autonomie
- La polypathologie
- Les troubles cognitifs et la confusion
- Les troubles du sommeil
- La dépression
- L'incontinence
- La présence d'escarre
- La douleur
- Les troubles comportementaux

4. Les déclarations

Ce travail de recherche n'utilise pas de données médicales des patients. Elle n'entre donc pas dans l'une des méthodologies de référence de la CNIL. Par conséquent, nous n'avons pas réalisé de déclaration auprès de la CNIL.

Conformément à la réglementation RGPD en vigueur, nous avons recueilli de façon orale la non-opposition des médecins généralistes interrogés à la participation à cette étude.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique comprenait une description sous forme de pourcentages et d'effectifs des variables qualitatives des médecins et des patients. Les noms des MG étaient anonymisés après le recueil avec un système de codage type 'MG1, MG2...' afin de pouvoir analyser le nombre d'appels passés par médecin et le nombre de médecins différents utilisant la hotline.

RÉSULTATS

1. Déroulement de l'étude

Sur la durée totale de notre étude, 51 appels ont été reçus et inclus sur la Hotline. Deux appels ont été exclus car ils ne provenaient pas de médecins généralistes, un provenait d'une infirmière d'EHPAD, l'autre d'une famille de patients.

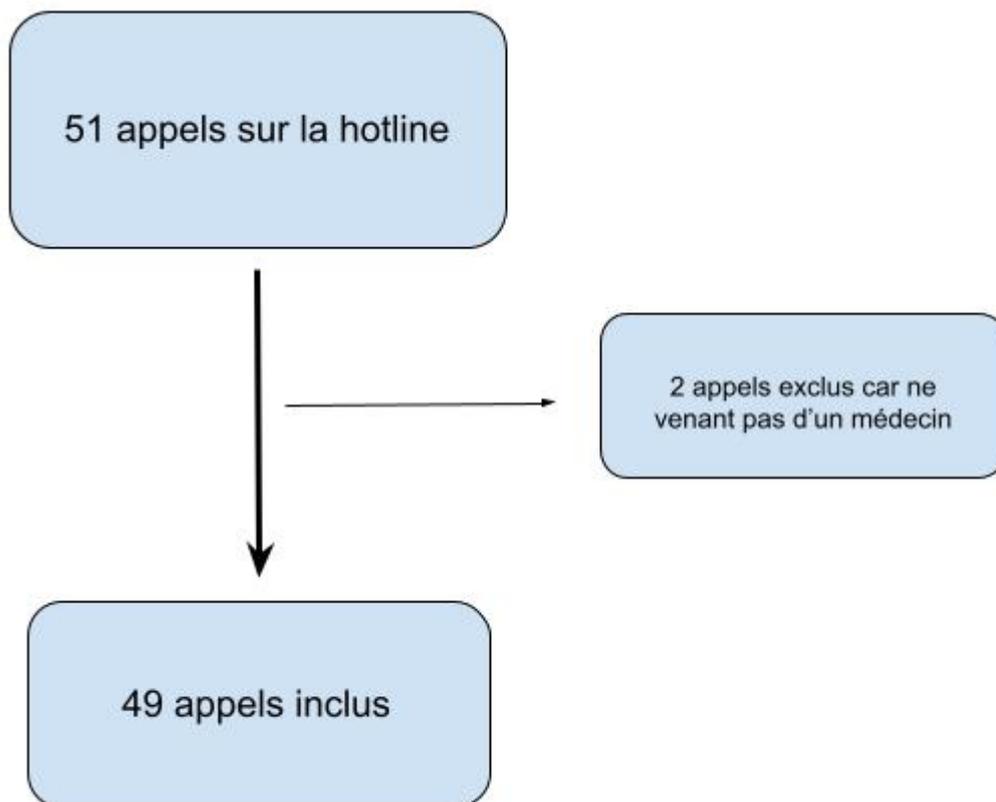


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Epidémiologie

a) Les médecins généralistes

Nous avons recueilli l'âge des médecins appelants sur la Hotline de façon déclarative. Sur les 49 appels inclus dans l'étude, la donnée "âge" n'a été recueillie que dans 29 cas soit 40,8% de données manquantes. La moyenne d'âge des médecins appelant était de 44,28 ans ($\pm 8,86$, IC [40,91-47,65]).

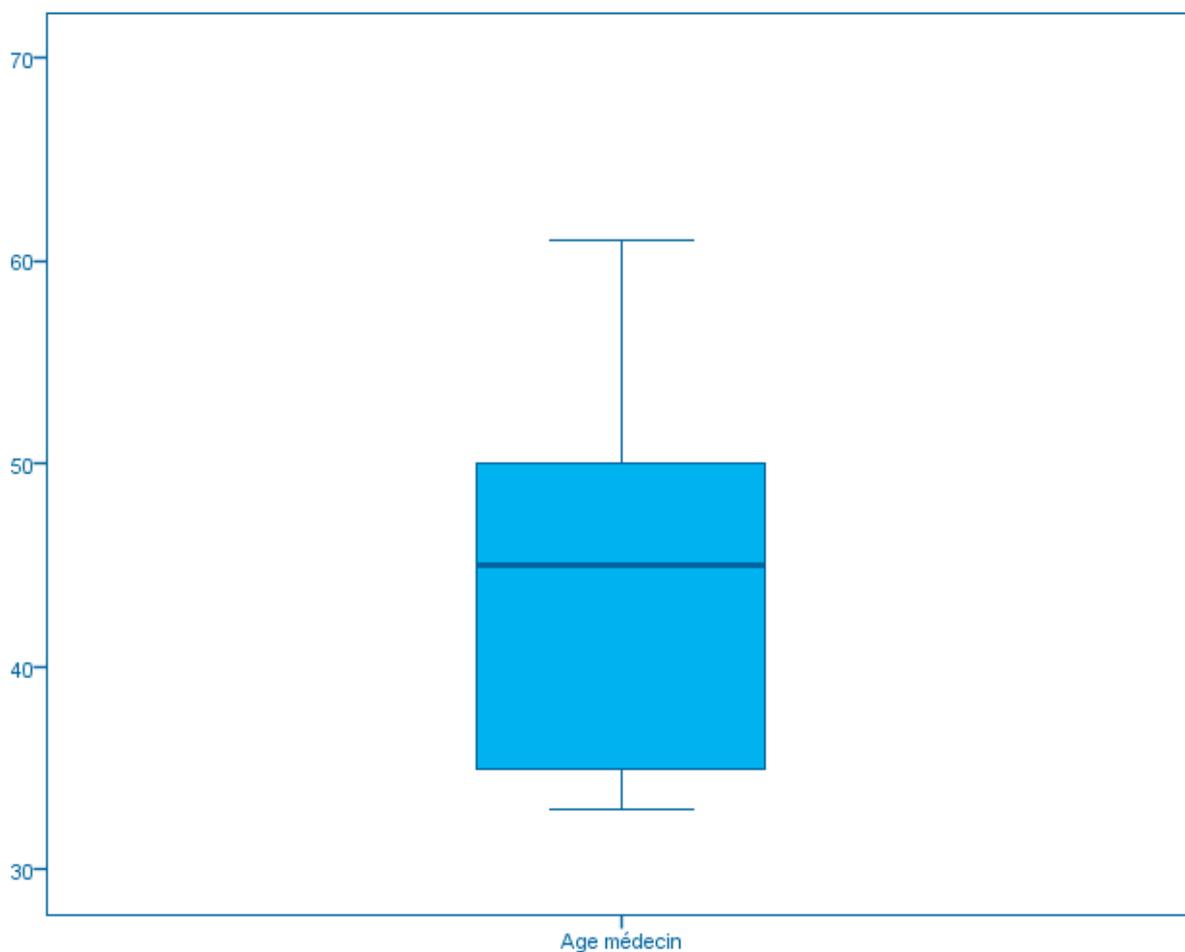


Figure 2 : Répartition de l'âge des médecins utilisateurs

Sur la durée de notre étude, 36 médecins différents ont utilisé la Hotline. Le nombre moyen d'appels par MG était de 1,36 appel/médecin (écart type de +/- 0,83). En effet, sur les 8 médecins ayant utilisé plusieurs fois la Hotline, le nombre d'appels variait de deux à cinq.

b) Les patients

L'âge des patients pour lesquels les MG avaient recours à la Hotline était de 88,53 ans en moyenne (+/- 6,16, IC [86.72-90.34]). L'âge minimum était de 74 ans et l'âge maximum de 103 ans (figure 3). L'âge des patients était manquant dans deux fiches de recueil soit 4,1% de données manquantes.

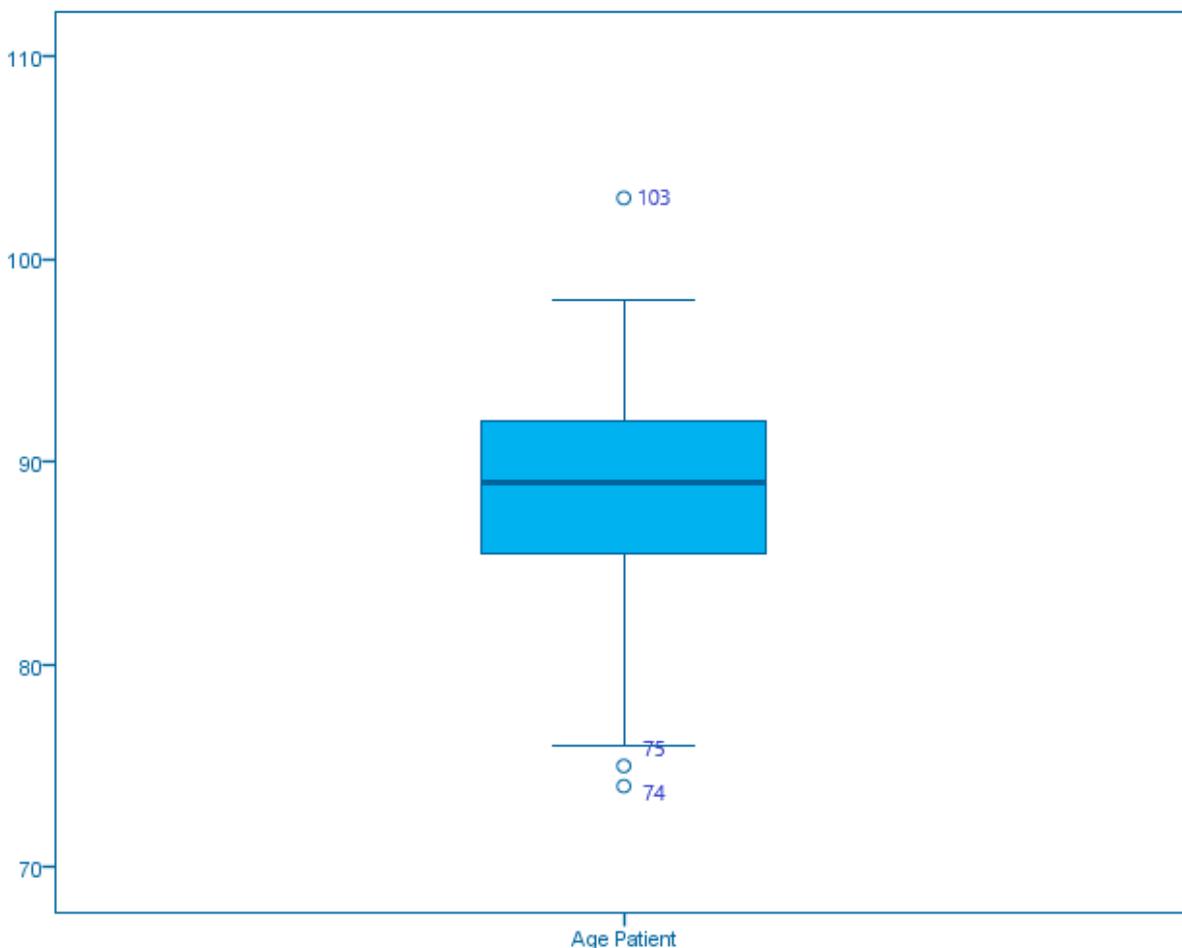


Figure 3 : Répartition de l'âge des patients

Sur les 49 appels inclus dans l'étude, 33 (68,8%) concernait des femmes, 15 des hommes (31,3%) et un appel ne renseignait pas le sexe du patient (figure 4).

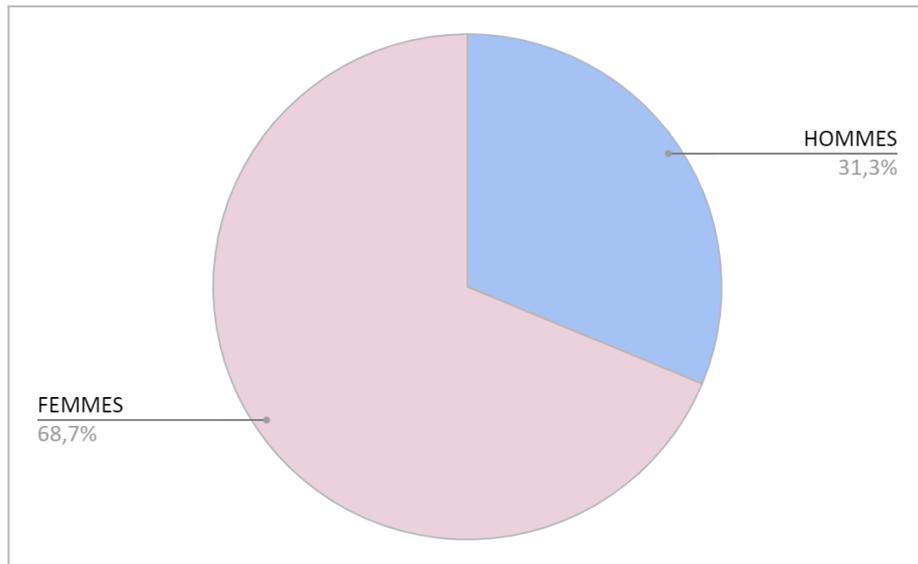


Figure 4 : Répartition du sexe des patients

Les MG sollicitaient majoritairement la Hotline pour des patients vivant à domicile (77,6%). De fait, les appels pour les patients vivant en EHPAD représentaient tout de même presque un quart de notre population (22,4%) (figure 5).

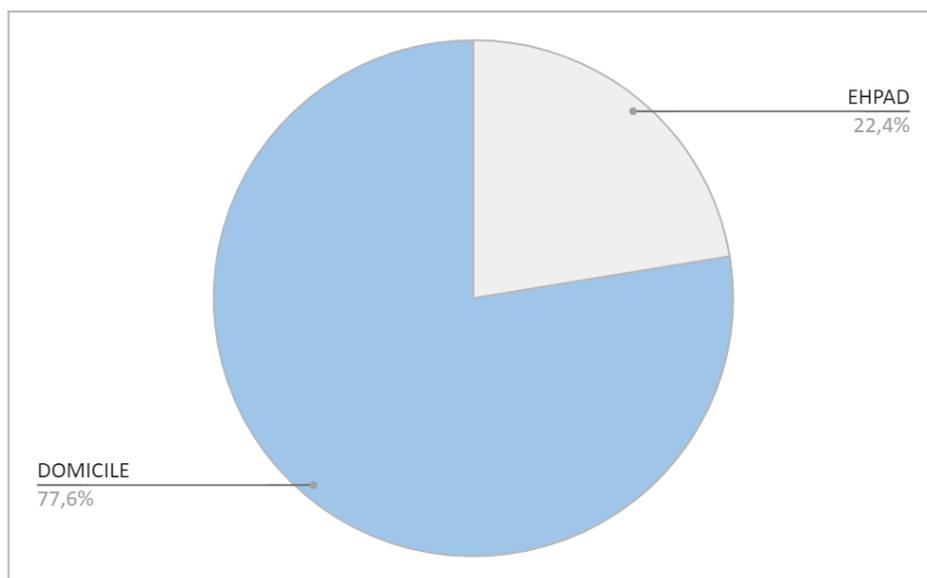


Figure 5 : Répartition des lieux de vie

Les patients pour lesquels les MG utilisaient la Hotline présentaient en moyenne 2,57 (+/-1.87, IC [2.05-3.09]) syndromes gériatriques. La répartition des différents syndromes gériatriques sur l'ensemble de la population est représentée ci-après.

Les syndromes gériatriques	Répartition dans la population étudiée (%)
Troubles de la marche/risque de chute	59,2
Perte d'autonomie	57,1
Troubles cognitifs, confusion	46,9
Dénutrition	34,7
Polypathologie	28,6
Troubles du sommeil	28,3
Troubles comportementaux	6,1
Douleur	4,1
Incontinence	3,3
Escarre	2
Dépression	0

Figure 6 : Les syndromes gériatriques dans la population étudiée

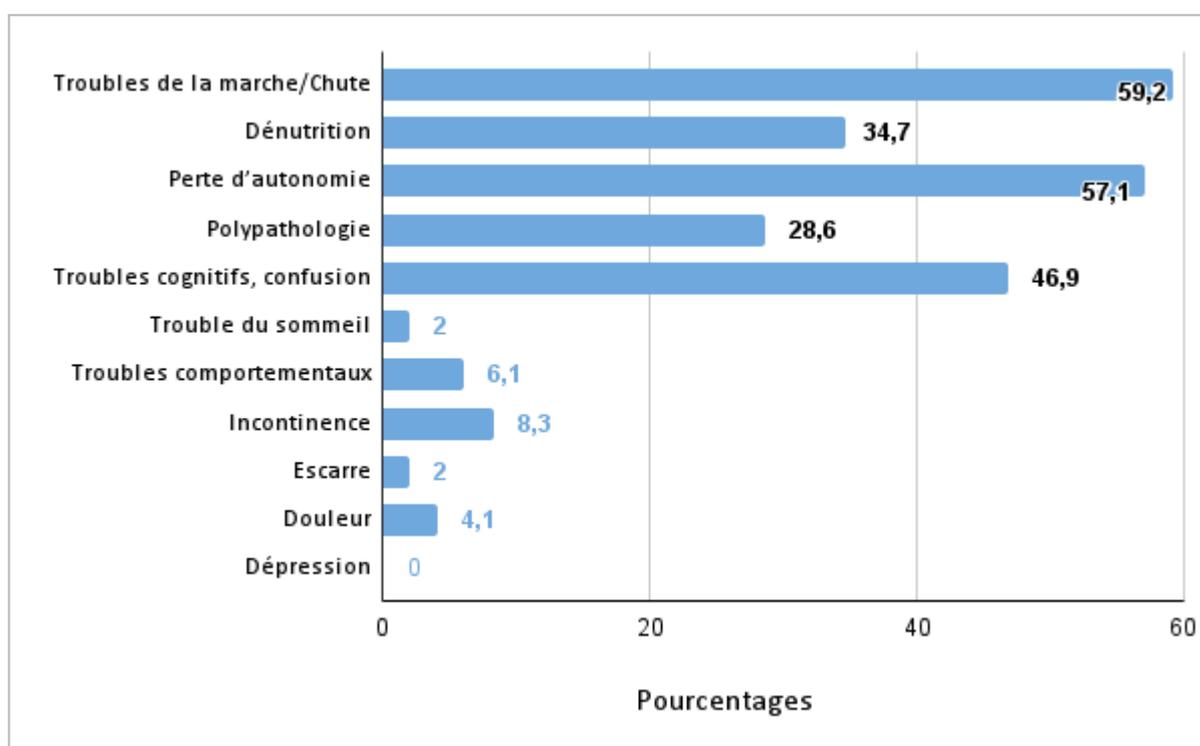


Figure 7 : Répartition des syndromes gériatriques dans la population étudiée

c) La répartition géographique

Nous avons recueilli les communes d'exercice des médecins généralistes utilisant la Hotline. Pour 18 appels sur les 49 inclus, la commune d'exercice était manquante. La répartition des appels sur le territoire du Douaisis est représentée sur la carte présentée ci-dessous.

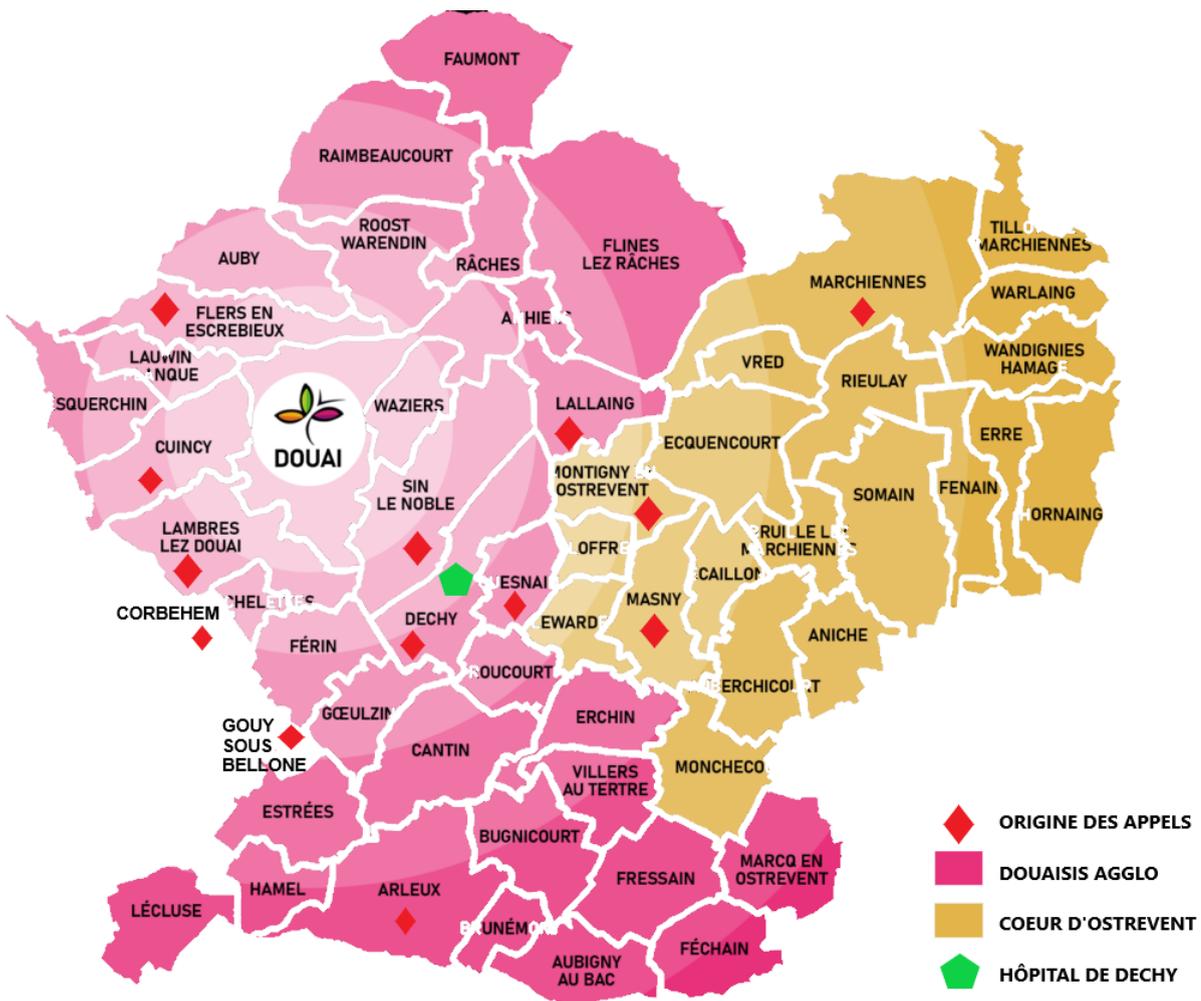


Figure 8 : Répartition des appels sur le territoire

3. Les motifs de recours

Les motifs de recours à la hotline ont été recueillis et synthétisés en un motif unique qui semblait être le principal lorsque plusieurs demandes étaient relevées sur la fiche de recueil.

Lorsque cela n'était pas possible ils ont été classés dans la catégorie "Non définissable".

Les différents motifs de recours sont présentés dans le tableau et dans la figure ci-dessous (figure 9).

Motif de recours	Nombre d'appel (n=49)	Répartition en pourcentage
Anémie	11	22,4
Chute	5	10,2
Confusion	4	8,2
Syndrome inflammatoire biologique	4	8,2
Décompensation cardiaque	4	8,2
Hyperthermie	3	6,1
MADDI	3	6,1
Pancytopénie	2	4,1
Hyponatrémie	2	4,1
Perte d'autonomie	2	4,1
AEG	2	4,1
Transfusion	1	2
IRA	1	2
Dysphagie	1	2
Dyspnée	1	2
Abcès dorsal	1	2
Réévaluation thérapeutique	1	2
Non Définissable	1	2

Figure 9 : Les différents motifs de recours à la Hotline

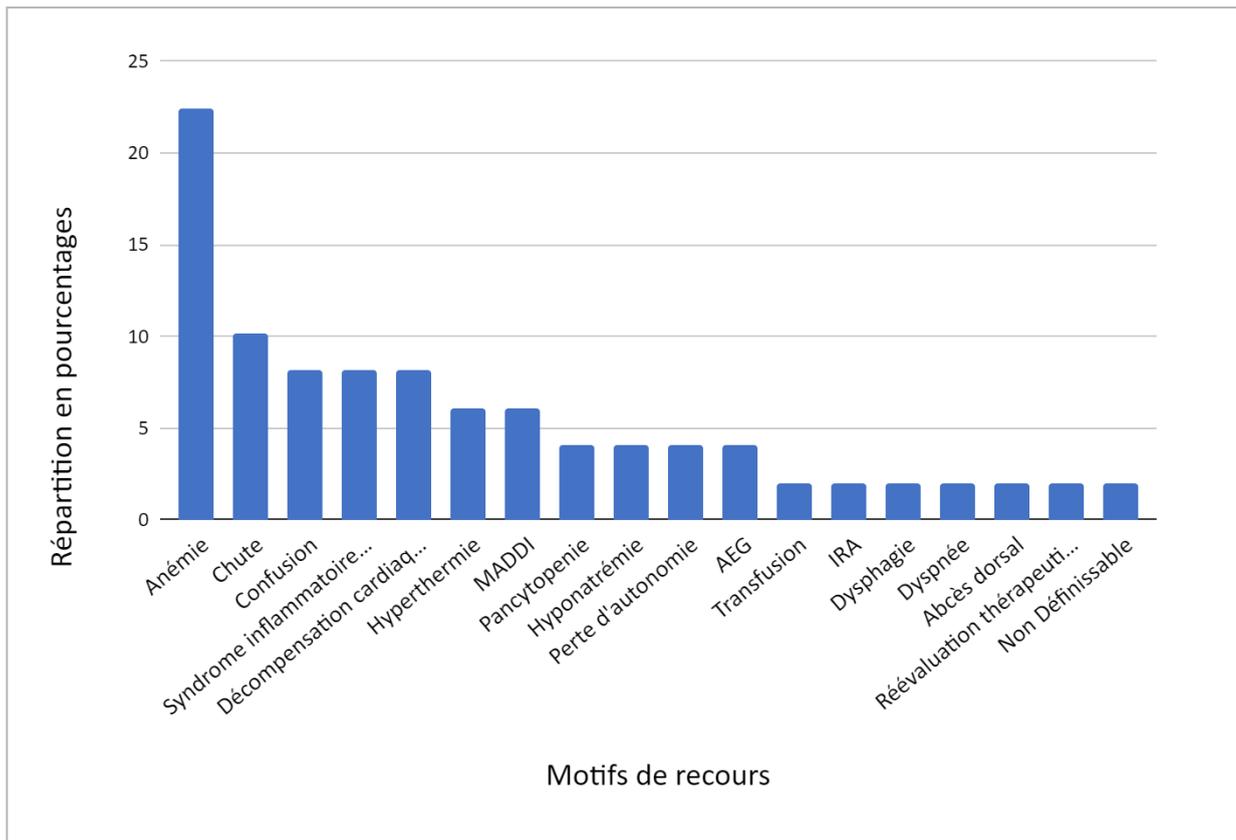


Figure 10 : Représentation des différents motifs de recours à la Hotline

Les motifs ont été classés en trois catégories : les motifs médicaux, les motifs sociaux et les HDJ.

a) *Les motifs médicaux*

Les motifs médicaux représentaient 38 appels sur la durée de l'étude soit 77,6% des demandes. Dans cette catégorie, les patients présentaient en moyenne 2,05 (+/- 1,57 , IC [1,56-2,53]) syndromes gériatriques.

Nous avons également classé ces motifs en différentes catégories selon leur sous-type :

- Les motifs neurologiques : confusion, agressivité
- Les motifs infectieux : hyperthermie, syndrome inflammatoire biologique
- Les motifs cardiologiques ou pneumologiques : décompensation cardiaque, dyspnée
- Les motifs biologiques : pancytopenie, anémie non connue, hyponatrémie, insuffisance rénale aiguë
- Les chutes
- Les motifs généraux tels que l'altération de l'état général
- Les réévaluations thérapeutiques

Leur répartition est présentée dans le tableau et dans la figure ci-dessous.

Sous-catégorie de motif médical	Nombre d'appels (n = 38)	Répartition en pourcentages
Biologique	12	31,6
Infectieux	8	21,1
Cardiologique	5	13,2
Chute	5	13,2
Neurologique	4	10,5
AEG	3	7,9
Thérapeutique	1	2,6

Figure 11 : Les motifs médicaux répartis en sous catégories

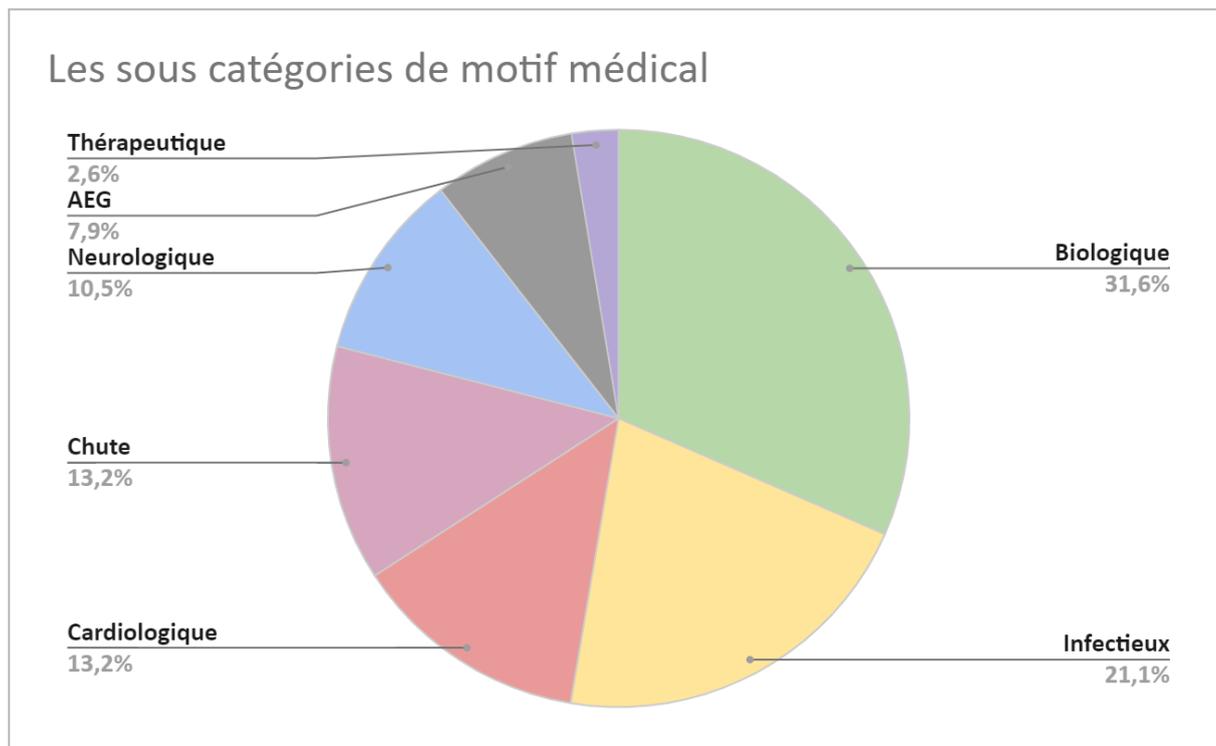


Figure 12 : Répartition des motifs médicaux en sous catégories

b) Les motifs sociaux

Les motifs sociaux représentaient 6 appels soit 12,2% avec comme catégories principales de recours :

- Maintien À Domicile Difficile (MADDI)
- Perte d'autonomie.

Nous avons recueilli 3 appels pour MADDI (50%), 2 appels pour perte d'autonomie (33,3%) et un appel n'était pas définissable car le médecin traitant appelant ne présentait pas de demande particulière autre que la demande de prise en charge en hospitalisation.

Dans la catégorie des appels pour motifs sociaux, les patients présentaient en moyenne 1,66 (+/- 1,21 , IC [0,39-2,93]) syndromes gériatriques.

c) Les HDJ

Nous avons choisi de faire une catégorie de motif de recours spécifique pour les demandes d'HDJ.

En effet, elles représentent une catégorie particulière de recours à la filière. Il s'agit de patients ayant une anémie chronique, connue et déjà explorée nécessitant un support transfusionnel. Durant notre étude, 5 appels (10,2%) concernaient des demandes d'HDJ transfusionnels.

4. Les orientations

a) Orientations souhaitées par les MG

Sur les 49 appels étudiés, 55,2% des demandes concernaient une entrée en hospitalisation directe. Dans 16,3%, le MG n'avait pas d'avis précis sur l'orientation à donner. Les demandes d'HDJ représentaient 12,2% des appels sur la durée de notre étude, les consultations d'urgences 10,2% et les demandes d'adaptation thérapeutique 2%.

Dans 4,1% des cas, les appels ont été classés dans la catégorie 'autre'.

Les orientations souhaitées sont récapitulées dans le tableau ci-dessous (figure 13 et 14).

Orientations souhaitées par le MG	Répartition des orientations (%)
Entrée directe en hospitalisation	27 (55,2%)
Pas d'avis précis	8 (16,3%)
Convocation en HDJ	6 (12,2%)
Consultation d'urgence	5 (10,2%)
Autre	2 (4,1%)
Conseil adaptation thérapeutique	1 (2%)
Consultation mémoire	0
Passage EMG au domicile	0
SSR	0

Figure 13 : Les orientations souhaitées par le MG

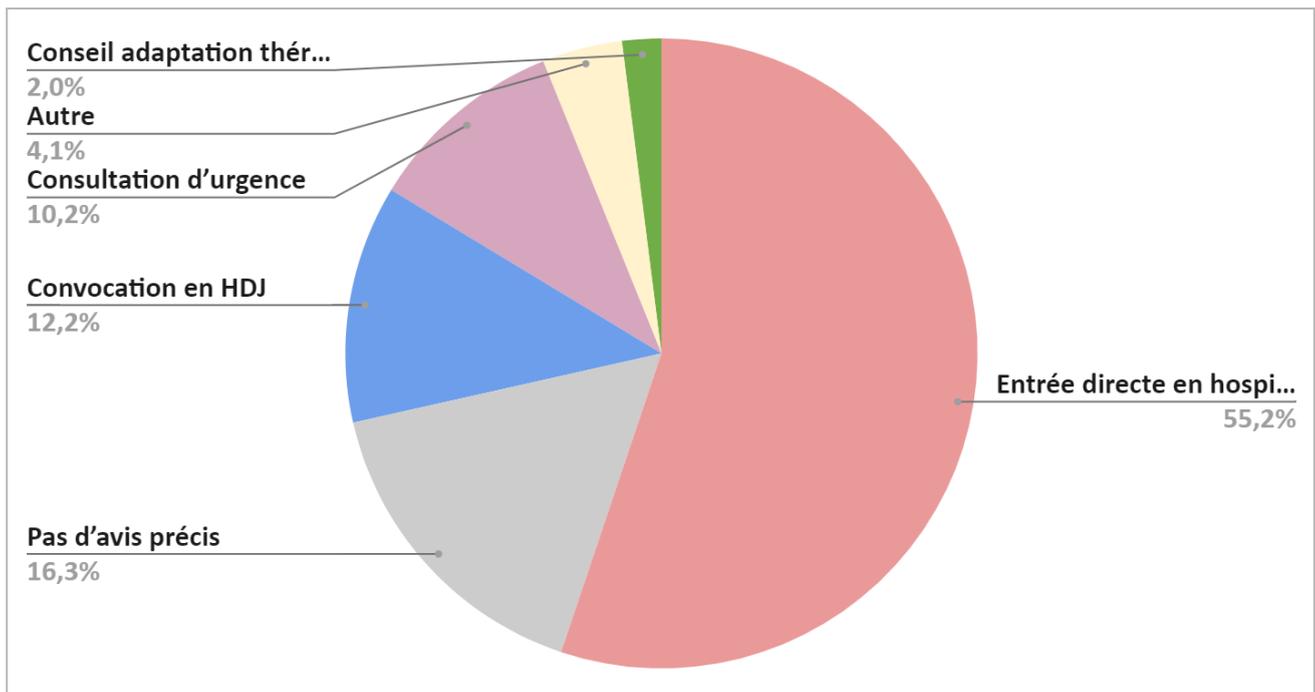


Figure 14 : Répartition des orientations souhaitées par le MG

b) Orientations proposées par le gériatre et adéquation aux demandes

Les orientations proposées par le gériatre en réponse aux demandes de MG utilisant la hotline sont présentées dans les figures ci-dessous (figures 15 et 16). L'orientation principale est représentée par les hospitalisations. En effet, sur 49 appels, 28 orientations soit 57,1% étaient des hospitalisations.

Nous avons différencié les hospitalisations en entrée directe (le jour même) des hospitalisations différées (au lendemain ou plus). Sur la totalité des appels, 46,9% étaient des hospitalisations en entrée directe et 10,2% des hospitalisations différées. Les demandes d'HDJ représentaient 18,4% des demandes, les demandes d'entrée en SSR 4,1% et les consultations d'urgences 12,1%. Dans deux cas, l'orientation proposée par le gériatre était un passage par le SAU devant la gravité de la présentation clinique.

Orientation proposée par le gériatre	Répartition des propositions (%)
Entrée directe en hospitalisation	23 (46,9%)
Convocation en HDJ	9 (18,4%)
Consultation d'urgence : CGU	6 (12,2 %)
Hospitalisation différée	5 (10,2%)
SSR	2 (4,1%)
Autre : SAU	2 (4,1%)
Conseil adaptation thérapeutique	1 (2%)
Consultation en externe	1 (2%)
Consultation mémoire	0
Passage EMG au domicile	0

Figure 15 : Orientation proposée par le gériatre

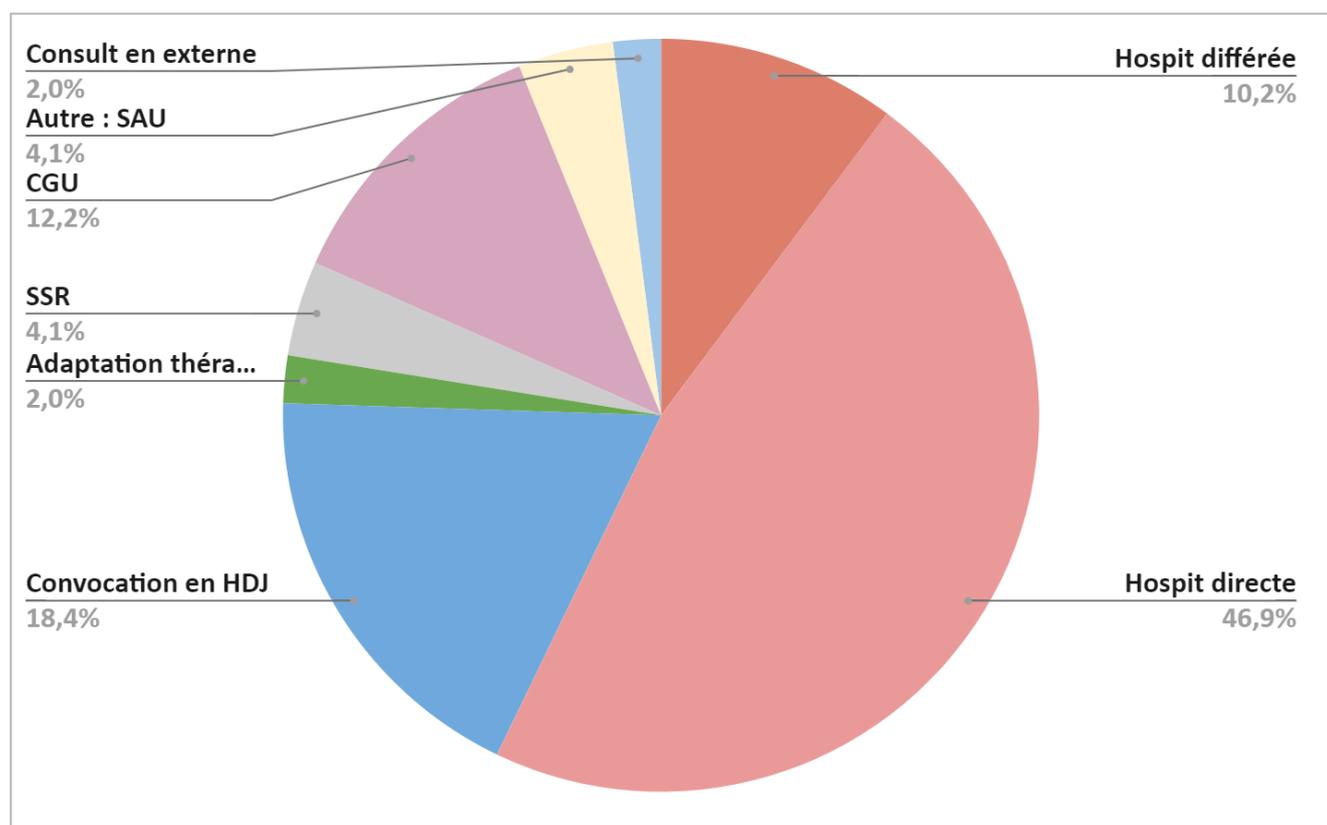


Figure 15 : Répartition des orientations proposées par le gériatre

Les propositions étaient en adéquation avec les demandes dans 81,6% des cas. Pour les 18,4% où elles ne l'étaient pas, la raison était le manque de place à sept reprises (77,8%), l'organisation trop complexe n'a été évoquée que dans un cas (11,1%). Dans un cas, la demande du MG appelant ne nécessitait pas l'expertise de la filière gériatrique.

		Orientation proposée par le gériatre							
		Hospit différée	Hospit Directe	HDJ	Thérapeutique	SSR	CGU	Autre/SAU	Cslt externe
Orientation souhaitée par le MG	Pas d'avis	X	4	3	X	X	X	1	X
	Hospit	5	18	X	X	2	X	1	1
	HDJ	X	1	5	X	X	X	X	X
	Thérapeutique	X	X	X	X	X	1	X	X
	CGU	X	X	X	X	X	5	X	X
	Autre/SAU	X	X	1	1	X	X	X	X

LEGENDE	Adéquation	Organisation trop complexe	Manque de place	Expertise non requise
---------	------------	----------------------------	-----------------	-----------------------

Figure 16 : Adéquation des propositions aux demandes

5. La satisfaction

Sur les 49 recours à la Hotline effectués par les MG, 38 médecins soit 77,6% s'estimaient très satisfaits de la prise en charge de leurs patients. Environ 20% s'estimaient satisfaits.

Seul un médecin s'est estimé insatisfait de la prise en charge de son patient pour cet appel précis.

A noter que ce médecin fait partie du panel des appelants à plusieurs reprises et que lors de ses autres recours, il s'était estimé satisfait de la prise en charge de son patient.

Aucun médecin ne s'est décrit comme très insatisfait durant notre étude.

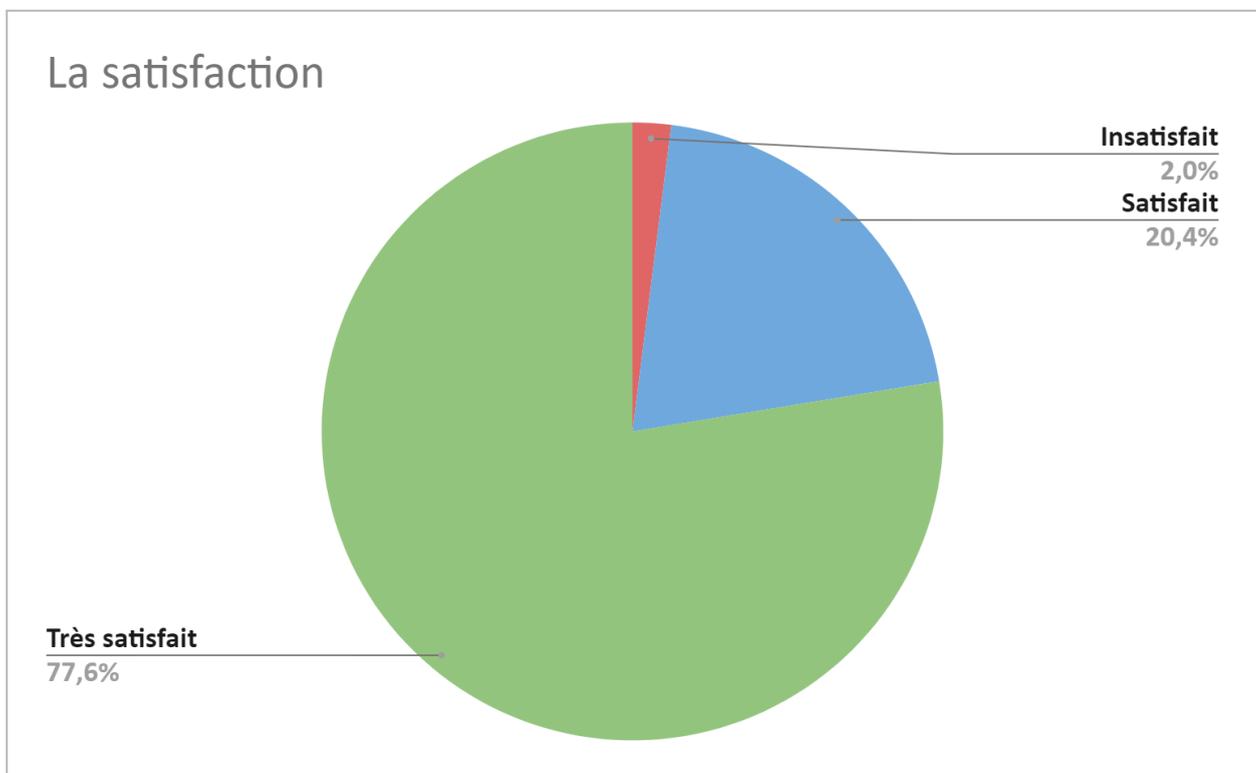


Figure 17 : Satisfaction des médecins généralistes utilisateurs

DISCUSSION

1. Analyse des résultats

a) Les besoins des médecins généralistes

Les résultats de cette étude permettent de montrer que le besoin principal des médecins généralistes du Douaisis est l'hospitalisation de leur patient (57,1%). Des résultats similaires ont déjà été retrouvés dans des études précédentes (13).

La ligne d'accès directe est également utilisée fréquemment pour l'organisation d'HDJ (12,2%) avec pour motif principal de recours la prise en charge d'une anémie avec nécessité d'un support transfusionnel (100%). En effet, le numéro de la Hotline est présent dans les courriers de sortie d'hospitalisation des patients avec un antécédent d'anémie chronique nécessitant un support transfusionnel. Ainsi les MG peuvent y avoir recours facilement pour organiser des HDJ en vue de transfusion quand ils le jugent nécessaire.

Les entrées directes en SSR ne représentent que 4,1% des appels sur la durée de notre étude.

Les consultations proposées de mémoire n'ont pas été sollicitées directement par les MG via la Hotline. Cependant, il existe un secrétariat mémoire permettant de prendre rendez-vous directement sans passer par le gériatre d'avis, ce qui peut expliquer l'absence d'appel.

Les motifs de recours sont représentés en large majorité par les recours qualifiés de **médicaux**.

Dans la répartition des sous types de motifs, les recours pour problèmes biologiques et infectieux sont majoritaires. Ces résultats sont discordants de ceux de l'étude publiée par la DREES en 2018 sur les motifs de recours en court séjour gériatrique dans la catégorie de plus de 85 ans (14). En effet, on retrouve comme motif d'admission les pathologies circulatoires (20%), les pathologies accidentelles (traumatismes, empoisonnement,... (12%)), les pathologies respiratoires (9%) et seulement en quatrième position les bilans de symptômes ou anomalies d'examen (8%) que l'on pourrait rapprocher des catégories 'Motif Infectieux' et 'Motif biologique'.

Cependant, il est fort probable que le mode d'entrée en hospitalisation de ces trois catégories de patients se fasse par le SAU. En effet, les patients concernés présentent des symptômes probablement plus aigus nécessitant une prise en charge immédiate ou une réalisation rapide d'examens complémentaires. Pour des motifs moins urgents tels que "les bilans de symptômes ou anomalies d'examen", les entrées en hospitalisation peuvent se faire sans passage par le SAU.

Cela peut donc expliquer que dans notre étude, les demandes de prises en charge pour des motifs 'Infectieux' ou 'Biologiques' représentent les premières catégories de recours.

Par ailleurs, la présence d'unités dédiées de cardiogériatrie et d'orthogériatrie avec possibilité d'entrée directe dans les services de cardiologie et de chirurgie osseuse respectivement, peut aussi en partie expliquer ce résultat.

Les motifs **sociaux** sont représentés par la perte d'autonomie et le maintien à domicile difficile.

On peut s'interroger sur le fait que ces motifs puissent cacher des motifs médicaux sous-jacents. Plusieurs travaux de thèse ont déjà étudié les hospitalisations sous le motif de 'Maintien Au Domicile Difficile' afin de s'intéresser aux caractéristiques médico psycho sociale de ces patients (15,16). Toutes relevaient la présence de pathologies médicales chroniques et de syndromes gériatriques en plus des comorbidités sociales ce qui était également le cas dans notre étude. En effet pour la catégorie des motifs sociaux, les patients présentaient en moyenne 1,66 syndromes gériatriques par patient contre 2,04 pour les patients dont le motif était médical.

Une étude prospective réalisée au CHU de Poitiers en 1995 (17) menée sur 6 semaines relevait que 94,9% des patients de plus de 75 ans hospitalisés avaient un motif médical justifiant à lui seul l'hospitalisation. Un travail de thèse réalisé à Paris en 2012 (18) et un autre sur la Côte Basque en 2015 (19) mettaient en avant le même type de résultats : dans plus de 90% des cas (91,8% pour la thèse parisienne et 93% pour la basque), un motif médical était associé et avait précipité l'hospitalisation des patients pour maintien à domicile difficile.

Il paraît donc légitime de penser que les motifs sociaux des hospitalisations ne sont que des motifs médicaux dissimulés sous une fragilité sociale de ces patients. Ils mettent en lumière la nécessité d'une prise en charge globale de ces patients aux motifs médico-sociaux. Cela renforce la nécessité de coordination entre la médecine générale et le secteur hospitalier. En effet, pour optimiser la prise en charge sociale, le MG est un acteur primordial, il connaît son patient, l'environnement dans lequel il évolue et l'offre de soins de son territoire.

De ces données et de l'analyse qui en est faite nous pouvons déduire que les hospitalisations pour maintien à domicile difficile sont l'exemple type de l'imbrication médico-sociale nécessitant une coordination médecine de ville-hôpital fluide et performante.

b) La satisfaction des médecins généralistes

Dans 98% des cas, les médecins utilisateurs de la Hotline durant cette étude étaient très satisfaits ou satisfaits.

De plus, le nombre moyen d'appels par MG était de 1,36 (+/- 0,83) appels/médecin. Les médecins utilisateurs avaient donc tendance à re-solliciter les services de la Hotline, certains jusqu'à 5 fois sur la durée de notre étude.

Ce résultat illustre la satisfaction des MG utilisateurs de la Hotline et la pertinence de ce moyen.

c) Caractéristiques épidémiologiques des patients

Les patients vivant en EHPAD représentent 22,4% des recours à la Hotline. Selon un rapport de la DREES fin 2019, 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 10 % des personnes de plus 75 ans et un peu moins d'un tiers de celles de 90 ans ou plus (20). La répartition des patients institutionnalisés est donc similaire dans notre étude ce qui souligne sa validité externe.

2. Forces et limites de l'étude

La **limite** principale de cette étude est le faible nombre de médecins utilisant la Hotline sur la totalité des MG du Douaisis. Cela diminue la puissance de l'étude.

Sur les 199 médecins généralistes recensés dans le Douaisis en 2019, seuls 36 médecins différents ont eu recours à la Hotline sur la durée de notre étude.

On peut penser qu'une campagne d'information systématique sur l'existence de ce moyen d'accès direct pourrait être bénéfique. Une thèse menée en 2019 (21) sur l'étude d'une Hotline gériatrique similaire dans le bassin Mâconnais relevait les moyens les plus efficaces d'information selon les MG comme étant les envois d'email ou la mention de la Hotline dans les courriers de sortie d'hospitalisation.

Fort de ces constatations, le CH de Douai a mis l'accent sur la diffusion multivectorielle de ce numéro. Pour permettre une diffusion à large échelle, l'existence de celui-ci est rappelée lors des réunions de la filière gériatrique territoriale. Un flyer d'information sur la Hotline (Annexe 2) est également remis par les équipes du SMUR de Douai lors de leurs interventions en EHPAD. Enfin, un courrier sur lequel le numéro de la Hotline est signifié a été envoyé par email à tous les MG du territoire. Depuis le déploiement de cette campagne de communication, les recours à la Hotline sont croissants.

Cette faible diversité de médecins appelant induit également un biais de sélection sur l'évaluation de la satisfaction. En effet, les médecins satisfaits du dispositif seront plus enclins à utiliser la Hotline.

Cependant il faut souligner que l'activité de la Hotline a probablement été sous-évaluée durant notre étude. En effet le taux de remplissage des fiches de recueil n'a très probablement été ni optimal ni systématique. Ces dernières étaient déposées dans différents lieux du service mais pas forcément à proximité du gériatre chargé de la Hotline. De fait, il est tout à fait possible que le gériatre ait oublié de les remplir a posteriori. De plus, remplir ces fiches est chronophage et s'ajoute aux multiples tâches journalières de nos confrères.

La sous-évaluation de notre recueil peut aussi être expliquée par le fait que certains MG appellent directement dans les services concernés comme le SSR ou d'emblée certains gériatres dont ils peuvent avoir les numéros directs.

La **force** principale de cette étude est son intérêt au lien médecine de ville-hôpital. Elle permet de mettre en lumière qu'une coopération entre le gériatre hospitalier et le médecin généraliste libéral bénéficie au patient âgé en évitant le passage au SAU. Elle souligne également le besoin premier des MG pour leurs patients âgés : les hospitalisations directes.

On peut également apprécier la satisfaction des MG utilisateurs de cette Hotline. En effet, 98% d'entre eux se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur utilisation. L'évaluation de celle-ci via l'échelle de LICKERT directement après l'appel permet d'éviter un éventuel biais de mémorisation. Cependant, la question étant posée par le gériatre directement aux médecins utilisateurs peut engendrer un biais de déclaration : le médecin se sentant obligé de se déclarer satisfait.

Le recueil prospectif de cette étude est également une force majeure.

Il s'agit donc d'une étude qui s'intéresse au lien Médecine de ville-Hôpital et qui permet de montrer les forces du dispositif de Hotline gériatrique. En effet, les 49 appels recensés sur la Hotline durant le temps de notre étude correspondent à autant de passages au SAU évités.

Cela permet de mettre en lumière qu'en renforçant et en adaptant ce lien, le "zéro passage aux urgences" demandé par le rapport LIBAULT peut être atteignable. Chaque patient âgé qui ne passe pas par le SAU est une victoire du lien médecine de ville-hôpital et de ses acteurs. Charge à ces derniers de travailler ensemble pour le renforcer et ainsi d'en faire bénéficier le plus de patients possibles.

Cependant, on peut discerner dans cette étude que la Hotline gériatrique a ses limites : les places disponibles en hospitalisation. En effet, dans la quasi-totalité des cas où l'indication d'hospitalisation était retenue mais différée, elle l'était par manque de place (77,8%). De plus, les motifs de recours médicaux principaux que sont les anomalies biologiques ou les syndromes infectieux peuvent nécessiter des bilans complémentaires multiples mais pas nécessairement une hospitalisation de plusieurs jours. Une alternative n'incluant pas systématiquement une hospitalisation en secteur conventionnel a été mise en place : depuis janvier 2023, une consultation d'urgence gériatrique avec numéro dédiée existe.

3. La consultation d'urgence : une perspective d'amélioration au lien

Médecine de ville-Hôpital ?

Fort de la constatation de la limite et du potentiel d'amélioration de la Hotline gériatrique, le CH de Douai a répondu à un appel à projet de l'ARS afin de limiter encore le recours aux urgences et de renforcer ce lien médecine de ville-Hôpital.

La consultation d'urgence gériatrique est un outil mis en place durant la fin de notre étude. Son but est de répondre aux besoins d'appui de la médecine de ville et d'offrir une alternative graduée à l'hospitalisation. Le gériatre prévoit en fonction de la demande initiale du MG la réalisation de bilan paraclinique et l'avis d'un spécialiste. Les patients sont accueillis par une IDE dans une chambre adaptée à la personne âgée et la consultation dure généralement au moins une demi-journée.

Cela permet de gérer au mieux les besoins décrits par le médecin généraliste et d'éviter un passage aux urgences ou une hospitalisation. Cependant si cette dernière s'avère nécessaire, elle est organisée directement par le gériatre référent de la consultation.

Depuis sa mise en place, à partir du mois de Janvier 2023, six consultations d'urgences ont pu être proposées et réalisées : deux d'entre elles ont conduit à une hospitalisation, les quatre autres ont permis de l'éviter et de répondre à la demande du médecin généraliste.

Une étude ultérieure sur cette nouvelle consultation d'urgence pourrait être intéressante afin d'évaluer son impact réel et la satisfaction des médecins y ayant recours.

CONCLUSION

Cette étude trouve sa pertinence dans l'analyse du lien médecine de ville hôpital qui est la colonne vertébrale de la prise en charge globale du patient. Elle l'est d'autant plus qu'elle s'intéresse à ce lien appliqué aux personnes âgées qui sont les premières à souffrir d'une mauvaise coordination entre ces différents acteurs.

Malgré l'édition du rapport LIBAULT en mars 2019, trop de personnes âgées passent encore par les services d'accueil des urgences faute d'autre solution offerte aux MG. Le soutien proposé par le secteur hospitalier n'est pas encore optimal.

Pourtant des solutions qui permettent d'éviter ce recours existent déjà, les Hotlines gériatriques en sont un exemple.

Grâce à l'étude de la Hotline gériatrique du CH de Douai, nous avons pu constater que les médecins utilisateurs en sont satisfaits voire très satisfaits et qu'ils n'hésitent pas à réitérer le recours à ce service. Leurs besoins principaux sont les entrées directes en hospitalisation. Elles permettent une prise en charge spécialisée et globale des patients lorsque la situation est trop lourde pour la médecine de ville tout en évitant le passage par les SAU.

Cependant à cause des tensions hospitalières actuelles les hospitalisations directes, bien qu'indiquées, ne sont pas toujours possibles. Des solutions alternatives doivent donc être proposées afin de continuer de répondre à la demande de soutien hospitalier des MG sans dépendre forcément des places disponibles dans les services conventionnels.

Une alternative a été mise en place récemment au CH de Douai : la consultation gériatrique d'urgence permet de répondre au besoin d'expertise rapidement sans nécessiter de lit d'hospitalisation.

On constate également que le recours pour "maintien à domicile difficile" est une demande fréquente de la part des MG chez leurs patients en perte d'autonomie. Il peut donc être judicieux de se demander si une expertise de la filière gériatrique ne pourrait pas être apportée plus en amont chez ces patients. Par exemple, l'organisation de passages des équipes mobiles de gériatrie au domicile des patients que les MG trouvent fragiles sur le plan social pourrait être une possibilité.

En résumé, cette étude souligne le fait que les dispositifs de lien médecine de ville-hôpital existants sont efficaces mais nécessitent encore d'être renforcés et diversifiés pour atteindre le "zéro passage aux urgences" demandé par le rapport LIBAULT.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche remplie par le gériatre répondant à la Hotline gériatrique.

<u>QUESTIONNAIRE APPEL SUR 7420</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • NOM ET ÂGE DU MÉDECIN APPELANT : • PATIENT (âge, sexe) : • LIEU DE VIE : EHPAD <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> • MOTIF APPEL : 	
SYNDROMES GÉRIATRIQUES JUSTIFIANT LE RECOURS A LA FILIERE :	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trouble de la marche/risque de chute <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Polypathologie <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs, confusion <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Autre 	
ORIENTATION SOUHAITÉE :	
ORIENTATION PROPOSÉE :	
PAR LE MÉDECIN TRAITANT	PAR LE GÉRIATRE
pas d'avis précis	hospitalisation différée
entrée directe en hospitalisation	entrée directe en hospitalisation
convocation en HDJ	convocation en HDJ
consultation mémoire	consultation mémoire
passage EMG au domicile	passage EMG au domicile
conseil adaptation thérapeutique	conseil adaptation thérapeutique
SSR	SSR
consultation d'urgence	consultation d'urgence
autre :	autre :

PROPOSITION DE PEC ADAPTÉE AU SOUHAIT INITIAL DU MÉDECIN TRAITANT : OUI NON

SI NON ADAPTÉE, **RAISON :**

- pas de place dans le mode de PEC voulu
- organisation trop complexe à mettre en place
- demande urgente

SATISFACTION DU MÉDECIN TRAITANT :

- TRÈS SATISFAIT
- SATISFAIT
- INSATISFAIT
- TRÈS INSATISFAIT

Annexe 2 : Flyer d'information sur la Hotline gériatrique, remis par les équipes de SMUR lors des interventions en EHPAD.

FILIÈRE GÉRIATRIQUE
DU DOUAISIS
EHPAD : pour un besoin
d'avis urgent



LIGNE DIRECTE IDE CONSULTATION GERIATRIQUE D'URGENCE
orientation, coordination gériatrique, programmation consultation gériatrique d'urgence

▀ CH DOUAI : 03 27 94 78 58
du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h
Ligne disponible uniquement pour les cadres et IDEC

LIGNE DIRECTE DU GÉRIATRE
conseil, hospitalisation en entrée directe, programmation consultation gériatrique d'urgence

▀ CH DOUAI : 03 27 94 74 20
du lundi au vendredi, de 9h à 18h
Ligne disponible uniquement pour les médecins

▀ CH SOMAIN : 03 61 20 02 44
du lundi au vendredi, de 9h à 17h30



Coordination
filière gériatrique
Douaisis

Ne se substitue pas au 15 en cas d'urgence vitale



Centre
Hospitalier
de DOUAI

BIBLIOGRAPHIE

1. Évolution de la population – Bilan démographique 2021 | Insee [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037741?sommaire=6036447>
2. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291#tableau-figure2>
3. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers | Insee [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437#titre-bloc-19>
4. État de santé et dépendance des seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>
5. ÉTUDES et RÉSULTATS I n° 869 - février 2014 La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er869.pdf>
6. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-rapport-propositions-pour-2019-charges-produits>
7. Bouchon JP. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. Wwwem-Premiumcomdatatraitement-37739 [Internet]. [cité 2 oct 2022]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/28383/resultatrecherche/1>
8. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier Bénédicte Boisguérin, Léa Mauro Santé et système de soins [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf>
9. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarier T. Comparaison de deux modes d'hospitalisation en gériatrie : directement grâce à une ligne téléphonique ou après un passage aux urgences. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2018;16(3):255-62.
10. Chomette B, Annweiler C, Dupré C, Bongue B, Goethals L, Lafaie L, et al. Étude prospective multicentrique décrivant le parcours de soins d'une population gériatrique hospitalisée en court séjour via une hotline gériatrique. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2022;20(4):429-38.
11. Bourguignon R. Grand âge, le temps d'agir.
12. aap_admissions_directes_des_pa.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: https://www.uriopss-hdf.fr/sites/default/files/article/fichiers/aap_admissions_directes_des_pa.pdf
13. Benoist F, Martin-Gaujard G, Bonnefoy M. Étude d'un outil favorisant le lien ville-hôpital : la hotline gériatrique du Groupement Hospitalier Centre, sur une durée de 6 mois. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2021;19(1):62-9.
14. Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-motifs-de-recours-hospitalier-en-court-sejour-en-2018-et-leurs>
15. Lejeune A. Etude des caractéristiques médico, psycho-sociales des personnes âgées à maintien domicile difficile: étude rétrospective sur 294 patients pris en charge en unité médicale de gériatrie au CHU de Reims [Thèse d'exercice]. [1967-....., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
16. Stingic V. Patients hospitalisés en court séjour gériatrique au centre pour personnes âgées (CPA) de Colmar pour maintien à domicile difficile: description des caractéristiques médico-psycho-sociales. Étude prospective observationnelle descriptive menée sur trois mois (février à mai 2016) [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur:

https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_STINGIC_Valerie.pdf

17. Poupet J, Ingrand P, Pradere C, Thomas P, Bonneau-Lussier MD, Merlet I. Les personnes âgées adressées aux urgences : caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale. In 1995 [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-adress%C3%A9es-aux-urgences-%3A-motifs-Poupet-Ingrand/7cfabb1c62d403df90c7f46c0112407e4cbb42b2>
18. Carvalho O. Les patients hospitalisés en gériatrie aiguë pour maintien à domicile difficile: description et comparaison de leurs caractéristiques médico-psycho-sociales en fonction de leur suivi par la filière gériatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2012.
19. Castro Etcheverry C. Hospitalisation pour « Maintien au domicile difficile » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB: caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2015 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178500>
20. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
21. Benyoub S, Afifi A. Intérêt d'une hotline gériatrique gérée par un réseau de santé pour les médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD du bassin Mâconnais: résultats d'une enquête locale [Internet]. 1970-....., France; 2019 [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/1ee1ee33-1055-4050-9f13-4d8513da3ca6>

RÉSUMÉ

AUTEURE : **NOM :** CASTEL **PRÉNOM :** Manon

Date de soutenance : 06 juin 2023

Titre de la thèse : Lien médecine de ville-hôpital : une évaluation des besoins et de la satisfaction des médecins généralistes du Douaisis via l'étude prospective de leurs recours à la hotline de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Douai.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Hotline ; gériatrie ; médecine générale ; soins de santé primaires ; relation ville-hôpital ; parcours de soin

RÉSUMÉ

Introduction : En 2022, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9,8% de la population française contre 7,1% en 2000. L'avancée en âge s'accompagne d'une plus grande fragilité et d'une plus grande dépendance qui nécessite une expertise gériatrique. Le rapport LIBAULT demande de tendre vers le "zéro passage aux urgences évitable". Les Hotlines permettent un accès direct à la filière gériatrique pour les médecins généralistes requérant le soutien hospitalier tout en évitant les passages aux urgences. L'objectif de cette thèse est d'évaluer les besoins et la satisfaction des médecins généralistes utilisateurs de la Hotline du CH de Douai.

Matériels et méthodes : L'étude est prospective descriptive observationnelle quantitative. Le recueil était effectué via des fiches remplies par le gériatre chargé de la Hotline. L'analyse statistique était faite sous forme de pourcentage.

Résultats : Sur 7 mois, 49 appels ont été analysés. Les patients avaient en moyenne 88,53 ans et vivaient à domicile dans 77,6% des cas. Les motifs médicaux représentaient 77,6% des demandes, les motifs sociaux 12,2% et les HDJ 10,2%. Les demandes d'hospitalisation directe représentaient 55,2% des appels, les HDJ 12,2%, les consultations d'urgence 10,2%; dans 16,3% les médecins appelants n'avaient pas d'avis précis. Les propositions étaient en adéquation aux demandes dans 81,6% des cas; si elles ne l'étaient pas c'était par manque de place dans 77,8%. Les médecins étaient satisfaits dans 98% des cas.

Discussion : L'analyse de la Hotline du CH de Douai montre que le lien médecine de ville-hôpital est fonctionnel mais doit être renforcé et diversifié. Le manque de place en hospitalisation est le principal frein. Des alternatives graduées à l'hospitalisation comme les consultations d'urgence sont en cours de mise en place.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Docteur Maurice PONCHANT, Docteur Pierre PRUVOST

Directrice de Thèse : Docteur Sophie MASSART