



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le patient gériatrique est-il le laissé-pour-compte
du système de soins ?**

**Étude, auprès des médecins généralistes, du numéro d'appel unique d'appui
gériatrique mis en place par le Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2024 à 16h00
Au Pôle Formation

Par Marie THIÉRY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseure :

Madame la Docteure Judith OLLIVON

Directrices de thèse :

Madame la Docteure HEUDEL-BONNET Brigitte

Madame la Docteure RÉGNIER Anne-Marie

AVERTISSEMENT

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|
| APA | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CCAS | Centre Communal d'Action Sociale |
| CHB | Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CLIC | Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CPTS | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé |
| CUPPA | Cellule d'Urgence Parcours Personnes Âgées |
| DAC | Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes |
| DES | Diplôme d'Études Spécialisées |
| DESC | Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires |
| DIU | Diplôme Inter-Universitaire |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| DRESS | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, des Statistiques |
| DU | Diplôme Universitaire |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| EMG | Equipe Mobile de Gériatrie |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| FHF | Fédération Hospitalière de France |
| FMC | Formation Médicale Continue |
| FST | Formation Spécifique Transversale |
| GHT | Groupe Hospitalier de Territoire |
| HDF | Hauts-De-France |
| IFOP | Institut Français d'Opinion Publique |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| IPA | Infirmier en Pratique Avancée |
| MDS | Maison Départementale des Solidarités |
| MSP | Maison de Santé Pluriprofessionnelle |
| MSU | Maître de Stage des Universités |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PDC | Pas-De-Calais |
| PPP | Plan Personnalisé de Prévention |
| RCP | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire |
| SU | Service d'Urgence |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| AVERTISSEMENT..... | 1 |
| SIGLES ET ABRÉVIATIONS..... | 3 |
| TABLE DES MATIÈRES..... | 4 |
| INTRODUCTION..... | 8 |
| 1. Contexte..... | 8 |
| 2. Problématiques concernant le patient gériatrique..... | 8 |
| 3. Le patient gériatrique admis aux urgences..... | 8 |
| 4. Etat des lieux aux urgences de Boulogne-Sur-Mer..... | 9 |
| 5. Création du numéro d'appel unique d'appui gériatrique..... | 10 |
| 5.1. Objectif..... | 10 |
| 5.2. Genèse du dispositif..... | 10 |
| 5.3. Missions générales..... | 10 |
| 5.4. Présentation de la procédure..... | 10 |
| 5.5. Communication du dispositif aux utilisateurs..... | 11 |
| 6. Objectifs de cette thèse..... | 11 |
| MATERIEL ET METHODES..... | 12 |
| 1. Type d'étude..... | 12 |
| 2. Cadre éthique et réglementaire..... | 12 |
| 3. Population étudiée..... | 13 |
| 3.1. Recrutement de l'échantillon..... | 13 |
| 3.2. Prise de contact..... | 13 |
| 4. Recueil des données..... | 13 |
| 4.1. Méthode utilisée..... | 13 |
| 4.2. Guide d'entretien..... | 14 |
| 4.3. Déroulement des entretiens..... | 14 |
| 4.4. Matériel utilisé..... | 14 |
| 4.5. Nombre d'entretiens..... | 14 |
| 5. Traitement des données..... | 15 |
| 5.1. Retranscription..... | 15 |
| 5.2. Analyse des données..... | 15 |
| 5.3. Triangulation des données..... | 15 |
| 5.4. Résultats..... | 16 |
| 6. Recherches bibliographiques..... | 16 |
| 7. Journal de bord..... | 16 |
| RÉSULTATS..... | 17 |
| 1. Déroulement du recueil de données..... | 17 |
| 2. Définition d'un patient gériatrique..... | 18 |
| 2.1. Pas simple à caractériser..... | 18 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2. Spécificités..... | 18 |
| 2.3. La visite à domicile..... | 20 |
| 3. Place du médecin généraliste..... | 22 |
| 3.1. Rôle..... | 22 |
| 3.2. Difficultés d'accès..... | 24 |
| 4. Difficultés de la prise en charge des patients gériatriques..... | 25 |
| 4.1. Liées à la personne âgée..... | 25 |
| 4.2. Relatives à l'entourage du patient..... | 25 |
| 4.3. En lien avec les pathologies du sujet âgé..... | 25 |
| 4.4. Manque d'accès au plateau technique..... | 26 |
| 4.5. Un accès aux soins spécialisés pénible et dégradé..... | 26 |
| 4.5.1. Complexe..... | 26 |
| 4.5.2. Communication impossible..... | 27 |
| 4.5.3. Délais de rendez-vous trop longs..... | 28 |
| 4.5.4. Perte de chance pour le patient..... | 28 |
| 4.5.5. Spécialités en tension dans le Boulonnais..... | 29 |
| 4.5.6. Solutions aux difficultés rencontrées..... | 29 |
| 4.6. Et du côté de la médecine générale ?..... | 30 |
| 4.6.1. Pas suffisamment de médecins..... | 30 |
| 4.6.2. Pour trop de patients..... | 31 |
| 4.6.3. Le temps est un problème..... | 31 |
| 4.6.4. Rémunération insuffisante..... | 34 |
| 4.6.5. Manque d'envie..... | 34 |
| 4.6.6. Besoin de moyens..... | 35 |
| 4.6.7. Pression administrative..... | 36 |
| 4.6.8. Manque d'expérience et de compétences..... | 36 |
| 5. Recours lors d'une prise en charge complexe..... | 36 |
| 5.1. Caractéristiques du recours..... | 36 |
| 5.2. Prise en charge sociale et parcours de soins..... | 37 |
| 5.3. Prise en charge médicale..... | 38 |
| 5.4. Recours au service des urgences..... | 39 |
| 5.4.1. Fréquence..... | 39 |
| 5.4.2. Motifs de recours..... | 39 |
| 5.4.3. À éviter..... | 40 |
| 5.4.4. Mais difficile de faire autrement..... | 41 |
| 5.4.5. Manque de communication..... | 42 |
| 6. Le numéro d'appel unique d'appui gériatrique..... | 42 |
| 6.1. Connaissance..... | 42 |
| 6.2. Méconnaissance..... | 42 |
| 6.3. Fréquence de recours..... | 43 |
| 6.4. Motifs de recours..... | 43 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.5. Service rendu : les avis sont partagés..... | 43 |
| 6.5.1. Utile..... | 43 |
| 6.5.2. Inutile..... | 44 |
| 6.6. Freins à l'utilisation..... | 45 |
| 6.7. Axes d'amélioration..... | 47 |
| 7. Les alternatives au dispositif du numéro d'appel unique..... | 49 |
| 7.1. Attentes du médecin généraliste..... | 49 |
| 7.2. Exemple de la HopLine..... | 50 |
| 7.3. Exemple d'Omnidoc..... | 50 |
| 8. Lien ville-hôpital..... | 51 |
| 8.1. Pourquoi est-il nécessaire que le lien ville-hôpital soit renforcé ?..... | 52 |
| 8.2. Comment renforcer le lien ville-hôpital ?..... | 53 |
| 8.2.1. Se connaître..... | 53 |
| 8.2.2. Comment travailler ensemble ?..... | 54 |
| 8.2.3. Nécessité d'être motivé et investi..... | 56 |
| 8.2.4. Intérêt de la CPTS ?..... | 56 |
| 9. Modélisation des résultats de l'étude : carte conceptuelle..... | 58 |
| DISCUSSION..... | 59 |
| 1. Discussion de la méthode..... | 59 |
| 1.1. Forces de l'étude et scientificité..... | 59 |
| 1.1.1. Validité interne : fiabilité..... | 59 |
| 1.1.2. Validité externe : applicabilité..... | 60 |
| 1.2. Limites et biais..... | 60 |
| 1.2.1. Concernant la méthode..... | 60 |
| 1.2.1. Concernant le recrutement de l'échantillon..... | 61 |
| 2. Discussion des résultats..... | 61 |
| 2.1. Repérer le patient gériatrique..... | 61 |
| 2.1.1. Difficile à définir..... | 61 |
| 2.1.2. Chronophage et peu rémunérateur..... | 62 |
| 2.1.3. Nombreux..... | 62 |
| 2.1.4. Rôle (central) du généraliste : coordination et anticipation..... | 63 |
| 2.2. Les difficultés rencontrées..... | 63 |
| 2.2.1. Liées à la personne âgée, son entourage et ses pathologies..... | 63 |
| 2.2.2. L'âgisme..... | 64 |
| 2.2.3. Peur de la cascade gériatrique..... | 64 |
| 2.2.4. Plateau technique (imagerie) trop peu accessible..... | 64 |
| 2.2.5. Un accès aux soins spécialisés alarmant..... | 64 |
| 2.2.6. Du côté de la médecine générale..... | 65 |
| 2.2.6.1. Pas suffisamment de médecins..... | 65 |
| 2.2.6.2. Pour trop de patients..... | 65 |
| 2.2.6.3. Le burn-out..... | 66 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.6.4. Les temps ont changé..... | 66 |
| 2.3. Les recours actuels..... | 67 |
| 2.3.1. Satisfaction au niveau social..... | 67 |
| 2.3.2. Au niveau médical : favoriser les entrées directes..... | 67 |
| 2.3.3. Recours aux urgences à éviter..... | 68 |
| 2.4. Les outils d'aide..... | 69 |
| 2.4.1. Le numéro d'appel unique d'appui gériatrique du CHB..... | 69 |
| 2.4.2. Qu'est qu'un bon outil d'aide pour un médecin généraliste ?..... | 70 |
| 2.4.3. Les alternatives..... | 71 |
| 2.5. Nécessité du lien ville hôpital..... | 71 |
| 2.5.1. Connaître les spécialistes avant tout..... | 72 |
| 2.5.2. Faciliter le contact..... | 72 |
| 2.5.3. Travailler conjointement pour le bien du patient..... | 72 |
| 2.5.4. Exemple de la CPTS..... | 73 |
| CONCLUSION..... | 75 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 77 |
| ANNEXES..... | 85 |

INTRODUCTION

1. Contexte

L'auteure de cette thèse s'est sensibilisée à la prise en charge du patient gériatrique au cours de ses études de médecine. Elle qualifie les prises en charge de complexes et chronophages. Durant son stage de Gériatrie au Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer (CHB) est créé le numéro d'appel unique d'appui gériatrique. L'auteure, intéressée par cet outil, décide d'en faire son sujet de recherche.

2. Problématiques concernant le patient gériatrique

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses (1,2). Les grandes problématiques du patient gériatrique sont décrites comme étant la dépendance, la perte d'autonomie, la démence et la polypathologie (3). Pour ces raisons, l'approche doit être globale.

Le patient vieillissant est difficile à prendre en charge (4). Il présente des difficultés d'accès aux généralistes (5) et spécialistes (6), ce qui rend son parcours de soins pénible et laborieux.

La place du médecin généraliste est essentielle. Il a un rôle de coordinateur des soins, de suivi et d'accompagnement. Il est le premier relais du patient, de son entourage et des intervenants.

3. Le patient gériatrique admis aux urgences

Même si les généralistes veulent l'éviter, des passages au sein des Services d'Urgences (SU) sont à déplorer, faute de soins apportés en amont.

Ces dernières années, le nombre de passages total est estimé à 20 millions en moyenne par an. En 2019, la France comptait 697 structures, ayant pris en charge 22 millions de patients (contre 10 millions en 1996) (7).

La DRESS, en 2013 (8) et 2023 (9), réalise deux enquêtes nationales, dans les SU de France, le même jour, jour de faible affluence, et durant 24h. 58 500 passages sont décrits le mardi 13 juin 2023, soit 13% de plus que le mardi 11 juin 2013.

Les urgences sont le point d'entrée principal de l'hospitalisation des personnes âgées. 45% des passages suivis d'une hospitalisation concernent des patients de plus de 65 ans (10).

L'admission par les urgences est un facteur de risque important : 23% des plus de 75 ans y passent plus de 8 heures avec risque de survenue d'événements indésirables. Plus le temps d'attente allongé sur un brancard est long, plus les patients gériatriques sont à risque de décompensation aiguë d'organe (détresse respiratoire aiguë, oedème pulmonaire), de déshydratation, d'agitation sur un état de confusion aiguë, de désorientation et d'escarres.

Agnès BUZYN, à l'époque Ministre des Solidarités et de la Santé, signe en 2019 un pacte de refondation des urgences (10). Elle souhaite généraliser des parcours de soins dédiés aux personnes âgées pour leur éviter les urgences. Avec 175 millions d'euros de budget, deux objectifs sont envisagés : "zéro passage par les urgences" pour 2025 et un renforcement de la prise en charge médicale et soignante au sein des EHPAD. Ce travail est commun avec le plan "Grand âge et autonomie" (11).

Des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou depuis l'EHPAD sont souhaitées. Des moyens nouveaux sont alloués aux hôpitaux pour organiser ce parcours structuré, avec une équipe hospitalière chargée d'assurer l'accueil direct dans de bonnes conditions.

4. Etat des lieux aux urgences de Boulogne-Sur-Mer

Une étude en interne est réalisée par Sandrine SÉBILLE, coordinatrice de la filière gériatrique. Du 2 septembre au 2 octobre 2021, 56 femmes et 44 hommes, avec une moyenne d'âge de 85 ans, sont inclus après être passés aux urgences. Le temps moyen passé au SU est de 5h53, celui passé en UHCD de 7h10. Le temps total moyen estimé avant la décision d'orientation est de 10h23.

43 patients sont rentrés au domicile (dont 15 sortis des urgences après 20h et 8 après 22h) et 18 sont hospitalisés en gériatrie. Les autres sont orientés dans d'autres services de l'hôpital (chirurgie, pôle médecine hors gériatrie, oncologie).

Pour ces 100 patients, l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) est interpellée uniquement à 7 reprises pour des motifs de chute, troubles du comportement et maintien au domicile difficile (MADD).

D'après cette étude, il est estimé qu'environ 30% de ces passages aux urgences auraient pu être évités.

5. Création du numéro d'appel unique d'appui gériatrique

5.1. Objectif

Pour éviter la multiplication des passages aux urgences et optimiser le parcours de soins du patient gériatrique, l'équipe du service de gériatrie du CHB a mis en place un outil d'aide à prise en charge : le numéro d'appel unique d'appui gériatrique.

5.2. Genèse du dispositif

En 2021, l'Agence Régionale de Santé (ARS) recommande au CHB de mettre en place le dispositif. Un budget est accordé pour mener à bien ce projet.

Le dispositif devient fonctionnel le **4 octobre 2021** mais la filière gériatrique n'est labellisée qu'en janvier 2023.

Cet outil, réservé aux médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD, s'étend sur le territoire du Boulonnais.

5.3. Missions générales

“Etre l'interface de la ville et de l'hôpital pour optimiser la prise en charge du patient gériatrique dans son parcours de soins”.

Les médecins généralistes ont accès à :

- Un conseil et/ou un avis spécialisé
- Une hospitalisation directe en court séjour gériatrique
- Une consultation spécialisée en gériatrie
- Une consultation à domicile ou en EHPAD via l'EMG extra-hospitalière.

5.4. Présentation de la procédure

Une ligne directe téléphonique est proposée : 03.21.99.34.58. Une infirmière de l'EMG répond au téléphone du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30, un répondeur se déclenche en dehors des heures ouvrées.

Une adresse mail est également mise à disposition : ide_emgeria@ch-boulogne.fr .

Selon le motif d'appel, l'infirmière de l'EMG répond elle-même ou relaie si besoin la communication au gériatre d'astreinte.

5.5. Communication du dispositif aux utilisateurs

En décembre 2021, un flyer est envoyé par courrier aux médecins généralistes du Boulonnais ainsi qu'aux coordonnateurs d'EHPAD (annexe 1). Un mail le suit en janvier 2022. A compter du 9 mai 2022, devant le peu d'appels reçus, une note d'information est ajoutée sur les courriers de sortie de gériatrie (annexe 2).

6. Objectifs de cette thèse

Les membres du service de gériatrie du CHB ont souhaité répondre à ces problématiques en créant un numéro d'appel unique d'appui gériatrique. Le dispositif semble être peu sollicité, en dépit de l'aide qu'il peut apporter.

Au regard de ces données, l'auteure s'est posée les questions suivantes :

- Les médecins généralistes savent-ils définir le patient gériatrique ? Éprouvent-ils des difficultés à le prendre en charge ? Quels recours ont-ils lorsque les soins de leur patient gériatrique ne relèvent plus de la médecine de ville ?
- Les médecins généralistes ont-ils connaissance du numéro d'appel unique d'appui gériatrique mis en place par le CHB ? Si oui, le trouvent-ils utile ? Qu'attendent-ils d'un outil d'aide à la prise en charge ?
- Est-il envisageable aujourd'hui que le patient gériatrique puisse profiter d'un parcours de soins adapté à ses problématiques ?

Dans ce contexte, **l'objectif principal défini par l'auteure est d'évaluer l'intérêt que les médecins généralistes du Boulonnais portent au numéro d'appel unique d'appui gériatrique** mis en place par l'équipe de gériatrie du CHB.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier les difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes à soigner correctement leurs patients gériatriques.
- De connaître les recours qu'utilisent les médecins généralistes lorsque la prise en charge d'un patient gériatrique devient complexe.
- De faire connaître le dispositif du numéro d'appel unique aux médecins qui ne le connaissent pas.
- De faire un point sur le parcours de soins et l'accès aux soins du patient gériatrique aujourd'hui, dans le Boulonnais.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

La méthode de **recherche qualitative**, choisie pour la réalisation de ce travail, vise à produire puis analyser des données descriptives, telles que les paroles et les comportements. Ces données permettent de comprendre la position d'un sujet vis-à-vis d'une thématique définie. Pour identifier de manière standardisée les éléments caractéristiques d'une étude qualitative, l'échelle méthodologique COREQ est suivie (annexe 3).

Les médecins généralistes sont interrogés lors d'**entretiens oraux individuels, semi-dirigés**, en utilisant un guide d'entretien avec des questions ouvertes. Le contenu est analysé par une méthode inspirée de la **théorisation ancrée**.

Dans le cadre de la réalisation de ses travaux de thèse d'exercice en Médecine Générale, l'auteure est elle-même investigatrice et mène les entretiens. En plus des conseils de ses deux directrices de thèse, trois ouvrages de référence (12,13,14) lui permettent d'améliorer ses connaissances en matière de recherche qualitative.

2. Cadre éthique et réglementaire

L'auteure ne déclare **aucun conflit d'intérêt**, notamment pas de lien avec l'ARS ni avec le CHB. Cette étude ne reçoit aucun financement.

La participation aux travaux de recherche est fondée sur la base du volontariat, avec recueil du consentement oral. L'**anonymat** des participants est garanti.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-083 au registre des traitements de l'Université de Lille (annexe 4). Les médecins généralistes peuvent exercer leurs droits d'accès, rectifications, effacements et d'opposition sur les données les concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données sont traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Seuls l'investigatrice et les deux directrices de thèse ont accès aux données non anonymisées.

3. Population étudiée

3.1. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement concerne des **médecins généralistes installés sur le secteur du Boulonnais**. Ce territoire se situe dans le département du Pas-De-Calais en région Hauts-De-France (HDF) et compte environ 140 000 habitants. Le Boulonnais est le regroupement de trois communautés : la Communauté d'Agglomération du Boulonnais, la Communauté de Communes de Desvres-Samer et la Communauté de Communes de la Terre des Deux Caps. Ces trois secteurs ont pour point commun l'hôpital public de proximité situé à Boulogne-Sur-Mer.

Pour les premiers entretiens, un **recrutement au hasard** est effectué par recherche Internet via Google. Après les trois premiers entretiens, le recrutement se réalise par **effet boule de neige**. Le critère de choix est le lieu d'exercice du médecin généraliste, la chercheuse souhaitant avoir une diversité des lieux d'exercice situés plus ou moins loin de l'hôpital de proximité. L'auteure porte une attention particulière à obtenir un échantillon de médecins généralistes diversifié, de par leur sexe et leur âge. Le but n'est pas d'avoir un échantillon représentatif de la population générale, mais plutôt de créer une richesse de points de vue.

3.2. Prise de contact

Les médecins généralistes sont contactés par téléphone ou par courriel. L'investigatrice présente brièvement le thème et le sujet principal de son travail de recherche. Ils ne reçoivent pas au préalable le guide d'entretien par choix, afin de permettre plus de spontanéité.

Ils choisissent la date, l'heure et le lieu du rendez-vous. Les entretiens en présentiel sont préférés par l'investigatrice sans en faire une obligation.

4. Recueil des données

4.1. Méthode utilisée

Les entretiens oraux individuels et semi-dirigés, permettant une plus grande liberté d'expression, sont réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, servant de support à l'investigatrice.

4.2. Guide d'entretien

Un **guide d'entretien**, composé de trois questions ouvertes selon la méthode semi-dirigée, est utilisé (annexe 5). Il est conçu par la chercheuse entre janvier et mars 2023 et évolue au fur et à mesure des entretiens.

Au cours de l'entretien, l'investigatrice peut utiliser des questions de relance si les temps sans parole sont trop grands ou si le participant s'égare du sujet principal ou des sujets secondaires étudiés.

Il est testé préalablement par l'investigatrice auprès d'un médecin généraliste, permettant d'en améliorer la maîtrise et les techniques de relance.

Des précisions peuvent être apportées par la chercheuse afin d'expliquer notamment en quoi consiste le numéro d'appel unique d'appui gériatrique pour les médecins qui n'en n'ont jamais fait l'expérience.

4.3. Déroulement des entretiens

En préambule de chaque entretien, l'investigatrice se présente brièvement et introduit le thème de ses travaux de recherche. Elle dévoile son guide d'entretien, servant de support, et en présente succinctement les trois principaux thèmes abordés. Elle garde un exemplaire du flyer de présentation du dispositif si besoin.

Il est rappelé, après recueil du consentement oral, qu'il s'agit d'un recueil d'opinions avec garantie de l'anonymat.

A la fin de chaque entretien, les caractéristiques suivantes des participants sont demandées s'ils souhaitent les communiquer : sexe, âge, année d'installation, code postal du lieu d'exercice, le nombre moyen de patients, le type d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP, CPTS) et formations spécifiques (DU, DIU, FST, MSU).

Les durées d'enregistrement sont consignées pour chacun.

4.4. Matériel utilisé

Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone de marque Olympus® VN-540PC. Aucun enregistrement n'est perdu.

4.5. Nombre d'entretiens

Le recueil de données s'arrête lorsque l'analyse des entretiens ne fait plus apparaître de nouvelles notions ou idées, correspondant à la **suffisance théorique des données**.

5. Traitement des données

Le contenu des entretiens est analysé selon une méthode inspirée du modèle de théorisation ancrée de GLASER et STRAUSS (12). Grâce à cette méthode, une théorie est construite à partir des données de terrain, analysées au fur et à mesure.

La méthode proposée par PAILLÉ est suivie et se déroule en 6 étapes : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

5.1. Retranscription

Chaque enregistrement audio est écouté, transformé en un format écrit informatique, sur fichier Microsoft Word ®, en incluant les silences, les attitudes et les hésitations.

Le fait de transcrire elle-même les entretiens, permet à la chercheuse de s'immerger des données pour les coder puis les analyser avec plus d'aisance.

L'identité des participants est masquée afin de respecter leur anonymat, M1 représentant le premier médecin interrogé. Des données potentiellement remarquables et identifiantes, pouvant nuire à l'anonymat, ne sont pas retranscrites ou sont modifiées.

Les textes obtenus, enregistrés au format PDF, constituent un corpus de verbatim, fourni aux membres du jury sur support USB.

5.2. Analyse des données

Les verbatim sont analysés à l'aide du logiciel NVivo14® MAC, ce qui permet à la chercheuse de dégager, au fil des transcriptions puis des lectures et relectures, des idées en catégories.

L'encodage progressif des entretiens aboutit à la création de "nœuds" (anciennement appelés "codes"). Ainsi, au fil de l'encodage, les "nœuds-parents" se sont vus attribuer des "nœuds-enfants" et ainsi de suite. Les citations des médecins sont ainsi classées au fur et à mesure dans les nœuds correspondants.

5.3. Triangulation des données

Pour permettre une analyse croisée des données, une triangulation des données est réalisée selon la méthode de Christophe LEJEUNE (12).

Un second codage, en aveugle du premier, est réalisé sur cinq entretiens tirés au hasard dans le corpus, par un médecin généraliste.

Un troisième codage, en aveugle des deux précédents, est réalisé sur l'intégralité des entretiens du corpus, par une personne extérieure à l'étude.

5.4. Résultats

Les hypothèses émergentes évoluent de manière perpétuelle. Une théorisation des résultats est réalisée. La chercheuse réalise d'abord des tableaux puis des nuages de mots. Les citations des médecins sont situées dans des encadrés gris en italique.

L'investigatrice met en forme les implications théoriques de son travail par une modélisation finale sous forme de carte conceptuelle.

6. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques sont réalisées depuis septembre 2022. Une veille bibliographique est installée.

Les bases de données les plus utilisées sont Google, Pubmed, EM-Consulte, Cairn info et Science Direct. Les ressources électroniques de la BU Droit et Santé de Lille sont sollicitées.

Les mots-clés utilisés sont : personne âgée, patient gériatrique, parcours de soins, accès aux soins, numéro d'appel unique, hotline gériatrique, outil/dispositif d'aide à la prise en charge, lien ville-hôpital, recours aux urgences, rémunération des médecins généralistes.

7. Journal de bord

Un journal de bord est tenu par l'investigatrice. Il résume les différentes étapes de la réalisation de ses travaux de thèse, de la naissance du sujet à la soutenance auprès du jury. Il est fourni aux membres du jury sur support USB.

RÉSULTATS

1. Déroulement du recueil de données

Sur 22 médecins contactés, 10 médecins généralistes sont inclus. Aucun n'a refusé de participer à l'étude. **La suffisance des données est obtenue à l'entretien M9**, confirmée par un entretien de consolidation M10.

Les 10 entretiens se déroulent entre le 11 juillet 2024 et le 2 octobre 2024, dans un contexte calme et propice au dialogue.

Le guide d'entretien évolue au fur et à mesure des entretiens. Il est méthodiquement remanié, afin d'affiner et de recueillir un nombre suffisant de données sur les problématiques rencontrées.

La durée moyenne des entretiens est de 48 minutes et 45 secondes. Le plus court dure 30 minutes et le plus long 88 minutes. Les trois plus courts sont placés au début et la fin du recueil et les trois plus longs se situent en son cœur.

| N° | Sexe | Age | Année installation | Nombre de patients | Milieu exercice | Type d'exercice | Formation complémentaire | Durée entretien (min) |
|-----|------|-----|--------------------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|-----------------------|
| M1 | F | 31 | 2024 | 500 | 1 | MSP et CPTS | MSU en projet | 32 |
| M2 | M | 63 | 1991 | 1400 | 1 | Seul | MSU, Capacité de Gériatrie | 48 |
| M3 | M | 33 | 2022 | 700 | 1 | MSP et CPTS | MSU | 51 |
| M4 | F | 70 | 1986 | 280 | 4 | Seule | Homéopathie | 37 |
| M5 | M | 34 | 2022 | 800 | 3 | Groupe, CPTS | Dermatoscopie | 63 |
| M6 | M | 65 | 1986 | 1400 | 1 | Groupe | MSU, DU Soins Palliatifs | 54 |
| M7 | M | 31 | 2022 | 650 | 1 | MSP et CPTS | MSU, DU Nutrition | 88 |
| M8 | F | 56 | 2008 | 1200 | 3 | Groupe, CPTS | Capacité Gériatrie | 51 |
| M9 | M | 36 | 2017 | 1500 | 3 | MSP | MSU | 33 |
| M10 | M | 65 | 1989 | 1100 | 1 | MSP et CPTS | MSU, Tuteur | 30 |

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

L'âge moyen est de 48 ans. Le milieu d'exercice est classé en catégories selon la grille de densité communale de l'INSEE mise à jour en 2024. La catégorie 1 correspond aux grands centres urbains, la 2 aux centres urbains intermédiaires, la 3 aux ceintures urbaines, la 4 aux petites villes. Au sein des communes rurales, la grille distingue la catégorie 5 correspondant aux bourgs ruraux, la 6 au rural à habitat dispersé et la 7 au rural à habitat très dispersé.

Leur localisation sur le territoire est cartographiée en annexe 6. L'arbre de codage est détaillé en annexe 7. Les tableaux regroupant les items principaux cités de l'arbre de codage et les médecins correspondants sont placés en annexe 8.

2. Définition d'un patient gériatrique

2.1. Pas simple à caractériser...

M1 : Bah... c'est un patient, alors ça dépend de quel référentiel on se place...

M3 : C'est compliqué... euh... c'est une super question en vrai !

4 médecins évoquent un critère d'âge : > 65 ans (M1/M3), > 70 ans (M10), > 75 ans (M6). Mais la plupart le trouvent caduc devant l'hétérogénéité de patientèle.

M7 : Le critère d'âge, [...] il est caduc. [...]. Celui qui a fait l'usine pendant 40 ans à Capécure, [...] à 63 ans, il est déjà sur les rotules.

Critères de fragilité
Dépendant
Fragile **Âgé** Maladie chronique
Retraité
Polypathologique
Vieux
Perte d'autonomie

Annexe 8, tableau 1.

M1 : [...], il y a plusieurs maladies qui s'imbriquent.

M3 : [...] avec des critères de fragilité. Après euh... si tu me demandes de détailler les critères de fragilité, je sais pas si c'est la question (rires gênés) mais euh...

M4 : Gériatrique c'est qui commence à rentrer un petit peu dans la dépendance.

M7 : Je leur demande ce qu'ils font dans la vie, s'ils me répondent en retraite, j'ai tendance à les classer du côté de la gériatrie.

2.2. Spécificités

Annexe 8, tableau 2. Ils sont unanimes, la prise en charge est chronophage et les consultations sont longues. Le patient est lui-même défini comme étant lent et long.



M1 : [...] Ils mettent plus de temps à se déshabiller, [...] qu'ils se déplacent (parle lentement), même au niveau cognitif, ils sont un peu plus longs.

M8 : Caser une vraie consultation de gériatrie, [...] sur le plan cognitif, nutritionnel, fonctionnel [...], il faudrait une heure. [...].

Ils sont nombreux, surtout au centre ville, et doivent être réévalués régulièrement.

M2 : [...] parce que c'est le seul endroit de Boulogne qui est plat. [...], je suis pas loin du double de personnes âgées que la moyenne des médecins.

M7 : J'essaye d'y aller assez souvent, j'ai du mal à espacer les visites.

Ils sont peu rémunérateurs.

M7 : Si [...] je dois leur faire une vraie évaluation gériatrique [...] et que tu me le payes 300 euros, bien sur que je le ferai. Mais là à 35 euros la visite... (Blanc).

Ils sont isolés, abandonnés, et parfois négligés de par leur âge.

M4 : Elles sont abandonnées à la maison. [...] Les familles se détournent souvent.

M5 : T'appelles pour un avis, ton patient a 90 ans, ne serait-ce que donner l'âge au début de l'appel, ça te le classe dans la catégorie « je vais pas me faire chier ».

Les personnes âgées sont toutes différentes, certaines ont du caractère.

M1 : C'est vraiment du cas par cas, tu ne peux pas appliquer tes reco pile poil.

M4 : Les personnes âgées ont souvent du caractère ! (Rires).

La moitié des médecins trouvent les prises en charge intéressantes.

M1 : C'est à la fois intéressant, prenant et stressant.

M3 : Vraiment pour moi, la population gériatrique, moi j'aime beaucoup ça.

2.3. La visite à domicile

M7 : Quand tu me parles de gériatrie, moi je pense tout de suite visite à domicile [...]. T'es censé avoir une idée du mode de vie exacte et de l'autonomie au domicile.



Annexe 8, tableau 3. Elle est chronophage.

M6 : Il faut qu'elle vienne nous ouvrir la porte. [...] il faut se déshabiller, interroger, examiner, faire la prescription, expliquer. [...]. C'est au moins 30 minutes.

M9 : Et puis nous ici on doit aller loin hein ! J'ai une visite qui dure plus de 50 minutes, le temps de faire la route, voir le patient et revenir. [...].

La logistique n'est pas simple.

M1 : On examine quand même mieux un patient au cabinet dans un lieu aussi objectif, que chez lui sur un bout de canapé.

M4 : Elle est sourde ! Donc pour aller chez elle, je dois passer le jour où il y a la femme de ménage [...]. Le problème des clefs c'est quelque chose !

Les demandes sont nombreuses.

M6 : Tous les jours, il y en a entre quatre et huit visites, [...]. Ça m'arrive d'en voir deux ou trois le soir après les consultations qui se terminent déjà à 19h30 voire plus.
M9 : J'en ai tous les jours, [...], une dizaine par semaine [...], 500 visites par an.

Et des abus sont parfois observés de la part des patients.

M5 : J'ai repris certaines mauvaises habitudes pour des patients qui théoriquement peuvent se déplacer, [...] j'ai pas eu l'aplomb pour dire non, on se verra au cabinet.
M6 : "Ne venez pas entre telle heure et telle heure parce que ma fille m'emmène chez le coiffeur". [...] mais on peut pas aller chez le généraliste. C'est agaçant.

Ils se voient dans l'obligation de poser des limites et parfois de refuser des patients.

M1 : Oui j'en fais, alors je limite, parce que j'ai, dans ceux qui viennent au cabinet, j'en ai qui vieillissent et qui vont par tarder à devenir des visites.

Un médecin envisage la solution de l'ambulance pour transporter les patients.

M5 : Je ne vais pas hésiter plus tard, pour certains, à les faire venir en ambulance et puis c'est tout. Au final, il y en a plein qui le font, notamment des paraméd [...].

La rémunération des visites est un frein à sa réalisation.

M3 : 1h30 un patient, j'aime le faire donc je le fais, mais à 36€50, c'est compliqué.
M9 : 36.50 c'est dramatique quoi ! (Blanc). Il faut pas réfléchir trop parce que sinon tu le fais plus ! Ah non non mais c'est catastrophique !

Ils évoquent des cotations spécifiques : la Visite Longue (VL) et la majoration sortie d'hospitalisation (MSH).

M5 : Je cote toutes les VL quand y en a (rires), donc je cote une VL tous les trois mois, je cote les IK, [...]. Il y a des cotations à côté desquelles je passe.
M6 : J'apprends avec mes internes, à coter correctement mes actes dont les VL [...]. Si les gens sont en dispense d'avance de frais, [...] on va plus facilement le faire.

Un médecin trouve tout de même qu'elle est mieux rémunérée qu'avant.

M10 : Il y a eu aussi des progrès là-dessus, avec, notamment la VL. Je trouve que c'est quand même mieux que ça ne l'était il y a quelques années (blanc).

La moitié des médecins trouvent que les visites à domicile sont indispensables.

M5 : La personne qui a des gros troubles cognitifs et qui continue à conduire, j'ai pas envie d'avoir son accident sur la conscience.

M6 : "Ce patient de 95 ans, [...], personne ne veut aller le voir, est-ce-que vous acceptez ?". [...]. Il faut que quelqu'un dise oui.

3. Place du médecin généraliste

3.1. Rôle



Annexe 8, tableau 4. Il est important de coordonner le parcours de soins.

M2 : [...] il faut s'assurer qu'il est effectif. On a cette responsabilité. C'est déjà arrivé que des médecins soient condamnés [...].

M5 : [...] avec les infirmières libérales, elles n'ont pas forcément le même regard que nous sur les patients, et on doit travailler ensemble [...].

L'anticipation et la prévention sont essentielles.

M1 : J'essaie d'anticiper les questions de perte d'autonomie et maintien au domicile difficile. [...], comme ça ils connaissent déjà un peu le dossier si jamais ça beurrr.

M10 : C'est pour repérer les patients à risque de chute, proposer quelque chose, pour déclencher des choses, avant le drame.

Certains regrettent ne pas en faire assez.

M7 : *On voit les personnes âgées pour régler des problèmes aigus mais on ne fait pas encore à mon sens de prévention.*

Les médecins évoquent l'importance du réseau et de l'entraide.

M3 : *C'est avant tout une question de réseau et de moyens mis en place en amont. [...], en faisant une projection individualisée au patient et à ses critères de fragilité.*

- Au niveau des MSP :

M3 : *Il y a [...] l'ergothérapeute, l'enseignant en APA qui fait de la prévention chute, il y a l'orthoprothésiste qui fait les orthèses pour le maintien à domicile, etc.*

M7 : *On a une IPA dans la MSP, qui est dans la commission autonomie.*

- Et au niveau des CPTS :

M1 : *Y'a un travail avec la CPTS, je fais partie de la commission sur la chute, [...].*

M7 : *A la CPTS, [...] on a des protocoles. [...]. Donc on s'y intéresse et on change un petit peu notre manière de faire mais en pratique c'est assez dur.*

Ils doivent être correctement organisés.

M1 : *A domicile, ils ont tous un classeur avec tous leurs antécédents, les observations, les courriers, un onglet autonomie. [...].*

M3 : *Du coup, c'est pas forcément un savoir théorique à acquérir mais plus un réseau, une capacité d'organisation à développer en amont.*

Les médecins précisent le besoin d'être réactifs, ils gardent tous les jours des créneaux d'urgence, particulièrement pour les personnes âgées.

M5 : *Si on m'appelle le matin pour une urgence, j'arrive à me libérer un créneau. [...] surtout pour les personnes âgées, on ne sait jamais si c'est du lard ou du cochon.*

M6 : *Une personne âgée qui a une infection urinaire avec de la fièvre, je ne peux pas lui dire que je viens vendredi si on est lundi, donc j'irai dans la journée.*

Il faut être disponible, s'impliquer et prendre le temps quand c'est nécessaire.

M3 : [...]. Mais c'est un travail psychologique de dire "Ok, je vais y passer deux heures, pas de soucis, mais après ce sera plus simple". [...].

Certains prennent les rendez-vous pour leurs patients.

M6 : J'aime bien le faire, comme ça je peux insister sur le caractère urgent. [...].

M8 : Devoir leur faire des mémos [...]. C'est épuisant d'avoir ce genre de choses à gérer, [...]. Je dépasse mes fonctions de médecin, tout comme les infirmiers libéraux.

Ils évoquent l'importance de la communication, voire de la négociation.

M1 : Je ne peux pas non plus leur foncer dedans en leur disant "bon bah maintenant on va à l'Ehpad" ! Mais j'essaye d'amorcer la discussion, de planter la graine. [...].

M7 : Je me suis battu pendant un an et demi pour qu'elle accepte de voir un cardio. Elle a eu son pacemaker, elle reprend l'autonomie [...]. C'est de la négociation.

3.2. Difficultés d'accès

7 médecins ont conscience que les personnes âgées éprouvent des difficultés à avoir accès au médecin généraliste : M1, M2, M4, M5, M6, M7, M8.

M2 : Le nombre de médecins [...] qui ont pris leur retraite sans être remplacés, y'en a pleins ! Boulogne, Saint Martin, ça fait 60000 habitants et on était 60 médecins, [...]. Maintenant je ne suis même pas sûr qu'on soit 40 [...].

M7 : Y'a un creux démographique certes, [...] les jeunes ne veulent plus s'installer.

Certains patients n'ont plus de suivi parce qu'ils nécessitent d'être suivis à domicile.

M6 : Ce sont des gens qui ne se déplacent plus [...], certains médecins ne veulent plus aller à domicile.

M8 : Je vois des patients suivis depuis 30 ans, [...] en situation de soins palliatifs, [...] et dont le médecin traitant refuse d'aller au domicile.

La solution du dispositif d'accès au médecin traitant via la CPTS est évoquée.

M1 : Elle cherche les médecins qui font partie de la CPTS qui font encore des visites et qui peuvent s'en occuper.

M7 : Je suis dans la commission accès aux médecins traitants.

4. Difficultés de la prise en charge des patients gériatriques

4.1. Liées à la personne âgée

M1, M4, M5, M7 et M10 sont en difficulté lorsque les personnes âgées refusent les soins. Elles peuvent être réticentes à changer leur mode de vie (accepter les aides à domicile) et à quitter leur domicile, laissant l'équipe soignante dépourvue.

M1 : *Parfois ils ne veulent pas aller à l'hôpital et du coup c'est à nous de gérer [...].*

M4 : *Elle ne veut pas aller en maison de retraite ni n'importe qui chez elle.*

Les convaincre, sans les brusquer, au risque de perdre la relation de confiance.

M7 : *On ne peut pas toujours être en contradiction [...], sinon on perd la relation. [...]*

M10 : *J'ai passé plus d'une heure chez des patients parce qu'il y avait un maintien à domicile difficile. [...], convaincre les gens, les accompagner.*

4.2. Relatives à l'entourage du patient

M1, M3, M4, M5, M7 et M8 précisent que l'entourage peut être compliqué à gérer.

M7 : *Leur fille a pris rendez-vous avec moi exprès pour m'expliquer que mamie embêtait papy [...] et qu'il fallait faire ci, faire ça. [...].*

A l'inverse, M4, M6 et M8 regrettent qu'il soit parfois absent.

M4 : *Avant il y avait la famille qui souvent prenait en charge mais c'est plus toujours le cas. Ça les laisse quand même seuls.*

M8 : *[...] qui ont des enfants qui ont fait des études supérieures et qui sont partis loin. On a pas mal de patients âgés, seuls et isolés dans des grandes maisons.*

M3 et M10 évoquent qu'il peut être difficile de faire le lien avec tous les intervenants.

M10 : *Il faut faire le lien entre tous les acteurs, c'est ça qui n'est pas toujours simple.*

4.3. En lien avec les pathologies du sujet âgé

Il existe aussi des difficultés liées à la polypathologie, notamment lorsque les troubles cognitifs s'installent pour M1, M2, M3, M4, M7, M8 et M10. Ils redoutent la cascade gériatrique.

M3 : *Il y a la cascade gériatrique qui peut se dérouler hyper rapidement. Rapidité d'évolution et de dégradation. [...].*

M8 : *Pour le peu qu'ils aient des troubles cognitifs, j'ai l'impression [...] (rires), de ne pas être leur médecin mais d'être leur fille en fait.*

4.4. Manque d'accès au plateau technique

Le plateau technique est inaccessible pour M2, M5, M6, M8 et pour leurs patients.

M5 : *J'avais pas en ville les moyens nécessaires pour le surveiller de près, c'est compliqué d'être réactif sur des bios quotidiennes [...].*

M5 : *Toute une batterie d'examens que j'aurais jamais pu organiser dans des délais corrects en ville ! [...] j'aurais dû [...] cramer des heures de prise en charge.*

En particulier le service d'imagerie (M2, M6).

M6 : *[...] et qu'on a le crin crin qui défile, tapez 1, tapez 2, tapez 12, revenez à la case départ et ne passez pas par la case prison (rires), ça dure longtemps... [...].*

M6 : *Elle demande un scanner abdominal, [...], "c'est pour quelle raison ? ", ils vont répondre "parce que j'ai mal au ventre", allez hop... perpette... [...].*

4.5. Un accès aux soins spécialisés pénible et dégradé

4.5.1. Complexe

8 médecins trouvent que l'accès aux soins spécialisés est complexe voire dramatique : M1, M2, M3, M4, M5, M8, M9 et M10.

M2 : *Ça ne fonctionne pas bien ! [...]. Régulièrement, j'ai des patients, à qui j'ai fait une lettre il y a 2 ans et je suis obligé d'en renvoyer une en disant c'est un rappel.*

M10 : *Ouais dramatique... [...] c'est une galère pas possible quoi. [...]. On passe beaucoup de temps à ça et on ne devrait pas (blanc).*

4 médecins précisent que c'était mieux avant : M4, M6, M8 et M9.

M8 : *Ça s'est considérablement dégradé. [...]. J'ai vraiment l'impression qu'on va à l'urgence mais dès [...] qu'on essaie d'anticiper, [...], c'est plus possible.*

M9 : *Il est en train de se détériorer très violemment en cinq ans. Je suis installé depuis 8 ans. Y a des spécialités où ça devient [...] très inquiétant !*

M3, M5 et M7 se sentent parfois méprisés et incompris.

M3 : *Je vais essayer d'être confraternel [...]. Je pense qu'il y a un certain mépris [...] envers les généralistes [...]. Il y a une incompréhension totale de ce qui se passe en ville avec un nombrilisme hospitalier.*

4.5.2. Communication impossible

8 médecins se plaignent de la communication (M1, M2, M4, M5, M6, M7, M8 et M9). Ils passent de longues minutes au téléphone sans que personne ne décroche.

M2 : *On peut passer un temps fou pour essayer d'avoir quelqu'un. [...] la règle, c'est qu'ils ne décrochent plus. On a un peu peur quand il faut appeler l'hôpital !*

M8 : *[...]. J'aime pas quand je dois appeler 10 fois [...]. J'ai pas le temps de passer un quart d'heure à entendre sonner. [...]. Je suis baladée de poste en poste, [...].*

C'est au médecin généraliste de prendre les rendez-vous.

M2 : *Le budget secrétariat est devenu une variable d'ajustement du budget de l'hôpital. [...]. On est devenu des secrétaires des services hospitaliers parce qu'ils exigent que ce soit le médecin qui l'envoie.*

M7 : *9 fois sur 10, la réponse c'est : "Ah bah non, il faut que le médecin rappelle pour motiver la demande". [...], j'ai pas le temps !*

Et ils ne sont pas d'accord avec ça.

M7 : *C'est quelque chose pour lequel je me bats [...]. J'ai de la demande, [...], je vais pas bloquer des rendez-vous pour passer des coups de fil.*

De ce fait, le médecin généraliste prend du retard dans son programme.

M9 : *J'appelle entre deux patients et puis je prends du retard [...]. J'ai été plusieurs fois déçu que ma prise en charge ne soit pas fluide autant que je l'espérais.*

Ou alors, ils disent aux patients de se rendre directement chez les spécialistes.

M6 : *Je dis parfois aux patients de [...] se mettre dans la salle d'attente et de dire à la secrétaire que c'est une urgence [...].*

M2, M6, M7 et M10 relèvent que la messagerie de l'hôpital n'est pas sécurisée.

M7 : Ils ont pas encore compris ce que c'était une messagerie sécurisée. [...]. En radiologie et en cardio, il faut envoyer des courriers et ça ne marche pas [...].

M10 : Ça fait 15 ans que j'en parle avec des médecins de l'hôpital, [...]. J'espère que ça va se résoudre parce que c'est important (blanc).

4.5.3. Délais de rendez-vous trop longs

7 médecins disent que les délais de rendez-vous sont trop longs.

M1 : On est souvent hors reco parce qu'on n'est pas capable de pouvoir leur proposer un rendez-vous dans les temps. [...].

M2 : Les délais sont vachement longs. Il y a des tensions par rapport aux délais, rien que les rendez-vous de consultations, ça devient faramineux !

Et ils se sentent démunis.

M1 : Entre-temps, on le revoit, on ne sait plus quoi lui dire... [...] Ça a un côté un peu fataliste et puis déconcertant parce qu'on est un peu démunis...

4.5.4. Perte de chance pour le patient

3 médecins parlent de perte de chance : M1, M2 et M7.

M1 : C'est un retard d'accès aux soins je trouve, à cause des délais.

M2 : Il y a des retards de prise en charge liés à des problèmes d'effectifs, de places, [...] il peut y avoir des pertes de chances [...].

6 médecins ne jettent pas la pierre aux spécialistes : M1, M2, M3, M6, M7 et M8.

M2 : C'est pas de la faute des professionnels, ils font ce qu'ils peuvent. [...]. Mais on sent bien qu'il y a des tensions comme c'est décrit partout dans les médias.

M8 : Alors je jette la pierre à personne, c'est juste qu'ils ne peuvent plus quoi.

Mais des consultations potentiellement inutiles embolisent le service (M3, M5 et M6).

M3 : Je pense aussi qu'on oriente beaucoup de polypatho asymptomatiques juste pour le suivi et du coup on a pas beaucoup de créneaux.

M6 : Il y avait moins d'examens systématiques. [...] Quand les internes me disent qu'avec les reco il faut faire si, il faut faire ça, ouais d'accord... Un diabétique, bien sûr qu'il faut qu'il voit le cardio, mais pas forcément tous les ans [...].

4.5.5. Spécialités en tension dans le Boulonnais



Annexe 8, tableau 5. La cardiologie et la dermatologie sont les deux spécialités en tension les plus citées.

M2 : Vous envoyez une lettre en cardiologie [...], il décide s'il prend, du délai, et parfois ils ne répondent pas aux gens !

M2 : En dermato, [...], on leur dit non, [...]. Alors qu'ils ont fait la démarche d'aller voir leur médecin pour avoir la lettre ... (soupirs).

Mais aussi...

M6 : Les ophtalmos aussi ont le pompon. [...] (Rires). Eux, c'est la bérézina ! [...] Un œil rouge qui me paraît suspect, [...], à part les urgences, y' a rien.

M7 : Bah là, y'a plus d'hémato, j'ai une découverte de leucémie aiguë, tu vois qu'il y a une perte de chance quand même clairement. Le gars a attendu deux mois [...].

4.5.6. Solutions aux difficultés rencontrées

5 médecins disent essayer de se débrouiller : M1, M3, M5, M6 et M9.

M1 : Alors on se débrouille ! [...]. Après ça nous autonomise aussi. [...] sauf qu'entre temps on bricole [...] ... donc c'est pas très carré... (rire gênés).

M5 : On te donne une conduite à tenir ambulatoire qui est ingérable, pour laquelle les hospitaliers feraient X examens, [...] et toi tu dois te débrouiller avec rien du tout.

M1 et M9 vont s'équiper.

M9 : *On est en train de monter en charge à la maison médicale [...] on va avoir un holter tensionnel, on est en train de s'équiper, je fais les sutures et des infiltrations...*

M2 et M3 se forment.

M2 : *[...] comme j'ai fait une capacité de gériatrie, j'ai accès au réseau Méotis mémoire. Je le fais moi-même, la neuropsychologue vient ici. [...].*

M3 : *On est 5 médecins, on essaie d'acquérir des compétences différentes.*

Plusieurs médecins utilisent la téléexpertise comme solution.

M3 : *C'est d'avoir de la délégation de tâches via la téléexpertise. [...] j'ai un dermatoscope, [...]. Je travaille avec une dermato qui est à Marcq-en-Baroeul [...].*

Un médecin sollicite l'aide de la famille.

M5 : *Je vais plutôt demander à la famille d'être un peu plus présente pendant quelques jours, le temps qu'on stabilise et qu'on organise les choses.*

4.6. Et du côté de la médecine générale ?



Annexe 8, tableau 6.

4.6.1. Pas suffisamment de médecins

Les médecins généralistes se sentent en nombre insuffisant.

M7 : *C'est un problème, comme sur beaucoup de territoires, y a plus de médecins.*

4.6.2. Pour trop de patients

Les médecins savent que les personnes âgées éprouvent des difficultés à avoir un médecin traitant, surtout s'ils nécessitent d'être vus à domicile. Une pression provenant de la patientèle est ressentie.

M2 : *On a une pression phénoménale tous les jours. J'ai des appels pour avoir des nouveaux patients et la plupart du temps je dis non parce que je ne peux plus.*

M5 : *Je connais une collègue qui s'en va, [...], y en a plus de 500 sur le carreau.*

Ils refusent des patients, même les jeunes installés.

M2 : *J'ai 1400 patients. Et ça fait plusieurs années que je freine des 4 fers pour ne plus en prendre, parce que j'estime que je suis surbooké.*

M7 : *Avec tous les départs retraite, on a plein de demandes, mais on refuse ! [...]. Je suis installé depuis novembre 2022 et je refuse déjà des patients.*

Certains culpabilisent.

M8 : *C'est un paradoxe, ceux qui en ont le plus besoin se retrouvent sans personne.*

D'autres moins.

M5 : *On est consommable, [...], ça ne vaut pas le coup de se flinguer pour essayer de répondre à la demande et puis, ce n'est pas de notre faute !*

M5 : *Et si je fais plus, je ferai moins bien [...] je serai plus stressé et puis à 50 ans je ferai un infarctus, c'est pas le but.*

Un médecin avoue sélectionner ses patients. Un autre est contre cette pratique.

M5 : *Je sélectionne un peu (rires gênés), je vais pas te dire le contraire : [...] pas sur les pathologies, je sélectionne sur le contact. [...] pour ne pas m'épuiser rapidement.*

M8 : *On voit comme dérive, des médecins qui choisissent [...] : vous venez avec votre dossier, je verrai si je vous prends, en fonction de la lourdeur de votre dossier.*

4.6.3. Le temps est un problème

Quelles sont les difficultés majeures quand tu prends en charge un patient gériatrique ? **M3 :** *Le temps (silence).*

Le mot “temps” est le mot le plus utilisé dans les verbatims après les mots patient(s) et médecin(s). Il est cité 161 fois.

Les médecins sont unanimes, le temps est un problème en médecine générale.

M4 : *Le temps est compté pour le médecin généraliste actuellement parce qu'il doit vraiment droper quoi !*

Leur agenda est saturé : les journées sont longues et les actes sont nombreux, principalement pour les médecins les plus âgés.

M2 : *Je rentre chez moi, il est 20h / 20h30. [...]. J'ai l'impression à 63 ans, de n'avoir jamais autant travaillé. Pas tellement en nombre d'actes mais en complexité.*

M6 : *Je commence à 8h15 et je rentre chez moi, il doit être 21h30... Tous les jours.*

M9 : *Je vois en moyenne 35 patients par jour.*

M10 : *J'ai l'impression de travailler beaucoup, [...]. Bah quoi que là, j'ai un peu ralenti... J'arrive à 7h30 et je repars à 19h30... [...].*

La question du temps engendre la question du conflit de génération : les médecins travaillent moins qu'avant.

M2 : *On pourrait dire en gros qu'il faut deux médecins aujourd'hui pour en remplacer un d'avant. Ça n'a pas été du tout anticipé et un des problèmes vient de là.*

M4 : *Il y a une époque où on travaillait jusqu'à 20h30, 21h, ça semblait pas bizarre. Maintenant, [...] à 17h30, ils sont tous partis ! Je vois plus personne... (ton triste).*

2 médecins ne sont pas tout à fait en accord avec la jeune génération.

M6 : *C'est un choix de vie. Si j'écoute ma femme, elle me dit : “C'est eux qui ont raison” parce que forcément elle m'a pas vu beaucoup [...]. C'est à la fois audible et en même temps pour la patientèle, non.*

M8 : *Celui-là il est pas rentable, je le prends pas. [...]. Ça je suis pas d'accord.*

Alors que 4 médecins de l'ancienne génération le sont.

M2 : *Je comprends qu'ils aient plus envie. [...]. Les jeunes travaillent 3 jours et demi, 4 jours grand maximum. Bah c'est cool hein ! [...]. Mais bon pourquoi pas ?*

M8 : *Il est normal [...] que l'on puisse allier vie professionnelle et vie privée. [...]. Je comprends aujourd'hui que l'on veuille [...] garder un certain confort de vie. [...]. Il n'y a aucune raison que notre métier échappe à ça. On n'est pas entré dans les ordres !*

M8 et M10 regrettent d'avoir trop travaillé.

M8 : *J'ai beaucoup travaillé. Et trop je pense. [...]. Si mes enfants en sont là où ils sont aujourd'hui, je peux aussi dire merci à mes parents [...] qui ont fait beaucoup de choses... (silence) (larmes aux yeux). [...] je le regrette. [...]. Avant, enfin... je ne suis pas si vieille (rires), c'était comme ça. Je ne me voyais pas dire non à un rendez-vous qui n'était pas prévu. [...]. C'est une des raisons aujourd'hui pour laquelle j'arrête la médecine générale libérale.*

M10 : *Parce que c'est sur qu'on a passé, enfin moi j'ai passé peut-être trop de temps au travail... (rires étouffés).*

M6 évoque les bénéfices secondaires du métier de médecin.

M6 : *La richesse du métier fait qu'on a quand même des bénéfices secondaires. On rencontre des gens, [...] on rentre dans leur intimité, [...], c'est aussi une richesse.*

Les temps changent, la profession de médecin évolue au fil du temps.

M2 : *Eux c'était 22h/23h... [...] Sa maison était son cabinet, [...], les gens venaient sonner le dimanche, c'était comme ça ! Déjà nous, c'était une petite révolution, on a réformé le tour de garde. Après il y a eu les centres de régulation [...]. Maintenant c'est plus les horaires de travail.*

Ils envisagent des solutions pour gagner du temps. Annexe 8, tableau 7.



A word cloud centered around the theme of saving time. The most prominent words are 'Savoir dire non' in large blue letters and 'Être ferme' in large red letters. Other words include 'Revoir les patients' (red), 'Revalorisation' (purple), 'IPA' (red), 'MSU' (purple), 'Regroupement' (purple), 'MSP' (red), 'Secrétaire' (red), 'Sélection de patients' (red), and 'Assistants médicaux' (purple).

M3 : *On va avoir une IPA, qui va faire une partie de nos suivis en délégation de tâches et du coup, je vais augmenter de deux fois quasiment mes domiciles.*

M3 : *[...] on fera un sur trois, c'est-à-dire un coup l'interne, un coup l'IPA, un coup moi. J'essaie de trouver des choses pour m'organiser.*

M5 : C'est pour ça que moi, je me limite à 800 patients et que je sais dire non. [...]. Pour les suivre correctement, et pour mon confort aussi.

Un médecin émet tout de même des réserves.

M7 : Pour les assistants médicaux, [...] c'est un peu vicieux, la sécu te paye une partie de son salaire et tu t'engages à augmenter ta patientèle et ta file active.

M7 : On est subventionné sur des objectifs, [...] mais le jour où les objectifs seront incompatibles avec ma philosophie de la médecine, qu'est ce que je vais faire ?

4.6.4. Rémunération insuffisante

8 médecins ne sont pas satisfaits aujourd'hui de leur rémunération.

M7 : J'ai Bac +12, je gagne 4000 € par mois, bah je pense que c'est pas trop payé. [...] Que ce soit pour les patients gériatriques ou que ce soit de manière générale.

M7 : C'est clairement pas le niveau de vie auquel je m'attendais. [...] ... pour la responsabilité... pour l'investissement et pour le service rendu à la population. [...] J'avais l'image du médecin quand j'étais petit qui avait une belle voiture quoi... [...].

Surtout quand ils la comparent avec des postes de salariat.

M5 : Le salariat [...] ! 35h par semaine, 30% de salaire en plus, 5 semaines de congés payés par an, plus les machins, les trucs ! Tu peux être en arrêt maladie. [...]. Je comprends qu'il y en ait qui ne soient plus tentés par la médecine générale...

M10 : A un moment, j'avais un collègue qui avait été embauché en gériatrie, [...], il m'avait communiqué son salaire, bah... c'est sûr que ça fait réfléchir hein...

Ou à d'autres professions non médicales.

M6 : Un serrurier va passer 20 minutes et me demander 240 euros, [...]. Quand on passe une demi-heure avec un patient et qu'on demande 26.50 euros, [...].

M7 : Un directeur à Auchan, même si ça ne doit pas être facile, ça a ses responsabilités et ses contraintes, quand tu vois qu'il gagne plus que toi, bon bah...

4.6.5. Manque d'envie

Ils privilégient leur confort de vie, ou le souhaitent.

M2 : J'arrive à un âge où j'aimerais bien rentrer chez moi de bonne heure et avoir moins de patients.

M4 : C'est une histoire de qualité de vie, ils n'ont pas envie de tout donner pour la médecine, je crois, c'est ça. (Blanc).

Sous peine d'arrêter d'exercer la médecine ou de regretter leur installation.

M4 : Là j'en ai vu un [...] qui a 30/32 ans, qui me dit [...] "ça va pas durer", "[...] je vois pas mes copains, enfin voilà".

M7 : On est tous unanime, [...], si c'était à refaire, on le referait pas.

D'autres voient au cours de leur exercice des incohérences, un manque de sens.

M7 : Quand tu vois tous les gens qui se désinstallent parce qu'ils trouvent plus trop de sens, bah voilà, je comprends mieux.

M7 : Leur but à la sécu, c'est pas que tu fasses de la bonne médecine, c'est qu'ils veulent que tu vois plus de gens. [...]. On ne fait pas plus avec moins hein... (rires).

Ils songent parfois à diversifier ou à arrêter leur activité.

M7 : Je fais de la médecine du sport pour faire autre chose parce que que de la médecine générale, je trouve ça lourd [...] peut-être que j'aurai d'autres opportunités.

Un médecin quitte son cabinet et opte pour un emploi salarié.

M8 : Je pars vers une activité salariée. [...], va m'apporter un certain confort de vie.

4.6.6. Besoin de moyens

Ils déplorent un manque de soutien financier.

M2 : Ce n'est pas dans la philosophie du pouvoir local d'aider ces "nantis de médecins" (rires étouffés). [...].

M7 : Ils auront beau faire tout ce qu'ils veulent niveau dispositifs, tant que l'enveloppe elle sera pas augmentée, les patients ne verront pas plus de médecins.

Et politique.

M2 : Il faut que les communes s'impliquent [...]. C'est vraiment une des clefs d'accès aux soins. On parle des [...] des déserts médicaux, [...] Boulogne, ça en devient un !

M7 : Si les politiques veulent qu'on passe du temps pour une population spécifique, et bien il faut que ce temps soit rémunéré, il faut des moyens.

4.6.7. Pression administrative

Ils évoquent la pression administrative : les certificats, les résultats de laboratoire à valider quotidiennement, les courriers à lire et à faire.

M7 : *Tu reçois des certificats pour tout, pour les PAI, la crèche et tout ça. Tu te dis, je fais pas de médecine en fait ! J'ai le tampon pourtant du certificat abusif, [...].*

M2 : *Le temps de faire les résultats de labo, les courriers à faire, les certificats,*

M7 et M9 évoquent la gestion de la logistique.

M9 : *C'est moi qui gère quasiment toute la structure. La partie technique, financière, [...] et du coup c'est un peu dur parfois. [...] c'est plus les à-côtés qui me font saturer.*

M7 évoque également la comptabilité et la sécurité sociale.

M7 : *[...] mais je ne te parle pas de la sécu... Je passe une demi-heure par jour à faire des duplicatas de feuilles de soin, à faire des indicateurs pour la sécu.*

Ce qui le rend perplexe sur l'avenir de son exercice de la médecine.

M7 : *On va nous dire, prenez une IPA parce que vous êtes débordés [...]. Ok pourquoi pas. Et de l'autre côté, moi je passe trois heures à faire des réunions [...].*

4.6.8. Manque d'expérience et de compétences

Certains évoquent le manque d'expérience et de pratique et d'autres le manque de connaissance et de compétence. Ils partagent leurs expériences et leurs difficultés et essayent de travailler ensemble, notamment au sein des MSP ou des CPTS.

M1 : *Un genre de RCP pour présenter des difficultés qu'on peut avoir. Avec les paramédicaux, il y a une réunion par trimestre [...]. Faut bosser en groupe quoi !*

M3 : *Il faut aussi avouer que l'on a pas toutes les compétences.*

5. Recours lors d'une prise en charge complexe

5.1. Caractéristiques du recours

Lorsque la prise en charge ambulatoire atteint ses limites, se pose la question de la balance bénéfice-risque.

M1 : [...] la décision ou pas d'hospitaliser, [...] bénéfice-risque d'une hospitalisation, [...]. Parfois ils sont limites, on gère des situations qui devraient être hospitalières.

M4 : Mais tout en sachant que l'hospitalisation [...] souvent c'est fatal... quand on le change de lieu, il perd la tête, enfin c'est pas toujours facile.

M4, M6, M8 et M10 précisent que les demandes d'aides sociales ou médicales sont chronophages.

M8 : Et ça prend un temps fou, [...]. Pour le peu que vous n'ayez pas de famille qui gère à côté, c'est clairement du bénévolat.

5.2. Prise en charge sociale et parcours de soins



Annexe 8, tableau 8. Ils font appel à l'Équipe Mobile de Gériatrie du CHB.

M10 : L'Équipe Mobile de Gériatrie, ça nous rend bien service.

Ils font appel au DAC Passerelles (plateforme territoriale de santé).

M2 : Ils gèrent des situations complexes, des prises de RDV [...] un bon soutien. [...].

M8 : [...] il y a des infirmiers et des assistantes sociales. [...]. Là maintenant, j'ai un interlocuteur dont c'est vraiment la mission [...].

Les aides à domicile sont sollicitées.

M4 : Il y a les aides au domicile quand même maintenant, ça fonctionne bien, donc ça permet de les stimuler un peu.

Un médecin fait appel au CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), un autre à la MDS (Maison Départementale des Solidarités).

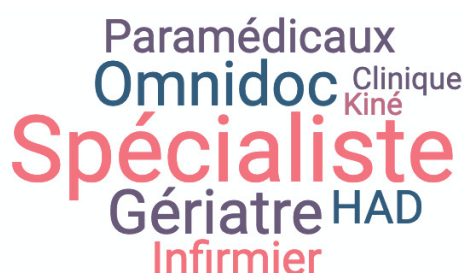
M8 : La dame qui travaille au CCAS, connaît bien les personnes âgées. Elle va aller les voir, elle va les aider à remplir un dossier d'APA, à faire des choses comme ça.

M9 : *J'appelle la MDS, [...] parce que je pense que c'est pas trop à nous de la gérer. Je délègue à la MDS avec qui on a des bonnes relations.*

Ils sont globalement satisfaits. Un médecin précise qu'il se sent moins dépourvu qu'il y a quelques années.

M10 : *On a des ressources et des outils qui sont beaucoup plus importants qu'il y a quelques années où on était vraiment isolé. Je me sens moins en difficulté.*

5.3. Prise en charge médicale



Annexe 8, tableau 9. L'appel du spécialiste est un recours fréquent.

M4 : *Quand j'ai des personnes un peu complexes, je téléphone pour leur demander une consultation pour justement avoir un avis un peu spécialisé par les gériatres.*

De préférence, ceux de l'hôpital public.

M5 : *[...]. La prise en charge est plus globale à l'hôpital. [...]. Tu vois à la clinique, il y a des chir qui dégainent un peu vite leur scalpel. [...].*

Certains utilisent Omnidoc.

M7 : *En médecine interne, là sur Omnidoc, clique droit tu mets les antécédents, tu fais le PDF, [...]. T'as une réponse sur le bilan à faire et il te dit s'il veut le voir ou pas.*
M9 : *J'ai envoyé un ECG [...] le cardiologue m'a répondu en 10 minutes !*

Ils aimeraient pouvoir réaliser des entrées directes, ils apprécient que le service de gériatrie propose ce service.

M3 : *Il y a très peu de services qui acceptent les entrées directes et le fait que la gériatrie l'évoque, je trouve ça super bien. Et c'est vrai que j'ai eu des entrées directes en gériatrie pour des patients et je trouve qu'il y a eu une grande plus value.*

Mais elles ne sont pas simples à organiser.

M1 : Les entrées directes parfois c'est un peu foireux et ils se retrouvent aux urgences, par manque de communication [...] et ça c'est un peu dommage.

Un médecin évoque l'idée d'avoir un accès rapide au service d'imagerie pour faciliter les prises en charge de ses patients.

M3 : [...] développer un réseau avec les biologies et l'imagerie, [...], ça limiterait carrément les passages aux urgences de la population gériatrique.

5.4. Recours au service des urgences



Annexe 8, tableau 10.

5.4.1. Fréquence

8 médecins disent qu'ils ont rarement recours aux urgences.

M10 : Ça arrive, mais c'est quand même assez rare, moi j'essaie toujours de trouver une solution sans passer par les urgences.

5.4.2. Motifs de recours

7 médecins y envoient leurs patients uniquement si le motif de consultation est aigu.

M5 : J'envoie aux urgences quand c'est pour une pathologie aiguë, mono organe. Une suspicion d'AVC, une suspicion d'infarctus, une infection qui part en live...

Un médecin ajoute qu'il adresse parfois ses patients en fin de journée, quand les autres recours ne sont plus disponibles.

M1 : *Malheureusement, parfois, on n'a pas le choix, quand c'est dans des horaires qui ne conviennent pas.*

Et il arrive que les patients se rendent aux urgences d'eux-mêmes, sans être adressés par le médecin traitant.

M7 : *Après y'a les patients qui y vont d'eux-mêmes. Bon quand je vois les motifs pour lesquels les patients se sont présentés aux urgences, j'ai un peu honte. [...].*

M8 : *Et puis il y a aussi une éducation de la population à faire. Il y a des patients aussi qui veulent tout, tout de suite. [...].*

Alors même que le médecin traitant réserve des créneaux d'urgence dans ses plages de consultations.

M7 : *Je suis disponible et je passe les voir en urgence si besoin, les familles ou les patients ont le réflexe de m'appeler moi plutôt que d'aller directement aux urgences.*

M9 : *J'ai 10/12 créneaux d'urgence le lundi, [...] et le samedi t'as aussi [...]. Ils ne peuvent pas dire qu'ils sont allés aux urgences parce qu'ils n'ont pas pu me voir.*

5.4.3. À éviter

M2 et M6 évoquent le temps d'attente et regrettent l'absence d'une filière adaptée aux patients âgés.

M2 : *Une personne âgée déjà, elle va attendre très longtemps sur son brancard, et après, elle n'est pas sûre d'avoir une réponse adaptée parfois à la situation.*

M6 : *L'attente est quand même longue et il n'y a pas de filière spéciale qui permet de prendre en charge les personnes âgées tôt quand elles arrivent aux urgences.*

M2 et M5 évoquent le manque parfois de lits d'aval.

M2 : *C'est toujours le même problème depuis longtemps. En aval, il n'y a pas forcément la place suffisante pour prendre en charge tout le monde. [...].*

Et le manque d'effectif.

M2 : *Il y a des retards de prise en charge liés à des problèmes d'effectifs, de places, ... [...] je suis conscient qu'ils sont surbookés aux urgences.*

M2 et M5 reprochent le manque de prise en charge sociale aux urgences.

M2 : *Des fois les problèmes sont médico-sociaux, et dès lors qu'il y a un peu de social, c'est clairement plus la tasse de thé des services d'urgences.*

L'EMG est intervenue au domicile du patient après un passage aux urgences.

M9 : *L'équipe mobile de gériatrie est déjà intervenue au domicile de mes patients après qu'ils soient passés aux urgences.*

Un médecin évoque la perte de chance.

M2 : *Quand pas d'urgence vitale, c'est retour à la maison, avec perte de chance [...].*

5.4.4. Mais difficile de faire autrement

M1 : *J'essaye de leur éviter le plus possible [...]. ... après parfois on a pas le choix.*

Ils tentent de contacter les spécialistes (avis médicaux, entrées directes) ou le service d'imagerie dans un laps de temps imparti (entre deux consultations) mais se heurtent aux difficultés de communication et d'accès, ...

M7 : *[...] Je me suis demandé quoi faire. Est-ce que je passe un quart d'heure à essayer d'avoir quelqu'un ou est-ce que je l'envoie directement aux urgences ?*

..., à l'habitude de faire passer le patient aux urgences avant, ...

M8 : *Si vous téléphonez en cardio, si par bonheur vous arrivez à avoir la secrétaire, elle va vous répondre, [...], il faut passer par les urgences.*

M8 : *Ou si vous avez besoin d'une imagerie en urgence, c'est pareil, c'est pas possible, on nous dit bah non vous faites passer par les urgences.*

... et au manque de lits pour les entrées directes.

M1 : *[...] faciliter les entrées directes, [...] pour éviter ce passage aux urgences, [...], mais je pense qu'ils sont limités par le nombre de places dans le service.*

5.4.5. Manque de communication

M2, M3, M4 et M7 évoquent l'importance de la transmission d'informations dans les deux sens. Certains préfèrent appeler, d'autres le courrier. Mais M2 et M3 regrettent ne pas être suffisamment écoutés.

M2 : *J'ai entendu un peu le discours de certains urgentistes, pas tous, et je pense qu'il y a des préjugés très défavorables sur les médecins généralistes.*

M3 : *[...] Juger de la pertinence de l'orientation ça m'agace. [...].*

6. Le numéro d'appel unique d'appui gériatrique

6.1. Connaissance

La moitié des médecins connaissent le dispositif du numéro d'appel unique d'appui gériatrique du CHB : M1, M6, M8, M9, M10. Un médecin supplémentaire dit connaître le dispositif après la présentation de ce dernier : M3.

Ces 6 médecins connaissent le dispositif grâce :

- Au flyer envoyé par courrier en décembre 2021 : M8, M9, M10
- Au mail envoyé en janvier 2022 : M8, M10
- A la note d'information sur les courriers de sortie depuis mai 2022 : M1, M10
- Au bouche à oreille : M3, M6, M9

M1 : *Je ne le connais pas par coeur mais bon (rires)... je le connais (rires)...*

M8 : *J'ai reçu un courrier ici au cabinet (elle cherche sur son ordinateur). Voilà, ça date du 5 janvier 2022 [...]. Donc je l'ai scanné, je l'ai dans la machine.*

6.2. Méconnaissance

Les 4 autres médecins ne le connaissent pas. Ils disent passer par le standard de l'hôpital et demandent soit le gériatre, soit l'EMG. Un médecin confie avoir les numéros personnels de certains gériatres et les appeler directement si besoin.

M5 : *C'est-à-dire que moi ce que je fais c'est que j'appelle le standard et je demande à ce qu'on me passe le gériatre d'avis. Et ça marche comme ça.*

Pour les médecins ne connaissant pas le dispositif, leurs avis, après présentation du dispositif, sont pris en considération puisqu'ils l'utilisent de manière indirecte en passant par le standard.

6.3. Fréquence de recours

Elle est variable, entre une fois par mois et une à deux fois par an.

M3 : *Oui je l'utilise souvent, enfin souvent... [...]. Une fois par mois je pense.*

M10 : *J'y ai recours une fois tous les... un an (rires).*

6.4. Motifs de recours



Annexe 8, tableau 11. Les motifs de recours sont les sollicitations de l'EMG, les questions médicales, les demandes d'hospitalisation directe ou de consultation.

M3 : *C'est pour avoir des conseils sur les examens paracliniques ou sur un bilan étiologique à faire [...].*

M4 : *[...] C'était pour favoriser le maintien à domicile, voir dans quelles conditions on pouvait laisser cette personne à domicile, voir comment on pouvait l'aider.*

2 médecins précisent que leur motif de recours dépend du degré d'urgence.

M8 : *[...] une altération de l'état général depuis quelques semaines avec un amaigrissement, [...], j'ai envoyé un mail [...] pour demander une hospitalisation directe programmée. Si c'est urgent, [...] je vais téléphoner.*

6.5. Service rendu : les avis sont partagés

6.5.1. Utile

9 médecins trouvent le dispositif utile.

M1 : *Bah carrément ! Moi je trouve que c'est une super idée en tous cas.*

M6 : *On a tous des patientèles qui vieillissent, on a tous besoin de la gériatrie.*

M1, M3, M4, M6 et M7 précisent que les avis sont de bonne qualité.

M1 : C'est des avis de qualité, ils savent. [...] Chaque gériatre a un peu aussi sa sous spécialité [...] donc moi je trouve que c'est bien, c'est carrément bien.

M6 : Euh... bah disons qu'à Boulogne, on a quand même de la chance. On a quand même un service de gériatrie qui est efficace avec des gens compétents et réactifs.

L'équipe de gériatrie est réactive, disponible et accessible (M6, M9 et M10).

M6 : Le service est réactif. J'ai pas à me plaindre, j'arrive toujours à avoir quelqu'un au téléphone. [...]. Je les trouve disponibles.

M9 : Je la trouve plus accessible qu'à une époque. Ils font plus de choses, c'est plus diversifié, je la trouve plus complète.

Le dispositif est facile et simple d'utilisation pour M1, M3 et M6.

M3 : Je fais mes domiciles l'après-midi, c'est facile, je peux l'appeler entre 14 et 16h.

M6 : C'est sûr qu'aujourd'hui avec le téléphone, c'est beaucoup plus simple.

M1 et M6 apprécient le numéro d'appel unique, ce qui le rend direct.

M1 : Au moins c'est direct. Ça t'évite de repasser par le standard. T'as pas l'errance du standardiste qui se goure et qui t'envoie vers la mauvaise personne.

6.5.2. Inutile

7 médecins trouvent que le dispositif est inutile.

M7 : Pour moi, le dispositif actuel est un peu désuet, et... (blanc).

M9 : J'arrêteraient tout ça, [...] (rires). [...]. Ah ouais ! Je ne m'embêteraient pas (rires).

M7, M8 et M10 évoquent des sollicitations laissées sans réponse.

M10 : Une fois, je les avais appelés, et j'avais pas eu de réaction, ils sont pas venus, y'a pas eu de suite, et donc j'ai du relancer.

Le dispositif n'a pas répondu aux attentes pour M5 et M10.

M5 : J'ai demandé un avis, c'était pour un patient qui avait des troubles cognitifs, qui était violent verbalement avec sa femme, l'infirmière m'a donné un numéro d'une association [...], qu'est-ce que je fais avec ça quoi !

M10 : *Ça n'a pas toujours répondu aux attentes (blanc). Il y a des situations qui sont trop compliquées (pires gênés). [...] où ils n'avaient pas d'autres solutions que ce que j'avais déjà mis en place. On ne peut pas leur demander l'impossible (blanc).*

Un médecin se dit rassuré de sa prise en charge.

M5 : *Ça m'a surtout permis de me dire bon c'est bon, j'ai fait ce qu'il fallait, [...] ça m'a rassuré globalement. Mais ça n'a pas apporté un gros bénéfice [...].*

Un médecin trouve que le côté médical est trop absent.

M3 : *Le côté médical, [...], il est trop absent à mon goût.*

Un médecin évoque le manque de moyen et un autre parle d'un manque de fluidité.

M6 : *C'est vrai que le numéro d'appel permet quand même d'avoir un avis mais compte-tenu du nombre de places limitées, c'est plus compliqué.*

M9 : *En théorie, ça a l'air facile et fluide, mais en pratique, ça l'est pas forcément.*

6.6. Freins à l'utilisation

9 médecins évoquent des freins à l'utilisation du dispositif. Annexe 8, tableau 12.

Manque de coordination
Multiplicité des numéros
Amplitude horaire
Être rappelé
Temps d'attente
Filtre infirmière
Messagerie non sécurisée
Manque de places
Gérontes débordés

Ils évoquent un temps d'attente trop long pour entrer en communication et pour obtenir une réponse.

M7 : *Mais qui dit passer un coup de fil, dit prendre du temps. L'appel d'un quart d'heure, en libéral, c'est un patient en moins.*

M9 : *On aurait besoin que le gériatre nous réponde, et puis tout de suite ! Mais il a autre chose à faire. Quand il nous rappelle, c'est nous qui avons autre chose à faire.*

Et un temps trop long pour voir leurs patients pris en charge.

M2 : *Le patient dont je parlais, [...], il était vraiment polypathologique, [...], c'était le bon exemple pour l'envoyer là-bas. Bon bah... ils l'ont pris... 15 jours après ! (Rires).*

Ils apprécient peu le fait d'être rappelé.

M1 : *Parfois il rappelle, donc bon nous en consultation c'est pas toujours évident.*

M9 : *En libéral, la journée elle est très chronométrée, très tac tac tac, ça enchaîne et on peut pas nous dire et nous demander de rappeler une demi heure après, [...].*

Certains regrettent le filtre de l'infirmière.

M5 : *Quand t'arrives sur un truc un peu plus pointu, [...] ça vaut le coup de tomber directement sur le gériatre pour pas avoir à répéter ou pour que ce soit plus adapté.*

Ils n'acceptent pas que la messagerie ne soit pas sécurisée.

M3 : *Avec ma messagerie sécurisée MS santé, ça part pas. Et ça pour moi, c'est non négociable, je n'envoie jamais sur une adresse mail non sécurisée.*

M10 : *Alors l'adresse mail, je l'utilise, mais je leur ai fait la réflexion que c'était pas sécurisé et que ça m'énervait (souples agacés).*

Ils évoquent une amplitude horaire trop restreinte.

M1 : *C'est sûr que c'est un peu en opposition de phase avec notre organisation.*

M6 : *Le souci du lendemain, c'est que je n'aurai plus la personne en face de moi.*

Certains regrettent une multiplicité des numéros.

M1 : *Tous les services ont un peu leur numéro, [...]. Ce n'est pas inhérent à la gériatrie, c'est plus l'hôpital et tous les numéros qui peuvent exister.*

M2 : *Parce que le 99.34 jsais pas quoi, on y a pensé une fois après on se rappelle même plus qu'on l'a dans le téléphone en fait... [...].*

Et un trop grand nombre de dispositifs à disposition.

M2 : On reçoit tellement de courrier, que ce soit par mail, Apicrypt, les trucs MS Santé. [...] C'est vite passé aux oubliettes, alors que l'info est sûrement intéressante.
M7 : Des plaquettes de l'hôpital, j'en reçois une par semaine, hein... [...]. T'as un millefeuille de dispositifs mais [...] je me dis "mince qu'est-ce que je choisis ?".

Certains ne veulent pas déranger.

M5 : Je culpabilise en me disant que si tout le monde commence à les solliciter [...], ça n'a plus d'intérêt. [...]. Je crois qu'on est 90 sur le secteur, ça fait beaucoup, c'est pas parce qu'on crée des numéros, qu'il faut être dans l'abus et les surcharger. [...].
M8 : Après, je pense qu'ils sont aussi pas mal sollicités quand même.

Ils déplorent un manque de coordination et de concertation.

M7 : Typiquement là, rien que sur la messagerie, y'a pas eu de concertation. [...]. La sécu nous dit "[...], il faut faire sécurisé". [...]. Et l'hôpital nous demande d'envoyer sur une adresse non sécurisée... [...], il faut accorder les violons quoi !

6.7. Axes d'amélioration

Consultation semi urgente
 Gériatredirectement
 Amplitude horaire
 Réunion
 Demande écrite
 Astreinte des soirées
 Messageries sécurisée
 Omnidoc
 Coordination

Annexe 8, tableau 13. Ils préfèrent la demande écrite plutôt que de passer un appel.

M1 : Un courrier détaillé et comme ça, à la limite, on prend le temps qu'on veut au moment où on l'a décidé, c'est peut-être moins invasif que le téléphone.
M9 : En fait, l'idéal, c'est quand même par mail je pense.

Raison pour laquelle, la messagerie doit être sécurisée.

M7 : *On nous a fait *** pour mettre MS santé partout. On a passé des demi-journées à installer ça, et notre hôpital du bassin ne l'utilise pas... [...] Il faut qu'ils s'y mettent.*

Ils aimeraient que l'amplitude horaire soit augmentée. L'idée d'un gériatre d'astreinte en soirée est évoquée, idéalement jusqu'à 20h.

M1 : *Ça peut être le gériatre d'astreinte qui regarde ce mail là.*

M6 : *Dans la mesure où je fais des visites à domicile le soir, c'est vrai que j'aimerais bien que l'amplitude horaire soit plus grande, [...]. Après, embêter un gériatre au-delà de 20 heures, ça me paraît compliqué [...].*

Ils préfèrent communiquer directement avec le gériatre.

M6 : *Je ne suis pas contre [...], mais je préfère en parler directement au gériatre.*

Ils aimeraient qu'un gériatre évalue les patients gériatriques à domicile.

M3 : *C'est peut être la chose qui nous manque, nous, c'est une évaluation médicale hospitalière à domicile. C'est-à-dire qu'un gériatre se détache de l'hôpital.*

Ils aimeraient que des consultations semi-urgentes soient organisées.

M3 : *Si les consultations semi-urgentes étaient en place, on pourrait [...] envisager une liste [...] tous les trois mois de patients complexes à évaluer. Ce serait génial !*

M6 : *Ça permettrait justement de ne pas avoir à adresser aux urgences, en dehors de l'extrême urgence, je pense qu'effectivement ça peut rendre service.*

Ils suggèrent l'utilisation d'Omnidoc pour remplacer le numéro d'appel unique.

M7 : *Bah typiquement la gériatrie serait sur Omnidoc, ce serait incroyablement bien. Alors je dis pas que ça répond à tout. Mais pour moi en gériatrie ça pourrait se faire.*

M9 : *En 2024, la vitesse supérieure est enclenchée et c'est plutôt Omnidoc.*

En prévoyant un temps de réactivité et un tri réalisé par l'infirmière de l'EMG.

M9 : *Je le ferai sur Omnidoc et en prévoyant un temps de réactivité inférieur à la demie journée. [...] Et aussi que l'infirmière fasse une pré-réponse en disant je transmets votre demande au gériatre parce que je ne suis pas compétente, ou alors je prévois un rendez-vous pour le...*

Ils aimeraient que la coordination ville-hôpital soit améliorée.

M5 : [...]. Si on me prévenait [...] que l'équipe mobile se déplace [...]. Je peux me libérer pour être là avec eux, je trouverais ça vraiment bien.

Un médecin souhaiterait que les hospitalisations directes soient facilitées.

M6 : La possibilité d'avoir un accès direct au service de gériatrie quand on estime qu'une hospitalisation est nécessaire.

Un autre suggère la mise à disposition de moyens financiers.

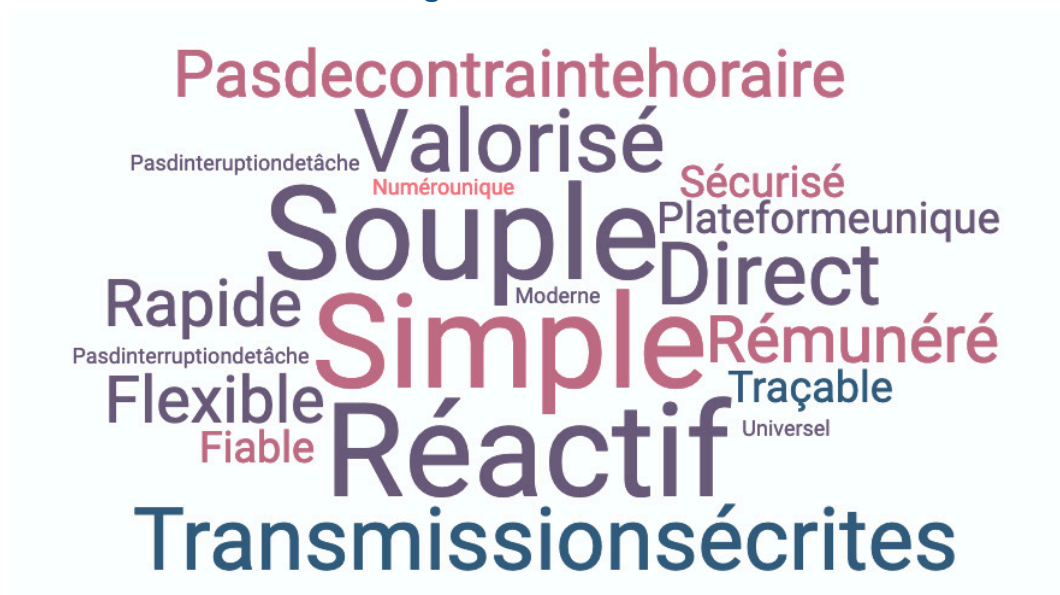
M3 : Parce que les recommandations pas appliquées, c'est souvent la barre d'appui ou le machin qu'il faut acheter. [...] que les adaptations [...] soient prises en charge.

Un médecin conseille à l'équipe de gériatrie de faire une réunion d'informations.

M6 : Une réunion qui durerait 1h, 1h30 avec une explication de ce qu'ils font, de ce qu'on peut attendre, de comment ils fonctionnent, je pense que ce serait très utile.

7. Les alternatives au dispositif du numéro d'appel unique

7.1. Attentes du médecin généraliste



Selon les médecins interrogés, un bon outil de recours et d'aide à la prise en charge d'un patient doit être :

- Souple (flexible, pas de contrainte horaire, pas d'interruption de tâche),
- Simple (plateforme unique, numéro unique),
- Direct (rapide, pas d'attente, pas d'intermédiaire),
- Moderne (de préférence numérisé),
- Sécurisé (de préférence écrit, traçable, fiable),
- Rémunéré (le temps passé doit être valorisé),
- Réactif (rapidité de la réponse obtenue).

Annexe 8, tableau 14. Même les plus âgés, utilisent les outils numériques.

M7 : Il faut qu'il soit souple, c'est quand tu veux où tu veux : si tu veux le faire dans ton canapé le soir tu peux [...]. Rapide, parce que le patient derrière si tu lui prends en photo sa lésion [...] et que trois semaines après t'as pas de réponse, ça ne va pas ! [...]. Troisième critère, rémunéré [...]. Alors même si c'est que de la paperasse, bah c'est du temps médical [...], bah c'est pas bénévole (grande inspiration). [...] Si on veut quelque chose d'efficace à mon sens, il faut être simple, et donc c'est numéro unique, c'est plateforme unique. [...] c'est simplicité et universalité (blanc).

M9 : Par téléphone, les transmissions ne sont pas toujours bonnes. La manière de présenter le dossier n'est pas toujours très nette et la manière dont l'autre reçoit l'information, pour le peu qu'il ait un peu la tête ailleurs, n'est pas toujours efficace.

7.2. Exemple de la HopLine

La HopLine du CHU de Lille est prise en exemple par M2 et M7. Elle est simple, directe, réactive, efficace et centrale.

M2 : Celui-là je l'ai. [...]. Et c'est vraiment superbe ! [...]. Ils ont prévenu eux-mêmes Dunkerque. Et le lendemain, la dame était reçue ! Ça c'est hyper efficace. [...].

M7 : Pour une prise en charge partagée efficace, t'aurais un numéro unique, un guichet unique, une plate-forme unique, ça faciliterait les choses. Centraliser.

7.3. Exemple d'Omnidoc

La plateforme Omnidoc suscite de l'intérêt pour 7 médecins : M2, M3, M5, M7, M8, M9 et M10. Ils évoquent les avantages de cet outil sans y voir d'inconvénient. La valorisation du temps passé est incontestablement un atout. Deux médecins de 63 et 65 ans l'utilisent sans difficulté. Annexe 8, tableau 15.

Pas d'interruption de tâche
Valorisé
 Fiable Direct **Simple** Traçabilité Moderne
 Tri Réactif Rapide
Souple

M7 : Omnidoc a tout compris. C'est la solution la plus satisfaisante à mon sens, pour les avis ponctuels. [...] Tu passes 10 minutes, t'as 10 euros. Voilà c'est logique [...].

M9 : C'est très clean, c'est cadré quoi ! On peut mettre des pièces jointes, des machins. Ils veulent trier à l'hôpital, [...] Omnidoc c'est une super manière de trier.

Trop peu de spécialistes qui travaillent avec cet outil dans le Boulonnais.

M2 : A Saint Philibert à Lomme, [...] je fais Omnidoc avec eux. [...]. C'est dommage qu'il y en ait pas sur place, [...] c'est mieux que ce soit local.

M7 : Alors au départ sur la côte c'est un peu frustrant, parce que t'as trois péquenaud comme nous !

M2, M3 et M7 ont l'impression qu' Omnidoc se développe autour d'eux.

M2 : Les rhumato de l'hôpital de Boulogne viennent d'ouvrir un truc Omnidoc, donc je pense qu'il y a d'autres services où on pourrait l'utiliser.

M3 : Ça se développe pas mal, [...].

8. Lien ville-hôpital

M7 : Une prise en charge gériatrique, sans un bon lien ville-hôpital, c'est compliqué.

M9 : Le monde libéral et le monde hospitalier, c'est pas facile à coordonner, on fonctionne pas pareil et du coup l'harmonie, elle est pas si facile que ça à trouver.

8.1. Pourquoi est-il nécessaire que le lien ville-hôpital soit renforcé ?



Annexe 8, tableau 16. Il est primordial de se connaître.

M1 : *Faire en sorte qu'il y ait des moments de rencontre où l'on puisse mettre des visages sur des noms, pour casser un peu cette barrière ville-hôpital.*

M10 : *Là, j'ai des internes qui m'ont filé certains numéros de spécialistes. Et ça rend des services (rires). Le contact direct, ça facilite les démarches.*

Il est important de se rencontrer et d'échanger.

M6 : *Je pense qu'il faut pouvoir se rencontrer. [...], le contact direct est important.*

M10 : *Je pense qu'il faut faciliter les échanges avec l'hôpital, avec les spécialistes.*

Il faut anticiper et communiquer sur la sortie d'hospitalisation des patients.

M1 : *J'aimerais bien qu'on m'appelle quatre jours avant pour me dire : "il est bientôt sortant, voilà ce qu'on envisage pour le domicile". Peut-être communiquer en fait !*

Et se faire confiance.

M3 : *S'ils nous connaissent pas, ils savent pas comment on travaille, je comprends qu'ils aient un doute, une incertitude et qu'ils demandent plutôt les urgences.*

M8 : *Quand on connaît le médecin avec qui on a déjà travaillé, avec qui on peut se faire confiance, voilà c'est vraiment beaucoup plus simple dans ces cas là.*

Il faut se comprendre, se respecter et se concerter,

M1 : C'est facile de critiquer l'hôpital, c'est facile de nous critiquer. [...]. Il y a toujours une explication et parfois le fait de bien se connaître, [...] ça permet de comprendre.

M7 : Après, mais ça c'est toujours l'articulation ville-hôpital, c'est toujours à nous libéraux de s'adapter aux fonctionnements mis en place par l'hôpital.

Les médecins généralistes ont besoin d'être informés.

M8 : Je vois apparaître des nouveaux noms sur des courriers, ou même parfois des nouvelles spécialités quoi. [...]. On n'est pas informé. On ne sait pas. Moi ça m'est déjà arrivé d'adresser un patient à un médecin, mais en fait il est parti !

Ils veulent trouver des solutions pour se former ensemble.

M9 : Ça permettrait de renforcer la communication, tout en formant les médecins sur des sujets où eux trouvent que le médecin généraliste est un peu largué.

8.2. Comment renforcer le lien ville-hôpital ?

8.2.1. Se connaître



Annexe 8, tableau 17. Ils parlent de l'importance de se présenter à l'installation.

M3 : C'est à l'installation d'un médecin généraliste et réciproquement à l'arrivée d'un PH de l'hôpital, de se présenter les uns aux autres. [...].

M4 : Je n'ai jamais vu de médecin travaillant à l'hôpital venir se présenter à mon cabinet. On pourrait imaginer que ce soit une bonne idée [...].

Certains l'ont fait.

M1 : *On s'est présenté au service de gériatrie quand on a ouvert notre MSP.*

Ils accordent de l'importance à l'annuaire téléphonique.

M6 : *Un support papier ce serait bien, au pire un support informatique mis à jour avec la liste des praticiens avec leur numéro de téléphone. [...].*

Ils suggèrent de partager des repas.

M10 : *Nous, après on fait pas mal de réunions le midi, [...] entre 12h30 et 13h30 et puis on mange un petit truc en même temps .*

Ils évoquent les réunions d'informations à des horaires adaptés à l'exercice de la médecine générale.

M6 : *[...]. Mais c'était à 17h un mardi, moi à 17h le mardi je bosse ! Je demande pas à ce qu'ils la mettent à 21h30, mais au moins 20h, ça serait plus raisonnable.*

M8 : *On pourrait avoir des réunions d'informations, il y a le problème des horaires...`*

M9 : *Pas à 18h hein ! À 20h par exemple (rires).*

Mais un médecin est sceptique.

M6 : *[...] des grands messes, pour mettre au point des choses qui n'aboutissent jamais. Donc il y a beaucoup de réunionites et pas grand-chose derrière.*

Ils regrettent la revue "Sextant" du CHB que les généralistes recevaient.

M6 : *[...] C'était une façon de présenter les gens. [...]. On la recevait deux ou trois fois par an, et c'était génial. [...]. Ça fait au moins 10 ans qu'elle n'existe plus [...].*

8.2.2. Comment travailler ensemble ?



Annexe 8, tableau 18. Via l'organisation de Formation Médicale Continue (FMC).

M6 : *On échange avec un praticien, souvent hospitalier, qui vient parler de sa spécialité et d'un sujet en particulier et on déborde, on a les téléphones à la fin [...].*

M9 : *Ça leur permettrait un meilleur recrutement [...].*

Ils donnent l'idée de réaliser des RCP au sein des maisons médicales en y invitant le gériatre parce qu'ils avouent ne pas avoir toutes les compétences.

M1 : *[...] une fois tous les trois mois pour présenter des cas qui sont un peu complexes, chroniques et avoir l'avis d'un gériatre sur un point précis.*

M7 : *[...] une ressource pour prendre une décision partagée efficace.*

Certains ont eu l'occasion de travailler à l'hôpital en stage.

M5 : *Après je les connais, donc ça facilite un peu les choses. J'étais passé en stage à Boulogne. Quand tu veux des avis, les gens te connaissent et ça va mieux.*

M9 : *Après, je connais quand même pas mal de monde à l'hôpital [...]. Moi j'ai squatté beaucoup l'hôpital de Boulogne, j'ai fait tout mon internat là bas quasiment !*

Ils évoquent la réalisation d'ateliers au sein des maisons médicales.

M9 : *On a une équipe de gériatrie de l'hôpital de Boulogne qui est venue ici pour [...] mettre en place des ateliers de prévention [...] sur l'autonomie je crois. [...].*

M10 : *On a aussi un autre projet sur la iatrogénie en sortie d'hôpital. Il faut que je recontacte le gériatre, [...] avec le pharmacien pour essayer de travailler ensemble. [...], on essaye d'inclure un médecin spécialiste à nos réflexions et à nos démarches.*

Un médecin donne l'idée de proposer des consultations avancées au sein de la maison médicale.

M9 : *Un gériatre pourrait venir consulter une fois par mois ici. [...]. On est à 15 km de Boulogne, c'est pas si loin, les échanges sont possibles.*

Un autre de travailler avec les protocoles des spécialistes pour éviter la surcharge de leurs plages de consultation.

M5 : *Un patient qui est vu tous les trois mois pour une PPR, je trouve ça absurde, [...]. Le spé pourrait me mettre un protocole de suivi, une marche à suivre dans son courrier pour éviter que ça embolise des consultations de rhumato pour rien. [...].*

8.2.3. Nécessité d'être motivé et investi

M5, M6 et M10 décrivent l'investissement chronophage et la nécessité d'être motivé et investi pour parvenir à créer du lien entre la ville et l'hôpital.

M10 : [...] beaucoup d'énergie, beaucoup de travail et puis c'est pas rémunéré.

M10 : J'ai été missionné pour essayer de stimuler les gens. Parce qu'ils ont tous peur en fait, [...] "ça va me faire du travail en plus". [...]. Alors que mon raisonnement c'était de dire que si ça vient de nous [...], ça va nous faciliter la vie.

Des deux côtés.

M10 : Il faut que ce soit des gens motivés, mais si ça ne vient que de l'hôpital, ça va pas forcément fonctionner. Il faut qu'il y ait un partenariat et qu'il y ait des gens dynamiques d'un côté et de l'autre quoi, c'est comme ça que ça va marcher (blanc).

8.2.4. Intérêt de la CPTS ?

6 médecins de cette étude s'investissent à la CPTS Opale Sud.

M3 : Le lien ville-hôpital avait été renforcé il y a trois ans avec la création de la CPTS Opale Sud. Donc pour moi le premier lien ville-hôpital, c'est la CPTS Opale Sud.

Elle permet d'organiser des formations et de se connaître.

M10 : On en a fait aussi une autre via la CPTS, [...], c'était le dépistage des cancers ORL et ça a fonctionné, il y avait du monde. C'est un ORL de l'hôpital qui est venu.

Elle permet de se créer un réseau.

M3 : On a pu développer un réseau libéral [...]. Je suis un convaincu de l'intérêt des CPTS. Je pense qu'il y a un travail majeur qui a été mis en place [...].

M7 : Ça nous oblige, [...] à sortir un peu du cabinet et à discuter avec les partenaires. [...] J'aurais jamais parlé à une IPA sans la CPTS.

Mais l'investissement est chronophage.

M3 : Le problème, c'est qu'elle a tellement de missions différentes, [...], qu'en ville ça se lasse du travail de la CPTS parce que ce qu'il est trop chronophage.

M10 : Certains pensent que c'est beaucoup de réunions, [...] pour peu de choses abouties (blanc). Mais après [...] si on n'essaye pas, [...], il se passera jamais rien !

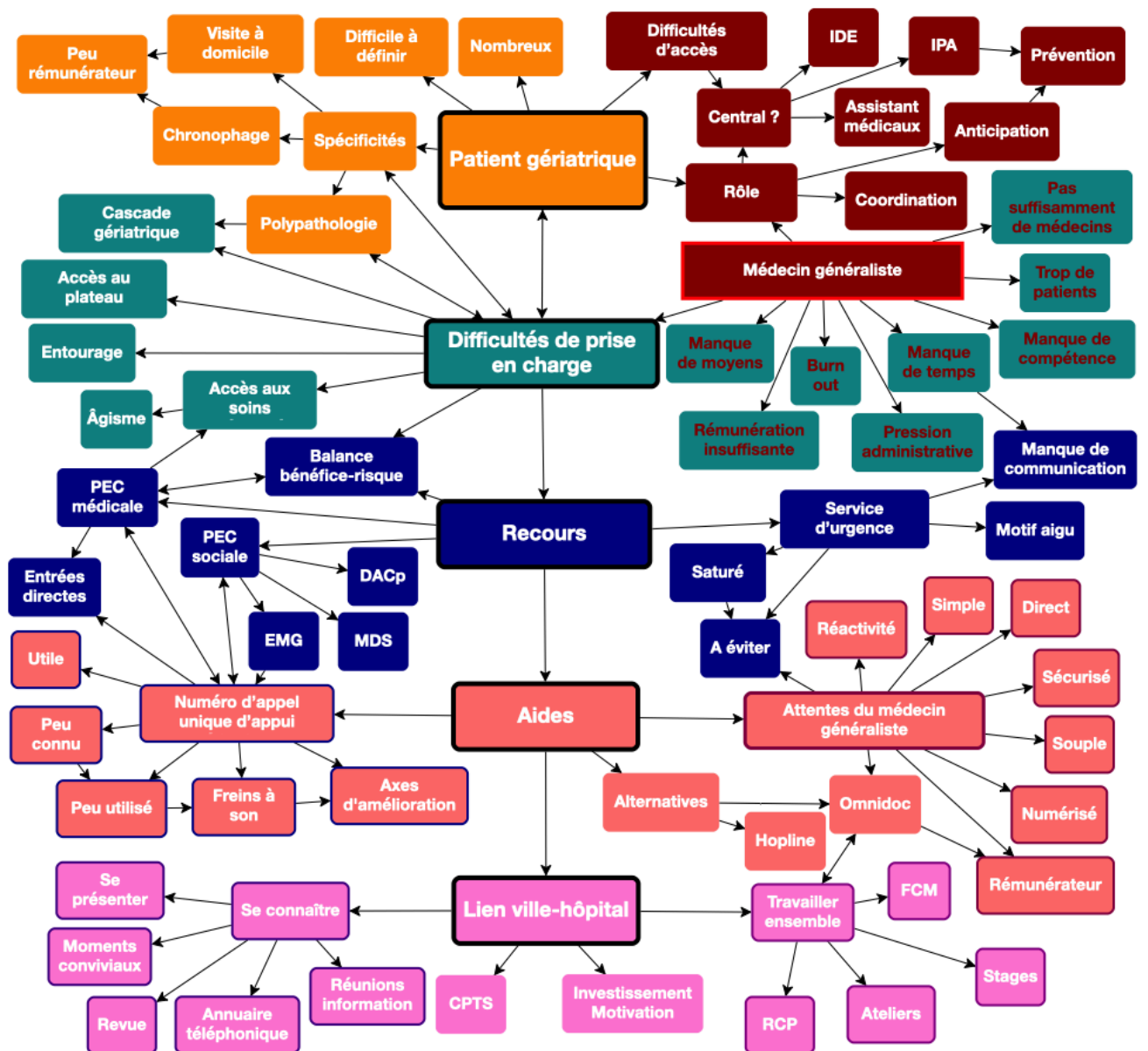
Certains remettent en question son utilité.

M3 : [...] et puis moins rebutant que la CPTS et la lourdeur qu'elle peut représenter aux yeux de certains.

M7 : [...] Quand je vois les budgets de la CPTS pour des actions à la plus-value médicale et sociétale douteuse, [...]. Je suis estomaqué, si bien en tant que médecin qu'en tant que contribuable (blanc). [...].

M7 : J'ai pas l'impression d'être un bon médecin parce que je fais des réunions. Si tu demandes aux patients, ils en n'ont rien à foutre. Eux, ils veulent voir quelqu'un.

9. Modélisation des résultats de l'étude : carte conceptuelle



DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Forces de l'étude et scientificité

1.1.1. Validité interne : fiabilité.

Il s'agit d'explorer l'intérêt que les médecins généralistes portent au numéro d'appel unique d'appui gériatrique du CHB ainsi que leurs pratiques vis-à-vis du patient gériatrique. Aucune autre étude n'est réalisée sur ce dispositif en dehors de celle présentée par l'auteure, elle est donc novatrice.

Une étude observationnelle, multicentrique et descriptive de Hotlines gériatriques, réalisée sur 7 sites (CHU de St-Etienne, Clermont-Ferrand, Lyon, Bordeaux, Angers, et CH de Firminy, St Chamond) (15) s'est déroulée de 2018 à 2020. Les données recueillies portent sur les caractéristiques du patient, de l'appelant (médecin généraliste) et du répondant (praticien hospitalier), les motifs de l'appel et les réponses apportées.

Un travail de recherche quantitatif est réalisé par Camille LENTI en 2021 (16). Elle évalue la nouvelle "Hotline Gériatrique" du CHU de Grenoble en analysant la connaissance et l'utilité du dispositif auprès de médecins généralistes.

Aucun recueil d'opinions provenant des médecins généralistes n'est retrouvé dans ces deux études. Là aussi, le sujet de recherche est novateur. La recherche qualitative, qui explore des données subjectives et difficilement quantifiables, est la plus adaptée pour recueillir la parole des médecins généralistes.

Le protocole de l'étude décrit précédemment est respecté tout au long de l'investigation. Afin d'évaluer la rigueur scientifique de l'étude, la grille méthodologique COREQ (annexe 3) adaptée à la recherche qualitative est suivie.

L'auteure génère au fil des entretiens une théorie explicative illustrée schématiquement par une modélisation finale. Les catégories ne sont pas préconçues permettant de formuler des hypothèses par induction comme l'indique le principe de la théorisation ancrée. Elles sont créées au fil de l'analyse pour éviter le piège de l'indexation thématique. La suffisance théorique des données est atteinte et confirmée par un entretien supplémentaire.

L'investigatrice qui mène, retranscrit et analyse les entretiens, permet une interprétation juste et une étude approfondie des données. Les entretiens sont

codifiés et catégorisés au fur et à mesure. La triangulation des données contenues dans les verbatims, réalisée par deux personnes extérieures à l'étude, est une force puisqu'elle évite les biais d'interprétation. Les nœuds trouvés dans les deux codages supplémentaires étant similaires à la catégorisation de l'auteure, la méthode de théorisation ancrée est jugée comme fiable.

L'auteure est encadrée par deux directrices de thèse, Anne-Marie RÉGNIER médecin généraliste et Brigitte HEUDEL-BONNET gériatre, ce qui constitue une force certaine puisque la ville et l'hôpital sont ainsi représentés.

1.1.2. Validité externe : applicabilité

Devant la petite taille de l'échantillon, les résultats sont difficilement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes français, d'autant plus qu'il existe une multiplicité de dispositifs de ce type, ayant chacun leurs spécificités. Le but d'une recherche qualitative n'est pas de faire une généralisation. Néanmoins, les lecteurs sont invités à réfléchir à l'applicabilité des résultats présentés à leur pratique personnelle.

Le but est d'être représentatif du phénomène étudié. L'échantillon reflète une diversité d'expériences de par les âges des participants et obtient une moyenne de 48 ans (moyenne de 48.2 ans dans le Pas-De-Calais et en France en 2024) (17).

1.2. Limites et biais

1.2.1. Concernant la méthode

Il s'agit du deuxième travail de recherche qualitative de l'auteure, ce qui constitue un **biais de méthodologie**. Elle s'est formée auprès de ses directrices de thèse et par la lecture de plusieurs ouvrages.

Le **biais de recueil** peut exister selon l'horaire de l'entretien dont le choix reste à l'appréciation du médecin. Aucun entretien n'est interrompu.

Les **biais affectif** et **biais d'interprétation et de réponse** peuvent exister malgré la double triangulation des données, limités par la reformulation. Un **biais de confirmation**, favorisant les hypothèses émergentes, est évoqué.

Un **biais de désirabilité sociale** existe (peur d'être jugé par un pair). Pour limiter ce biais, la chercheuse rappelle avant l'entretien qu'il ne s'agit pas de juger les connaissances ni les pratiques professionnelles et que leur anonymat est garanti.

1.2.1. Concernant le recrutement de l'échantillon

Le thème de l'étude qu'est la gériatrie, est dévoilé au premier contact téléphonique, ce qui peut générer un **biais de volontariat**.

Il existe un **biais de sélection**. Trois femmes et sept hommes sont interrogés, ce qui ne reflète pas la population de médecins généralistes actuelle. En 2024, les femmes représentent 51.8% des effectifs de médecins en activité régulière (17).

L'auteure regrette ne pas être parvenue à recruter des médecins généralistes exerçant une activité rurale. Les catégories INSEE 5, 6 et 7 ne sont pas représentées. Dans le Pas-De-Calais, en 2018, 74 % de la population vit dans une commune urbaine (18).

L'étude intègre les réponses des quatre médecins ne connaissant pas le dispositif après présentation, ce qui peut biaiser les réponses apportées.

2. Discussion des résultats

Les résultats de cette étude discutés sont repris en titre ou en caractère gras.

2.1. Repérer le patient gériatrique

2.1.1. Difficile à définir

L'OMS se réfère à la population âgée en prenant en compte les personnes de 60 ans et plus (19). En France, la réglementation concernant les prestations sociales utilise régulièrement le seuil de 60 ans (l'APA par exemple).

Les instituts nationaux et européens, comme l'INSEE et Eurostat, placent plutôt la barre d'âge à 65 ans et plus. Le Conseil National des Professionnels de Gériatrie note que la plupart des patients concernés ont 65 ans et plus, mais que la majorité des défis médicaux concernent les 80 ans et plus (20).

L'âge de départ à la retraite demeure être un marqueur social important, qui varie actuellement en France de 62 à 64 ans (21). L'IFOP relève que les français se considèrent "vieux" à partir de 69 ans (22).

La **diversité des personnes âgées** est la première problématique à prendre en compte (19). Le patient vieillissant n'est pas forcément un patient gériatrique. Ses grandes problématiques sont décrites comme étant la dépendance, la perte d'autonomie, la démence et la polypathologie (3). Elles sont peu fréquentes à 60 ans, mais elles le deviennent après 70 ans.

La **polypathologie** est citée comme la principale spécificité (4), source d'erreur si chaque pathologie est prise en charge de façon indépendante (polymédication, effets indésirables, diminution de la qualité de vie) (23).

L'utilisation des **critères de fragilité** permet un repérage du patient gériatrique (24). Deux modèles de critères de fragilité sont validés : les critères physiques (Fried 2001) et les critères de « fragilité multi-domaine » (Rockwood 2005).

Dans les services de gériatrie, même s'il est habituel d'utiliser le seuil de 75 ans (20), seul le patient gériatrique sera admis. Il coexiste plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique. L'intrication des pathologies neurodégénératives et somatiques est fréquente.

2.1.2. Chronophage et peu rémunérateur

La vieillesse est caractérisée par un **ralentissement** des activités biologiques (25). Elle s'accompagne d'un fléchissement des facultés mentales et d'une diminution des forces physiques, rendant la **consultation longue**.

Le temps passé à travailler se doit d'être rémunéré. Parmi les cotations des actes, la consultation au cabinet (GS = 26.50 €) et la visite (VGS + MD = 36.50 €) sont les plus fréquemment utilisées (26). D'autres existent, spécifiques à la personne âgée, comme la visite longue (VL = 60 €) ou le test d'évaluation d'un déficit cognitif type MMSE (ALQP006 = 69,12 €).

Certaines consultations longues sont valorisées mais les cotations sont largement méconnues des médecins (27,28), jugées trop nombreuses et parfois inapplicables.

En regard de la définition et des spécificités du patient gériatrique, son approche doit être globale, c'est-à-dire médico-psycho-socio-environnementale, ce qui la rend **intéressante mais complexe**.

2.1.3. Nombreux

La France (1) et les Hauts-De-France (2) vivent une explosion démographique de leur population âgée, principalement depuis 2011 (annexe 9) . Si les projections de l'INSEE se confirment (1), elle n'est qu'au début de son papy-boom.

La population européenne connaît elle aussi un important vieillissement (1). D'après Eurostat, la part des 80 ans et plus sera plus que doublée entre 2018 et 2070.

2.1.4. Rôle (central) du généraliste : coordination et anticipation

Il a un rôle central de coordination et d'accompagnement. Il est chargé de dispenser des soins globaux et continus et soigne selon une approche centrée sur la personne dans leur contexte familial et culturel et toujours dans le respect de l'autonomie (29).

Pour faire face au "geriatric-boom" et aux conséquences socio-économiques, une étude Lilloise (30) met l'accent sur la prévention (primaire = vieillissement actif, secondaire = repérer les fragilités réversibles, afin que le sujet reste "robuste" et tertiaire = éviter l'aggravation des maladies chroniques et les décompensations).

Stéphane LE BOULER évoque le trop grand nombre de missions du généraliste (31). Il est en désaccord avec la place centrale du médecin traitant d'où le titre de son article : "Médecin traitant : stop ou encore ?". Selon lui, en regard du contexte actuel (démographie médicale), il faut analyser la capacité du médecin à assumer toutes ses missions (accueil au quotidien des soins non programmés, coordination des parcours des malades chroniques ou des personnes âgées, fonction de portier du système, actions de prévention planifiées) et les conditions dans lesquelles il les réalise. En fonction, la question se posera de répartir plus justement les tâches et notamment, d'accorder plus de place et de responsabilités aux paramédicaux.

2.2. Les difficultés rencontrées

2.2.1. Liées à la personne âgée, son entourage et ses pathologies

Le généraliste se heurte parfois au **caractère affirmé** du patient vieillissant. Il refuse les aides à domicile et est réticent au changement de mode de vie. Lucie BOSSON évoque également les difficultés à obtenir des informations fiables, la mauvaise observance thérapeutique, le manque de mobilité ainsi que les exigences et demandes excessives de la part du patient (4).

L'absence ou les problèmes relationnels avec les aidants familiaux ont une place importante (4). Il est difficile de coordonner les soins et les intervenants, elle évoque le besoin d'un "nouveau métier".

La prise en charge de la polypathologie est difficile, notamment lorsque les troubles cognitifs s'installent. Les démences et des troubles du comportement sont complexes et engendrent le plus de demandes d'interventions (4). Le trouble neuropsychiatrique est le motif le plus fréquent d'intervention de l'EMG d'Annecy en EHPAD. La perte d'autonomie, la dépendance, la prise en charge palliative et de fin de vie ainsi que les chutes répétées représentent également des difficultés (4).

2.2.2. L'âgisme

Ce terme regroupe les stéréotypes négatifs sur le vieillissement (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de comporter) (32).

L'âge est l'un des 20 critères de discriminations interdits par la loi (33). Il est le 4^e le plus signalé après le handicap, l'origine et les activités syndicales. Il est interdit aux médecins de refuser des soins à un malade pour des raisons discriminatoires (32).

2.2.3. Peur de la cascade gériatrique

C'est un phénomène dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en cascade (34) (annexe 10) (exemple : dépression puis dénutrition avec sarcopénie → chutes répétées → chute avec fracture). Il est nécessaire d'identifier les situations à risque de décompensation et de définir des signes d'alerte.

La HAS propose un outil d'amélioration des pratiques professionnelles pour prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires (34).

2.2.4. Plateau technique (imagerie) trop peu accessible

Le plateau technique du CHB se dit pourtant être "très complet" et est considéré par l'établissement comme un facteur d'attractivité (35).

Dans la littérature, il est décrit également un accès compliqué aux structures d'hébergement type EHPAD (4). Au CHB, le nombre de places ne manque pas (35), mais la constitution des dossiers administratifs rend complexe l'accès aux structures d'hébergement.

2.2.5. Un accès aux soins spécialisés alarmant

En 2019, 3 généralistes sur 4 ont des difficultés à trouver des spécialistes (6). 98 % peinent à obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres. En juillet 2024, pour 77 % des français, il est difficile de consulter un spécialiste (17).

Pourtant, en France, en 2024, le nombre de spécialistes médicaux (hors médecine générale) ne cesse d'augmenter. Au cours des 14 dernières années, les spécialistes médicaux et chirurgicaux augmentent respectivement de +21,1% et +21,2% (17).

En 2021, dans les HDF, la spécialité décrite en tension est la gériatrie (36). 9% des établissements la déclarent en très forte tension (risque de perte d'une autorisation d'activité) et 35% en forte tension (difficulté à maintenir la continuité de l'organisation

médicale) (annexe 11). Bien qu'existant depuis toujours, la gériatrie est reconnue officiellement comme une spécialité en médecine seulement en 2004. En 2017, les internes de gériatrie apparaissent. Il s'agit d'une discipline exigeante, peu choisie.

Le manque de lits dans les services est déploré. Étonnamment, en 2021, au CHB, les taux d'occupation des lits de médecine (71.5%) et de chirurgie (74.2%) sont faibles et n'atteignent pas les objectifs fixés (35). Créé en 2016, l'hôpital a des problèmes de fonctionnement. En 2022, il présente des difficultés financières.

La communication entre généraliste et spécialiste cristallise de nombreuses frustrations (37). Le temps nécessaire pour joindre son correspondant est le principal grief relevé par Hervé MATHIEU DE VIENNE. Il propose de financer la "communication aller" permettant de valoriser de façon symétrique l'adressant et l'adressé. En 2014, il envisage déjà la solution d'une messagerie innovante sécurisée, directement intégrable aux logiciels médicaux.

Pour pallier la difficulté d'accès aux spécialistes, 3 généralistes sur 10 déclarent "se spécialiser", notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie (6). Devant la baisse de l'offre locale de soins, ils adaptent leurs pratiques en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné (annexe 12).

2.2.6. Du côté de la médecine générale

2.2.6.1. Pas suffisamment de médecins

Il existe une diminution de l'offre médicale en médecine de ville, surtout en soins primaires, d'autant plus dans les zones les moins attractives (6). 70% des médecins estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse dans les années à venir (6).

Le nombre de médecins généralistes diminue (annexe 13) en raison des départs à la retraite et du vieillissement de la population médicale.(17).

2.2.6.2. Pour trop de patients

Depuis les années 2000, les médias font très souvent référence aux déserts médicaux (5). En juillet 2024, 38% des Français estiment qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement avec un généraliste (contre 22 % en 2017) (17).

8 médecins sur 10 déclarent avoir des **difficultés à répondre aux sollicitations**. 54% disent allonger leurs journées de travail et 53% refusent de nouveaux patients. Pour 40%, le suivi de certains patients devient moins régulier et pour 28% le temps de consultation est raccourci. Quant aux demandes de consultations non programmées, seuls 28 % sont en mesure de toutes les accepter (annexe 14) (6).

La **sélection des patients** est une dérive observée. Selon Alain JUNOD, il existe un étouffement progressif du secteur des malades, coûteux et peu rémunérateur au profit des non-malades, peu coûteux, mais rémunérateurs (38).

2.2.6.3. Le burn-out

Le taux de burn-out est préoccupant, plus élevé chez les médecins généralistes que dans la population générale. En France, en 2010, ils présentent un risque de suicide trois fois supérieur à celui de la population générale (39).

Dans une étude regroupant 1198 questionnaires (40), la prévalence du burn-out est de 42.8%. Les facteurs de risque sont le sexe masculin, le divorce, l'exercice en milieu rural, le salariat, deux gardes ou plus par mois, trente actes ou plus par jour, moins de cinq semaines de vacances, pas d'activité sportive ou de loisir. Dans l'étude d'Alexandre GALIAY (39), le sexe masculin apparaît comme un facteur de meilleure qualité de vie et le milieu rural n'est pas un facteur péjoratif.

Pour ceux qui se placent dans la perspective d'une baisse de l'offre de soins sur leur territoire, 13% ont l'intention de changer d'activité professionnelle et 18% de s'installer sur un autre territoire (6). 1 sur 5 envisage de **changer de mode d'exercice** (pour devenir salarié par exemple). (Annexe 12)

Leur **agenda est saturé** et les tâches administratives sont nombreuses. Une corrélation étroite entre la santé mentale et la qualité de vie professionnelle existe. Le volume horaire de travail et la gestion du temps non-médical sont des facteurs significatifs (39). L'empiétement du travail sur sa vie personnelle et le manque de considération du métier ont un impact négatif.

Il est important pour le médecin de donner du sens à son travail, d'exprimer son savoir à son plein potentiel, d'être autonome et d'avoir de bonnes relations avec ses patients. Un contrôle des exigences du métier, une maîtrise des compétences ainsi qu'un exercice varié participent à une meilleure qualité de vie au travail (39).

2.2.6.4. Les temps ont changé

“Il faudrait deux médecins de la jeune génération pour en remplacer un de ma génération. L'équation n'est pas bonne, on tourne en rond.”

Le temps est devenu un problème. Anne-Laure DAGNET évoque dans son podcast édité par France Info en mars 2024 le blues des médecins généralistes, de plus en plus nombreux à délaisser la profession, faute de conditions de travail raisonnables. Elle cite : “Trop de sacrifices et du temps de vie”.

Des solutions sont envisagées, principalement par les jeunes médecins : limiter son temps de travail et sa patientèle, travailler avec un IPA et / ou un assistant médical, être MSU. Près de 4 médecins sur 10 (1 sur 2 en zone sous dense) envisagent de travailler collectivement en participant à la création ou en rejoignant une structure type MSP (6) (annexe 12). 35% envisagent de recourir à un assistant médical.

Les généralistes veulent passer moins de temps au travail et souhaitent une rémunération plus élevée. Dans un contexte social parsemé de grèves (février 2023, octobre 2023 et juin 2024), la question de la rémunération s'invite. La consultation valorisée 25 € est augmentée à 26.5 € en octobre 2023. La nouvelle convention prévoit un prix à 30 € en décembre 2024.

2.3. Les recours actuels

En France, les 70 ans et plus représentent 29% des séjours hospitaliers en service de soins aigus. Lorsque la prise en charge en ambulatoire atteint ses limites, les bénéfices et les risques d'une hospitalisation doivent être discutés. La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation a une incidence de 30 à 60%. Elle est évitable dans 10% des cas (41). Les six causes principales sont le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments.

2.3.1. Satisfaction au niveau social

En 2011, une étude (4) évoque le manque de coordination entre les médecins généralistes et les structures d'aides sociales (conseils généraux, CLIC et Réseaux) pour des raisons de cadre d'activité, de culture et d'approche. Aujourd'hui, en sollicitant **l'EMG du CHB, le DAC Passerelles et la MDS**, ils sont globalement satisfaits et se sentent moins dépourvus qu'avant.

2.3.2. Au niveau médical : favoriser les entrées directes

L'admission au SU est parfois évitable. Quand ils parviennent à joindre le spécialiste, les généralistes sont plutôt satisfaits, surtout quand le service hospitalier propose des **entrées directes**. Promue par le Ministère et par les médecins traitants, l'admission directe représente une alternative et un enjeu majeur pour la HAS (41) (annexe 15). Le dispositif d'appui gériatrique du CHB offre cette possibilité.

Direct Hospital a été conçu pour les faciliter (42). Simple d'utilisation, rapide d'accès et gratuit, l'outil est jugé efficace et pertinent tant sur la forme que sur le contenu par les généralistes sur le secteur d'Yvetot. Ils accèdent à une cartographie des services hospitaliers proposant des lits disponibles pour une admission directe (annexe 16).

2.3.3. Recours aux urgences à éviter

Depuis leur création dans les années 1950, les SU connaissent une augmentation de fréquentation. Elle est expliquée par le développement et le diagnostic des maladies chroniques mais aussi, par le vieillissement de la population et par l'accès aux soins de premier recours difficile.

Un patient sur dix déclare venir aux urgences faute de médecin généraliste disponible. Il est difficile de parler de la multiplication des passages inappropriés aux urgences. Selon une étude française en 2019 (43), 13,5% à 27,4% des 29 407 patients sont qualifiés de passages inappropriés (entre 20% et 40% selon la littérature internationale) sur deux critères subjectifs de l'urgentiste (degré d'adéquation du recours, prise en charge envisageable par le généraliste le jour même ou le lendemain). Ces chiffres tombent à seulement 6% si une ressource du service est utilisée (prise de sang, examen radiologique, traitement).

L'enquête URGENCES 2023 (9) montre que certains SU souffrent d'un manque de personnel médical (19% n'ont pas pu remplir leur planning), d'espaces insuffisants et de longs délais pour accéder aux lits d'hospitalisation. Les généralistes le savent.

Le CHB restructure le service des urgences, motivé notamment par l'augmentation du nombre de passages (plus de 61 000 en 2022 contre 55 000 en 2018) (35). Le projet médico-soignant 2023-2027 souligne que le SU fait figure de « pôle de référence pour bon nombre de spécialités ». Sur la période 2018 à 2021, la part des non-résidents du Boulonnais dépasse le tiers du total des patients.

De 2018 à 2020, la part des patients hospitalisés en provenance des urgences du CHB est de plus en plus importante, représentant 56,6 % des admissions (35). Ce chiffre baisse : 14 163 en 2022, contre 16 695 en 2018. Néanmoins, en 2022, le taux de passage aux urgences suivi d'une hospitalisation (23,2%) est supérieur aux niveaux national (19%) et régional (17,1%) (35).

Des dispositifs se mettent en place pour faciliter le parcours de soins de la personne âgée aux urgences. Une cellule d'urgence est présente depuis septembre 2019 dans les SU des Hospices Civils de Lyon (44). Elle soulage les urgentistes et renforce le lien gériatrie-urgences et améliore la qualité de soins en raccourcissant l'attente, en apportant un diagnostic précis et en orientant vers la filière de soins la mieux adaptée. Elle favorise le maintien à domicile. En 2021, la CUPPA a pris en charge 1380 patients et 90% sont vus par l'équipe dédiée en moins d'une heure.

2.4. Les outils d'aide

2.4.1. Le numéro d'appel unique d'appui gériatrique du CHB.

La connaissance du numéro d'appel unique par les médecins est insuffisante au regard de la littérature (16, 45, 46). Les auteurs de travaux de recherche similaires annoncent un taux de connaissance des Hotlines gériatriques entre 67 et 69%.

Pourtant, les trois campagnes de communication sur l'existence du dispositif sont adaptées. Pour Camille LENTI (16), 72% des médecins aimeraient que l'information soit diffusée via les comptes rendus d'hospitalisation, 66% par emails réguliers, 54% sur l'annuaire du site internet de l'hôpital, 20% par courrier postal. Les campagnes de communication remarquées sont l'envoi de courriels via le Conseil de l'Ordre des Médecins et la note informative sur le compte-rendu d'hospitalisation (46, 47).

Sur la cartographie des hotlines gériatriques de France (48), il est regrettable de voir le numéro du standard de l'hôpital du CHB présent et non celui du numéro d'appel unique d'appui gériatrique (annexe 17).

Il est **peu utilisé**. A chaque sollicitation, l'infirmière de l'EMG du CHB trace l'appel dans un fichier. Depuis janvier 2022, il est sollicité en moyenne 4 à 5 fois par mois pour l'ensemble des médecins généralistes du Boulonnais (annexe 18). Dans la littérature, la fréquence d'utilisation par médecin des hotlines est variable : de 1 fois par mois (64%) (45) à 1 fois tous les 3 mois (61%) (16).

Fanny ROGER (45) montre que le motif principal d'appel de la Hotline concerne la demande d'hospitalisation (95,5%). Dans une autre étude recensant 4 137 appels (15), 64,2% sont pour des conseils et 35,8% pour une hospitalisation d'urgence. Dans un autre travail (49), l'intervention de l'EMG est sollicitée dans 16% des cas. Ces données sont hétérogènes, démontrant que les hotlines sont dépendantes du territoire duquel elles dépendent et que les recours proposés sont différents.

Dans ce travail, la sollicitation de l'EMG du CHB ressort en premier lieu, à la différence des autres études. Les généralistes ont bien compris les motifs de recours possibles du numéro d'appel unique ? Une confusion avec un service d'EMG, traitant en grande partie les problématiques sociales, est possible. Raison pour laquelle à la question du service rendu par le dispositif, les avis des médecins interrogés sont partagés.

Dans le travail de Sofiane BENYOUB (46), 74% des médecins le trouvent "très utile" et 21% "modérément utile". L'utilité des hotlines gériatriques est également retrouvée dans d'autres travaux (16, 45, 47, 49). Une évaluation des hotlines gériatriques, reposant sur les analyses des parcours, sur la satisfaction des utilisateurs et sur les

aspects médico-économiques, suggère que la hotline gériatrique rend le parcours du patient gériatrique efficient (15).

Aucune étude n'est retrouvée à ce jour indiquant les outils similaires comme étant inutiles. Sont regrettées des solutions conseillées parfois non réalisables en ambulatoire et des situations sans solution malgré l'avis d'expert, démontrant la complexité de la prise en charge des personnes âgées (16).

Le manque de places en service de gériatrie est fréquemment évoqué (16, 50) et représente un frein pour l'intérêt porté à la hotline gériatrique. Ils déplorent les délais trop longs concernant les demandes d'hospitalisation et de rendez-vous.

L'admission directe est souvent méconnue des médecins généralistes (50). Selon Julie CASABIANCA, le décroisement entre la ville et l'hôpital doit nécessairement passer par le développement d'outils de communication plus simples.

Il est obligatoire de sécuriser les échanges de données de santé à caractère personnel, une **messagerie sécurisée** doit être mise en place rapidement par le CHB. Tout professionnel est tenu de respecter le cadre juridique de l'échange des données de santé (article L1110-4 du Code de la santé publique) (51). L'intérêt d'une adresse électronique pour les avis non urgents ou les demandes d'hospitalisation programmée est souligné (16).

Pour une optimisation des Hotlines, l'étude réalisée sur 7 sites d'investigations (15) propose un élargissement des plages horaires et une augmentation du nombre de lits dédiés pour réduire le temps d'attente d'hospitalisation directe.

Les lectures réalisées concernant les hotlines gériatriques datent toutes de plus de trois ans. Même si l'étude proposée par l'auteure n'est pas extrapolable, il est nécessaire de se demander si les hotlines gériatriques ne sont pas devenues des outils qui ont perdu de leurs intérêts au fil du temps.

2.4.2. Qu'est qu'un bon outil d'aide pour un médecin généraliste ?

Aucune étude n'est retrouvée sur ce point, probablement parce que les avis et les besoins des médecins généralistes sont trop peu souvent évalués.

Les qualités d'un bon outil vont de pair avec la **numérisation**. C'est Damien PLANCHENAU en 2021 qui décrit l'impact et les bénéfices de la santé numérique dans la pratique des généralistes (52). Il évoque le terme d'obligation de moyen.

Le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale en 2019, nous informe que déjà 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans et 48 % des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la

e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé (53).

2.4.3. Les alternatives

La HopLine du CHU de Lille est citée. Créée en 2008, elle permet d'obtenir l'avis instantané d'un spécialiste du CHU pour mieux suivre et orienter le patient. Un rendez-vous en consultation ou une hospitalisation peuvent être proposés. Il s'agit d'un service gratuit, disponible du lundi au vendredi de 9h à 19h. Yann SCHMITT (47) décrit ses avantages pour l'accès à la filière gériatrique. Elle évite ainsi la multiplicité des numéros et dispositifs dans le répertoire du généraliste.

La plateforme de téléexpertise Omnidoc suscite l'intérêt des médecins. Solution collaborative de téléexpertise à destination des professionnels de santé et des organisations médicales, elle améliore, sécurise et valorise les avis médicaux échangés. Il s'agit d'une société indépendante créée en 2019 dédiée au développement de la téléexpertise, présente actuellement dans 77 GHT dont 17 CHU. Gratuite pour les requérants et requis à titre individuel, 75 000 professionnels de santé l'utilisent. Elle permet plus d'un million de téléexpertises par an (54).

Avec l'entrée en application de l'avenant 9 en 2021, tout professionnel de santé peut demander une téléexpertise réglementée et être rémunéré pour cette action (55) dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient. Le requérant réalise la cotation RQD (= 10€) et le médecin requis TE2 (= 20€). Ces actes sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (56).

Les études actuelles décrivent Omnidoc comme étant un outil de communication simple, fiable, efficace et sécurisé pour la téléexpertise. Il permet d'améliorer le lien ville-hôpital et accélère la prise en charge des patients, tout en garantissant la protection de leurs données. Les spécialités concernées sont l'ophtalmologie (57), l'ORL (58) et la dermatologie (59). Aucune étude ne concerne à ce jour la gériatrie.

A ce jour, deux médecins internistes et deux rhumatologues du CHB sont accessibles via Omnidoc. Le service de dermatologie devrait rejoindre la plateforme.

2.5. Nécessité du lien ville hôpital.

Dans les années 2000, le système de santé Français était classé premier au niveau mondial, s'en suit alors une lente dégradation avec une onzième et une quinzième place mondiale en 2018 en fonction des différents classements (39).

La littérature est riche concernant le lien ville-hôpital. Il est indispensable mais est, en pratique, complexe à mettre en place (60, 61, 62). 61,5 % des médecins libéraux sont insatisfaits de leur lien avec les professionnels hospitaliers (63).

Il s'agit d'un enjeu et d'un défi (50). Les 7 clefs selon la FHF sont : liberté, faire du patient le dénominateur commun des actions, dialoguer, confiance et respect, co-construire, coordonner et valoriser les actions communes (64). Un travail de recherche (62) met en évidence trois axes pour améliorer ce lien : se faire connaître, faciliter le contact et travailler ensemble.

2.5.1. Connaître les spécialistes avant tout

La revue "**SEXTANT**" du CHB, permettait de se tenir informé des nouveautés et des changements principaux au sein de l'hôpital de proximité. Le numéro 55 est retrouvé en ligne (65). Elle est rapide à lire, ergonomique, intéressante et plaisante. La revue est importante pour connaître l'offre de soins proposée (62).

Une étude (66) montre l'intérêt porté aux outils d'aide à la communication : l'**annuaire téléphonique** donnant accès aux numéros directs des spécialistes obtient une note de 4.5/5. À Douai, un annuaire est créé et 18 lignes d'accès direct aux spécialités médicales les plus sollicitées par la ville sont mises en service (64).

2.5.2. Faciliter le contact

La création d'un lien nécessite des rencontres. Même si cela peut paraître fastidieux, les **présentations** sont essentielles pour poser un visage sur un nom et travailler ensemble. Le médecin doit se présenter en respectant la loi (67), en mettant de côté toutes dimensions commerciales à son intention.

Les **réunions d'informations** avec ou sans repas sont également énoncées dans la littérature (62, 63). L'horaire de réunion, repas ou rencontre est à privilégier en soirée pour faciliter l'accès aux généralistes (68). 18,4 % des médecins libéraux ne participent pas aux séances à cause d'horaires inadaptés et 24,6 % reprochent l'inadéquation de l'enseignement avec la pratique de la médecine libérale (63). L'aspect parfois trop théorique et hospitalo-centré des formations est critiqué.

Gilles LAVENU (61) donne l'exemple de l'organisation d'une **soirée ville-hôpital**. Il précise que les libéraux et hospitaliers sont globalement de plus en plus intéressés. Compte-tenu des emplois du temps très chargés des uns et des autres, il ajoute qu'une aide extérieure est nécessaire pour trouver un cadre de travail.

2.5.3. Travailler conjointement pour le bien du patient

Les soirées de **formation continue** permettent d'améliorer les connaissances sur des sujets complexes pour les généralistes et de rendre les échanges moins impersonnels (62, 68). Bertrand SIGNOL envisage le déploiement de séances hospitalières du DPC. Pour 79,5% des libéraux, la capacité à renforcer le lien ville-hôpital ne fait aucun doute. L'argument principal est le contact direct (43,1 %) (63).

Malgré l'évolution des moyens de communication, les médecins sont toujours attachés aux rencontres directes. Selon un sondage, réalisé auprès de 1900 libéraux et pharmaciens, les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins, préfèrent les formations présentielles, privilégiant les relations humaines (69).

71,2 % des généralistes manifestent leur intérêt pour les **RCP** pour y rencontrer leurs confrères hospitaliers, partager efficacement les informations et améliorer la coordination (63). On pourrait imaginer qu'elles se réalisent au sein des MSP.

Les spécialistes peuvent réaliser des **ateliers** au sein du cabinet ou de la MSP. Ils se sont déjà vus, notamment dans le cadre de séances d'ETP (70). L'organisation de telles séances n'est pas aisée.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine permet l'organisation de **consultations avancées** (71) pour répondre aux besoins de la population en matière d'accès aux spécialistes. Il s'agit de les rapprocher dans des lieux de santé plus accessibles par la population (MSP par exemple). En 2019, 600 plages de consultations avancées ont lieu.

Dans le plan d'action de la FHF (64), les **protocoles de spécialistes** d'organes locaux doivent être systématisés. Ils peuvent concerner l'organisation des entrées et des sorties d'hospitalisation ou certains parcours de patients. Ils évitent ainsi de surcharger inutilement la consultation du spécialiste.

La création du lien est un **investissement chronophage**. Agnese BOVIO (72) indique que les outils numériques en santé facilitent les échanges, à condition qu'il y ait une volonté de créer une vraie communication de la part des différents acteurs. En 2024, les professionnels de santé sont insatisfaits du lien ville-hôpital et l'utilisation des outils numériques reste limitée. Les médecins les plus réceptifs au progrès numérique sont paradoxalement ceux les plus isolés et les plus âgés.

2.5.4. Exemple de la CPTS

Mises en place en 2016 par la loi de modernisation du système de santé, les CPTS regroupent des libéraux du secteur médico-social, paramédicaux et médicaux d'un territoire, afin de répondre aux problématiques communes. Il s'agit d'une association à but non lucratif régie par la loi 1901 créée par des professionnels de santé.

La CPTS Opale Sud existe depuis 2019. Le projet de santé est validé depuis février 2022 par la CPAM de la Côte d'Opale et l'ARS des HDF et bénéficie de financements via l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (73). Son territoire regroupe 16 communes (annexe 19) soit 247 professionnels de santé libéraux de premier recours et une population de 47 987 habitants.

Le but principal est de faciliter le parcours de soins de la population, tout en renforçant la coordination ville-hôpital. Ses missions sont nombreuses (annexe 20) (73). Elle propose notamment : aide à la recherche d'un médecin traitant (démarche en ligne, peu accessible au patient gériatrique), soirée d'informations (20h) concernant l'IPA et l'assistant médical, soirée de formation (20h) sur les tumeurs cutanées faisant intervenir une dermatologue du CHB et des sessions de formation à l'ETP.

23 médecins généralistes assurent des consultations de soins non programmés : un lien est disponible pour les patients les dirigeant vers un agenda Doctolib (testé le 14 nov à 11h25 : une consultation est proposée le 14 nov à 14h15 et trois consultations sont proposées le 15 nov). En choisissant un des créneaux, le patient reçoit trois consignes (annexe 21). Ce dispositif peut éviter les consultations aux urgences pour le motif de l'absence du médecin traitant. Il est peu accessible pour le patient gériatrique, notamment s'il est isolé et sans outil numérique.

Au niveau national, en 2022, un généraliste sur cinq fait partie d'une CPTS (74). Quatre sur dix ont un avis positif. Pour 13 %, elles représentent un mode d'organisation incontournable dans les années à venir. 27 % estiment qu'il s'agit d'une approche intéressante parmi d'autres.

Les forces des CPTS sont : le rassemblement de professionnels de santé exerçant sur un même territoire, une légitimité politique reconnue, la mise en place de projets d'amélioration de la qualité des soins correspondant aux besoins en santé de la population (75).

En revanche, 48 % indiquent ne pas faire partie d'une CPTS et ne pas souhaiter en rejoindre une (74). 12 % pensent qu'elles sont inutiles. Raphaël DACHICOURT parle de charge de travail considérable pour les porteurs et décrit le cumul d'activité de soin et la fonction de coordination difficilement conciliables (75). Il décrit un fonctionnement reposant sur une équipe réduite d'éléments moteurs et un engagement limité de la part des adhérents.

Le rôle chronophage de leader est indispensable au fonctionnement de la structure. Le rapport "Tour de France des CPTS" insiste sur le recrutement d'un "bon profil de coordonnateur" (76).

CONCLUSION

Vieillir en bonne santé est un privilège. Le patient gériatrique, défini comme polypathologique, est difficile à soigner en raison de ses spécificités. La place du médecin traitant est considérée primordiale. Qui de mieux que le “médecin de famille” pour prétendre à ce rôle ?

Le temps est la pierre angulaire de ce travail : la prise en charge est qualifiée de complexe et de chronophage mais le médecin généraliste n’a plus le temps. Son agenda est saturé et il n’envisage plus la médecine comme un sacrifice. Le burn-out, le besoin de se diversifier ou la cessation d’activité sont évoqués.

Face à la population vieillissante et à la densité médicale déclinante, le généraliste doit remplir de multiples missions. Vu les conditions dans lesquelles il les réalise, la question se pose de réfléchir à une “équipe traitante” plutôt qu’à un “médecin traitant”. Une répartition des tâches, en laissant notamment plus de place et de responsabilités aux paramédicaux, doit être envisagée.

En plus de cette conjoncture inquiétante, l’accès aux soins spécialisés et à l’hospitalisation directe ou programmée posent problème. Ils engendrent par défaut des passages aux urgences, déjà saturées. Il est essentiel de réétudier les soins accordés au patient vieillissant. En ce sens, il est nécessaire d’encourager les démarches optimisant son parcours de soins.

Le numéro d’appel unique d’appui gériatrique du CHB a le mérite d’exister. Cependant, trois ans après sa création, il est peu sollicité et ne fait pas l’unanimité car il présente des freins à son utilisation. Conçu pour les généralistes, cet outil n’a malheureusement pas été élaboré en collaboration avec eux.

Les années passant, ce dispositif est devenu désuet et dépassé. Les résultats sont en faveur d’une pérennisation d’un appui facilitant la prise en charge, reliant la ville à l’hôpital, à condition qu’il prenne en considération les besoins des généralistes.

Le dispositif doit être repensé en l’adaptant aux pratiques de la médecine ambulatoire. En 2024, un bon outil de recours doit être :

- Souple (flexible, pas de contrainte horaire, pas d’interruption de tâche),
- Simple (plateforme unique, numéro unique),
- Direct (rapide, pas d’attente),
- Moderne (numérisé),
- Sécurisé (de préférence écrit, traçable, fiable),
- Rémunéré (le temps passé doit être valorisé),
- Réactif (rapidité de la réponse obtenue).

La plateforme de téléexpertise Omnidoc, qui détient l'avantage majeur d'être rémunératrice, et la Hopline du CHU de Lille sont citées en exemple.

Les outils numériques rassemblent beaucoup de qualités et sont sans doute une solution d'avenir pour favoriser le lien ville-hôpital. Cependant, dans l'intérêt du patient, il est primordial de se connaître pour travailler ensemble, échanger, comprendre et avoir confiance.

La modélisation proposée dans cette étude peut aider à proposer un nouvel outil de recours pouvant faire l'objet d'un autre travail de recherche. L'inclusion des médecins de soins primaires est indispensable dans la détermination des dispositifs adaptés à leurs pratiques.

“Nous ne serons jamais trop vieux pour nous réinventer”. Marion PRIGENT.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. Tableaux de l'économie française [en ligne]. 2020. Population par âge [cité le 5 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. INSEE. Population des Hauts-de-France [en ligne]. 2017 [cité le 5 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2868401>
3. BRÉCHAT PH, VOGEL T, BÉRARD A et coll. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Santé Publique. 2008 ; 20 (5) : 475-487.
4. BOSSON L. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe, état des lieux [thèse]. Grenoble : université Joseph Fourier ; 2011 [cité le 5 oct 2024]. 52 p.
5. POLTON D, CHAPUT H, PORTELA M. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les Dossiers de la DREES. Déc 2021 ; 89 : 78 p.
6. DRESS. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [en ligne]. 2020 [cité le 6 septembre 2024] ; (1140). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
7. Crise des urgences médicales : un malaise persistant [en ligne]. Vie Publique, au cœur du débat public. 2022 [cité le 8 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>
8. DRESS. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 [en ligne]. 2013 [cité le 8 oct 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>
9. DRESS. Enquête Urgences 2023 [en ligne]. 2023 [cité le 8 oct 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences [en ligne]. 2019 [cité le 8 oct 2024]. p11-12. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

11. Ministère chargé de l'autonomie. Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement [en ligne]. Mars 2022 [cité le 16 octobre 2024]. 21p. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf
12. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2e édition. Paris : De Boeck Supérieur ; Novembre 2019.
13. BLANCHET A, GOTMAN A. L'entretien. 2e édition. Paris : Armand Colin ; Mars 2015.
14. KAUFMANN JC. L'entretien compréhensif. 4e édition. Paris : Armand Colin ; Avril 2016.
15. BONGUE B, DUPRE C, MOURGUES C et coll. Hotlines gériatriques : un modèle organisationnel potentiellement efficient. Regards. 2023 ; 61(1) : 117-129.
16. LENTI C. Evaluation de la nouvelle "Hotline Gériatrique" du CHU de Grenoble [thèse]. Grenoble : université Joseph Fourier ; 2021. 42 p.
17. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2024. Conseil de l'Ordre National des Médecins. 164 p.
18. INSEE. 1,7 million d'habitants dans le rural [en ligne]. 2021 [cité le 11 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5358033>
19. OMS. Vieillissement et santé, rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016. p. 3-256
20. JEANDEL C et coll. Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie. Livre blanc de la gériatrie française. 2011 ; p. 95-126
21. Direction de l'information légale et administrative. À partir de quel âge un salarié peut-il partir en retraite ? [en ligne]. Sept 2023 [cité le 11 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14043>
22. IFOP. Les Français et le Bien Vieillir [en ligne]. 2011 [cité le 11 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-bien-vieillir/>
23. BOYD CM, DARER J, BOULT C, et coll. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases - Implications for pay for performance. JAMA. 2005 ; 294(6) : 716-724

24. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [en ligne]. 2013 [cité le 11 le 16 nov 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
25. HENRARD JC. Vieillissement et âge, âge et représentation de la vieillesse. Actualité et dossier en santé publique. Déc 1997 ; n° 21 : p. 4-11
26. OMNIPRAT. Fiches pratiques [en ligne]. 2024 [cité le 16 nov 2024]. Disponible sur : <https://omniprat.org/fiches-pratiques/>
27. SOREL-GUILLEMOT D. Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux bretons [thèse]. Rennes : Université Bretagne Loire ; 2019. 82 p.
28. JUNG F. Utilisation pratique de la nomenclature des actes médicaux par les médecins généralistes : étude quantitative portant sur 2760 consultations en Lorraine [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2023. 70 p.
29. WONCA. The European definition of GP/FM [en ligne]. 2023 [cité le 16 nov 2024]. Disponible sur : https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
30. GUILBAUD A, MAILLIEZ A, BOULANGER E. Vieillissement : une approche globale, multidimensionnelle et préventive. Médecine et sciences. 2020 ; 36 (12) : 1173-1180.
31. LE BOULER S. Médecin traitant : stop ou encore ? Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie. 2024 ; (39) : 51-56.
32. OMS. Vieillissement : l'âgisme [en ligne]. 2021 [cité le 16 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
33. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Que faire en cas de discrimination ? [en ligne]. 2022 [cité le 16 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/que-faire-en-cas-de-discrimination>
34. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [en ligne]. 2015 [cité le 5 oct 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

35. Chambre Régionale des Comptes. Rapport d'observations définitives et sa réponse. CHB - Pilotage et activité, service des urgences, situation financière [en ligne]. Nov 2023 [cité le 16 nov 2014]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-03/HFR2024-006.pdf>
36. Fonction Publique Hospitalière. Cartographie des personnels médicaux et spécialités en tension en Hauts-De-France [en ligne]. 2021 [cité le 16 nov 2024]. Disponible sur : https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/cartographie_des_metiers_-_pm_-_hauts_de_france_complet_0.pdf
37. MATHIEU DE VIENNE H. Communication avec les médecins spécialistes : quel ressenti des médecins traitants ? [thèse]. Rouen : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2014. 50 p.
38. JUNOD A. «Comment allez-vous ?» «Pas très bien, Docteur, j'ai plusieurs non-maladies...». Med Hyg. 2002 ; 2(2390) : p. 925.
39. GALIAY A. Qualité de vie au travail et bien-être mental des médecins généralistes libéraux français : une étude quantitative [thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2024. 44 p.
40. LIEGEOIS A, GEORGET M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ? [thèse]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2020. 49 p.
41. HAS. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [en ligne]. 2017 [cité le 15 nov 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
42. GRENET M. Élaboration et évaluation d'un outil numérique destiné aux médecins généralistes facilitant la réalisation de l'admission directe d'un patient dans un service hospitalier : Direct Hospital [thèse]. Rouen : Université de Rouen Normandie ; 2021. 104 p.
43. NAOURI D, RANCHON G, VUAGNAT A et coll. Factors associated with inappropriate use of emergency departments : findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Quality & Safety. 2020 ; 29 (6) : 449-464.
44. HCL. Une cellule d'urgence parcours personnes âgées (CUPPA) dans tous les services d'urgences adultes des HCL [en ligne]. Juin 2024 [cité le 15 nov 2024]. Disponible sur :

<https://www.chu-lyon.fr/cellule-durgence-parcours-personnes-agees-services-urgences-hcl>

45. ROGER F. Évaluation de la ligne téléphonique directe du service de gériatrie du CHU de Nîmes par les médecins généralistes du bassin Nîmois. Médecine humaine et pathologie. 2018.

46. BENYOUNG S. Intérêt d'une hotline gériatrique gérée par un réseau de santé pour les médecins généralistes et coordinateurs d'EHPAD du bassin Mâconnais [thèse]. Dijon : Université de Bourgogne ; 2019. 55 p.

47. SCHMITT Y. Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille : évaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes [thèse]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2017. 83 p.

48. SFGG. Carte de France des hotlines gériatriques (réactualisée) [en ligne]. Société Française de Gériatrie et Gériatriologie. Juil 2024 [cité le 12 nov 2024]. Disponible sur : <https://sfgg.org/actualites/carte-de-france-des-hotlines-geriatriques-deployees-en-france/>

49. 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 et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2021 ; 19 (1) : p. 62

50. CASABIANCA J. De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique : ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var [thèse]. Marseille : Faculté des sciences médicales ; 2019. 270 p.

51. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. Est-ce que MSSanté est obligatoire ? [en ligne]. Agence du numérique en santé. Juin 2024 [cité le 13 novembre 2024]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/faq/est-ce-que-mssante-est-obligatoire>

52. PLANCHENAULT D. Impacts de la santé numérique dans la pratique des médecins généralistes [thèse]. Bordeaux : UFR Sciences Médicales ; 2021. 64 p.

53. CHAPUT H, MONZIOLS M, VENTELOU B et coll. E-santé : les principaux outils numériques [en ligne]. DRESS Études et résultats. 2020 [cité le 13 nov 2024] ; (1139). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/e-sante-les-principaux-outils-numeriques-sont-utilises-par-80-des>

54. OMNIDOC. Médecins généralistes : améliorer le parcours de vos patients avec la téléexpertise [en ligne]. 2024 [cité le 13 nov 2024]. Disponible sur : <https://omnidoc.fr/medecins-generalistes/>
55. LEGIFRANCE. Arrêté du 22 sept 2021 portant approbation de l'avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [en ligne]. 2021 [cité le 13 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044097701>
56. OMNIPRAT. Fiche pratique téléexpertise [en ligne]. 2024 [cité le 13 nov 2024]. Disponible sur : <https://omniprat.org/fiches-pratiques/autres-actes/teleexpertise/>
57. BOURRE T, COSTES M, MOURIAUX F, et coll. Télé-expertise en ophtalmologie au centre hospitalier universitaire de Rennes : évaluation de la plateforme sécurisée OMNIDOC. J Fr Ophtalmologie. Oct 2024 ; 47(8) : 104263.
58. BONY J. Intérêt et faisabilité de la télé-otologie via l'utilisation d'un otoscope numérique en pratique de médecine générale [thèse]. Montpellier : Université de Montpellier ; 2022. 94 p.
59. YENNEK K. La télé-expertise en dermatologie améliore-t-elle la coordination des soins entre médecine générale et spécialisée ? Étude prospective de la plateforme de télé-expertise Omnidoc en dermatologie en Bretagne [thèse]. Rennes : Université Bretagne Loire ; 2022. 50 p.
60. ODOXA. Le numérique permettra-t-il de redresser une satisfaction en recul ? [en ligne]. Baromètre 360 santé. 2018. Disponible sur : <https://www.odoxa.fr/sondage/barometre-360-sante-numerique-permettra-t-de-redresser-satisfaction-recul/>
61. LAVENU G. L'optimisation du lien Ville-Hôpital et la coordination des parcours de santé [mémoire]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ; 2018. 84 p.
62. BRUHAT MM. Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes dans la prise en charge palliative [Thèse]. Bordeaux : UFR des Sciences Médicales ; 2019. 71 p.
63. SIGNOL B. La communication ville-hôpital en 2016 : constat et pistes d'amélioration [Thèse]. Dijon : Université de Bourgogne ; 2016. 52 p.
64. FHF. Renforcer le lien ville-hôpital : les préconisations [en ligne]. Fédération Hospitalière de France. 2018. Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-fhf-renforcer-le-lien-ville-hopital-mars-2018/telec>

[harger/625377&ved=2ahUKEwjB5OPewleKAxXEVD7JZMQFnoECBsQAQ&usq=AOvVaw1kCmL27d46RECbYlj0Q6O](https://www.ch-boulogne.fr/storage/2016/07/SEXTANT_55.pdf)

65. Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer. Découvrez le nouveau centre du CH de Boulogne [en ligne]. SEXTANT. Nov 2016 [cité le 13 nov 2024] ; n°55 : 10 p. Disponible sur : https://www.ch-boulogne.fr/storage/2016/07/SEXTANT_55.pdf

66. NAZROO A. Communication ville-hôpital en 2020 dans les Alpes-Maritimes : les préférences des médecins généralistes [Thèse]. Nice : Université Sophia-Antipolis ; 2020. 39 p.

67. LEGIFRANCE. Article R4127-19 du Code de la santé publique [en ligne]. 2021 [cité le 13 nov 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912881/2012-04-05

68. LEMAIRE N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes ; 2016. 70 p.

69. Fédération Nationale de l'Information Médicale. Baromètre digital du Centre d'Études Sur les Supports de l'Information Médicale : les résultats 2015 [en ligne]. 2016 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.lafnim.com/actualite/barometre-digital-cessim-les-resultats-2015-57.htm>

70. IREPS Nouvelle-Aquitaine. Sélection de ressources documentaires : Education Thérapeutique du Patient [en ligne]. Sept 2023 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : <https://irepsna.org/wp-content/uploads/2022/09/Biblio-IREPS-NA-ETP-septembre-2023-3.pdf>

71. ARS. Les consultations avancées : pour améliorer l'accès aux médecins spécialistes [en ligne]. Juin 2024 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-consultations-avancees-pour-ameliorer-lacces-aux-medecins-specialistes>

72. BOVIO A. Étude de la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital [...] à l'aide des outils numériques sécurisés en santé [thèse]. Limoges : Université de Limoges ; 2024. 58 p.

73. CPTS Opale Sud. Qui sommes-nous ? [en ligne]. 2024 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : <https://cptsopalesud.fr/>

74. DRESS. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS [...] [en ligne]. 2023 [cité le 14 nov 2024] ; (1268). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1268.pdf>

75. DACHICOURT R. Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis [thèse]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2022. 48 p.

76. CERTAIN MH, LAUTMAN A, GILARDI H. Rapport Tour de France des CPTS : bilan et propositions pour le déploiement et le développement des CPTS [en ligne]. Juin 2023 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Numéro d'appel unique d'appui gériatrique, flyer envoyé par courrier.

COORDINATION FILIERE GERIATRIQUE

Vous prenez en charge des patients âgés et vous avez besoin :



- d'un conseil et/ou d'un avis spécialisé,
- d'une hospitalisation directe en court séjour gériatrique,
- d'une consultation spécialisée en gériatrie,
- d'une consultation à domicile ou en EHPAD via l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière.

Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer met à la disposition des médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD du territoire une ligne téléphonique directe :



03 21 99 34 58

du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30
(répondeur en dehors des heures ouvrées)



ide_emgeria@ch-boulogne.fr



Annexe 2 : Note d'information sur les courriers de sortie des patients hospitalisés.



CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE SUR MER

- Hôpital Dr DUCHENNE -

Boulogne sur Mer, le 10/05/2022

SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE

Dr B. BONNET-HEUDEL

Chef de Service
Praticien Hospitalier

Dr JF. BANRY

Praticien Hospitalier

Dr S. DELEDICQ

Praticien Hospitalier

Dr V. MONTAGNE

Praticien Hospitalier
Pneumologue
Consultations pneumo-gériatrie
Tél : 03.21.99.38.35

Dr S. DEBROCK

Praticien Hospitalier

Dr P. VILLETTE

Assistant spécialiste

Equipe Mobile de Gériatrie

intra et extra hospitalière

Tél : 03.21.99.34.58
ide_emgeria@ch-boulogne.fr

Secrétariat :

Tél : 03 21 99 38 55
Fax : 03 21 99 38 51

Mail pour particulier :

sec_geriatrie@ch-boulogne.fr

Mail crypté :

sec_geriatrie.ch-
boulogne@medical62.apicrypt.org

MME LE DOCTEUR TRAITANT

Nos réf.

IPP :

N° épisode :

Date d'entrée : 03/03/2022

Date de sortie : 04/03/2022

Destination à la sortie :

Chère Consœur,

Votre patiente, Mme XXXXXXXX [REDACTED] demeurant [REDACTED]
[REDACTED] 62280 ST MARTIN BOULOGNE, a été hospitalisée dans notre
service du [REDACTED] au [REDACTED] pour la prise en charge

Ses antécédents sont marqués par :

Son traitement habituel comprend :

Je reverrai [REDACTED] en consultation de contrôle le

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Chère Consœur, en l'assurance de mes
sentiments les meilleurs.

Cordialement.

Docteur HEUDEL BONNET BRIGITTE

Pour information :

Afin de faciliter l'accès à un conseil, une consultation gériatrique, une évaluation à domicile ou en
EHPAD par l'équipe mobile, à une hospitalisation en court séjour gériatrique :

Le service de gériatrie met à votre disposition un numéro d'appel unique

03.21.99.34.58

du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

Centre Hospitalier de Boulogne Sur Mer - BP 609 - 62321 Boulogne Sur Mer Cedex
Tel : 03 21 99 33 33 - Fax : 03 21 99 30 00 direction@ch-boulogne.fr www.ch-boulogne.fr

Annexe 3 : Grille méthodologique COREQ.

| n° | Item | Guide questions / description |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1 | Enquêteur/animateur | Marie THIÉRY |
| 2 | Titres académiques | DES de Médecine Générale |
| 3 | Activité | Double activité : médecin généraliste remplaçant et salariée aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Calais |
| 4 | Genre | Féminin |
| 5 | Expérience et formation | Deuxième étude qualitative (Mémoire pour le DE de Sage-Femme en 2015) |
| Relations avec les participants | | |
| 6 | Relation antérieure | Non |
| 7 | Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur | Nom et prénom, DES de Médecine Générale, faculté de Lille, pas de lien d'intérêt |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Réalisation des travaux de thèse, date du début de l'internat |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Théorisation ancrée |
| Sélection des participants | | |
| 10 | Échantillonnage | Echantillonnage raisonné, effet boule de neige, recherche Internet |
| 11 | Prise de contact | Téléphone et/ou mail |
| 12 | Taille de l'échantillon | 10 participants |
| 13 | Non-participation | 12 appels ou mail restés sans réponse |
| Contexte | | |
| 14 | Cadre de la collecte de données | Présentiel au cabinet de préférence ou visioconférence |
| 15 | Présence de non-participants | Non |
| 16 | Description de l'échantillon | Sexe, âge, année d'installation, code postal, nombre moyen de patients, type d'exercice et formations spécifiques |
| Recueil des données | | |
| 17 | Guide d'entretien | Guide d'entretien présenté en annexe, évolutif, un entretien test préalable |
| 18 | Entretiens répétés | Non |
| 19 | Enregistrement audio/visuel | Enregistrement audio (dictaphone) |
| 20 | Cahier de terrain | Oui |
| 21 | Durée | Moyenne de 48 minutes et 45secondes |
| 22 | Seuil de saturation | Seuil de saturation atteint au 9e entretien, consolidé par 1 entretien supplémentaire |
| 23 | Retour des retranscriptions | Non |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | 3 : le chercheur, un médecin généraliste externe à l'étude, une personne ne pratiquant pas la médecine |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Arbre de codage présenté en annexe |
| 26 | Détermination des thèmes | Evolatif, lors de l'analyse des données entretien par entretien |
| 27 | Logiciel | NVivo 14® |
| 28 | Vérification par les participants | Non |
| Rédaction | | |
| 29 | Citations présentées | Oui, présentation de verbatim anonymes numérotés de M1 à M10 |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Oui |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Oui |

Annexe 4 : Attestation de déclaration à la protection des données.



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

| | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nom : Université de Lille | SIREN: 130 029 754 00012 |
| Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE | Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 |

Traitement déclaré

Intitulé : Etude qualitative auprès des médecins généralistes du Boulonnais d'un dispositif d'aide à la prise en charge de la population gériatrique liant la ville et l'hôpital

Référence Registre DPO : 2024-083

Responsable scientifique : Mme Anne-Marie REIGNIER
Interlocuteur (s) : Mme Marie THIERY

Fait à Lille,

Le 2 mai 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : Guide d'entretien final.

1. Soins apportés à la population gériatrique de manière générale.

| Question | Relances possibles |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Que pensez-vous des soins apportés à la population gériatrique en général ? | <ul style="list-style-type: none">→ Comment définissez-vous un patient gériatrique ?→ Quelles sont pour vous les difficultés majeures lors de la prise en charge des patients gériatriques ?→ Pour quelles raisons la prise en charge est-elle chronophage ?→ Est-ce chronophage ou le temps est-il un problème ?→ Que pensez-vous des visites à domicile ? |

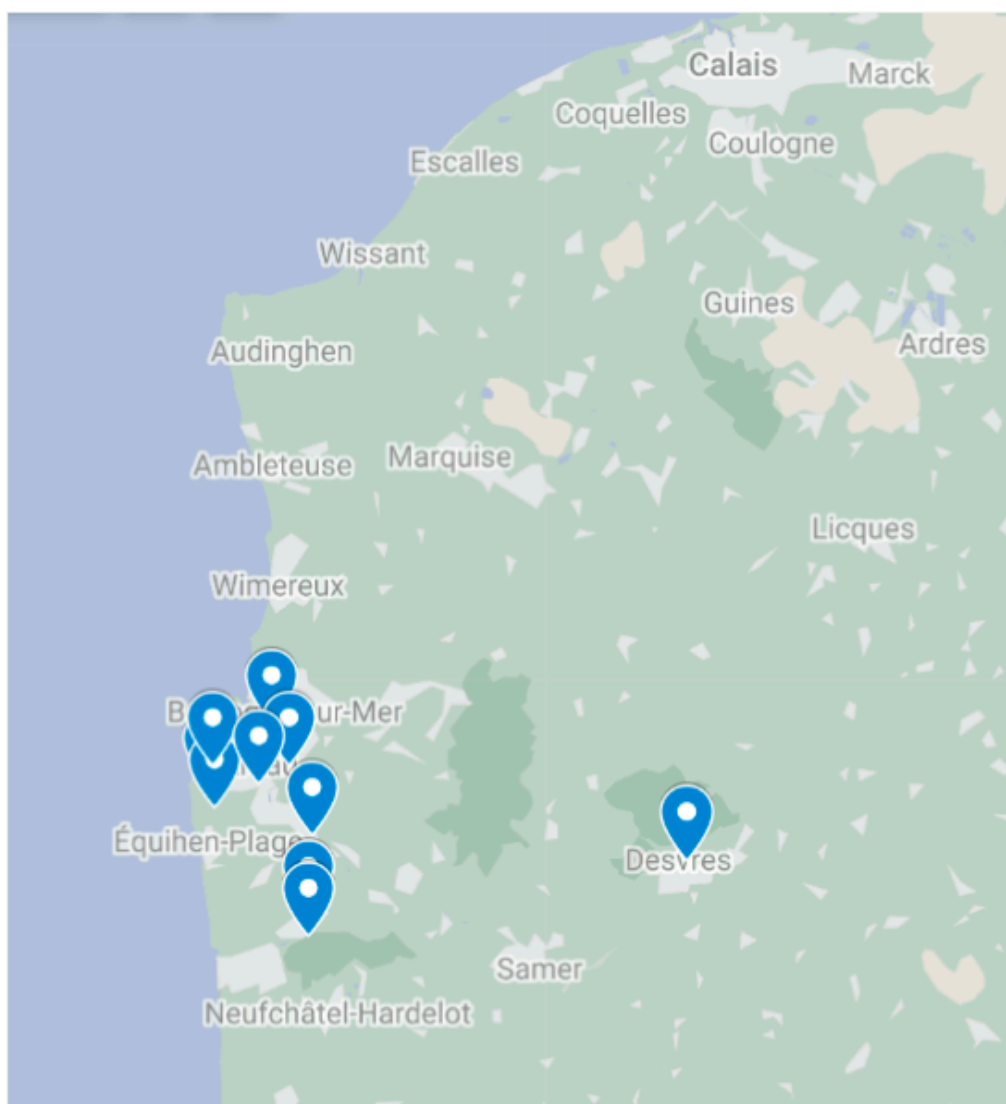
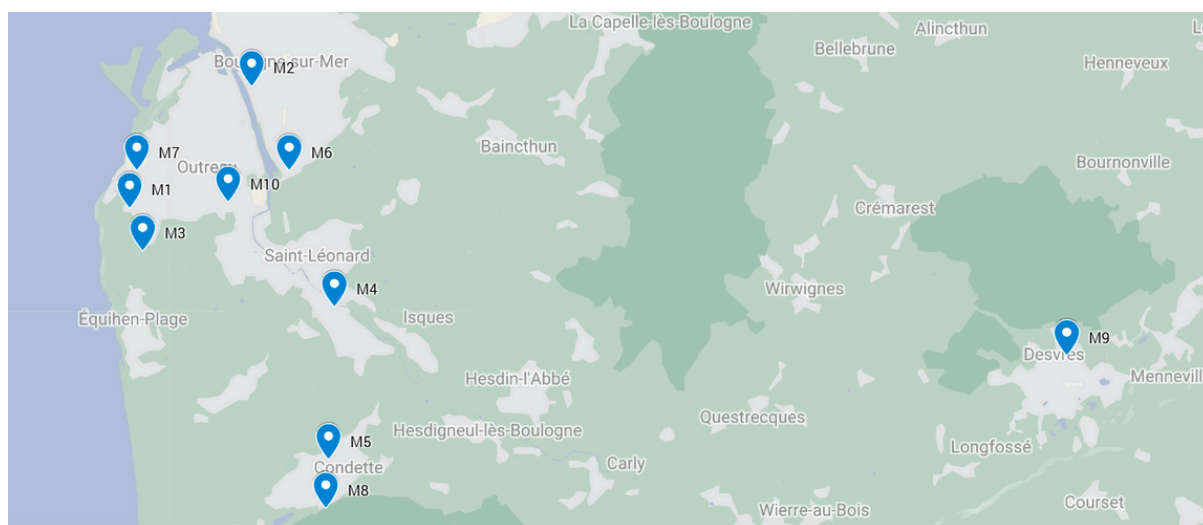
2. Existence du numéro d'appel unique d'appui gériatrique mis en place par le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

| Question | Relances possibles |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Connaissez-vous le numéro d'appel unique d'appui gériatrique mis en place par le Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer ? | <ul style="list-style-type: none">→ Comment avez-vous eu connaissance de ce dispositif ?→ Pourquoi l'avez-vous déjà utilisé ?→ En quoi trouvez-vous le dispositif utile ?→ Quels sont les freins à l'utilisation de ce dispositif ?→ Quels sont les axes d'amélioration qui pourraient être proposés afin d'optimiser le dispositif ? |

3. Accès aux soins spécialisés.

| Question | Relances possibles |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Que pensez-vous de l'accès aux soins spécialisés sur votre territoire ? | <ul style="list-style-type: none">→ Quels recours utilisez-vous lorsque les soins d'un patient gériatrique ne relèvent plus de la médecine de ville ?→ Trouvez-vous difficile dans votre pratique d'y avoir accès ?→ Comment pourrait-on améliorer le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière selon vous ? |

Annexe 6 : Cartographie des médecins interrogés.



Annexe 7 : Arbre de codage NVivo.

Sources = nombre de verbatims / médecins évoquant le nœud (item, idée).

Références = nombre de citations pour chaque nœud.

| Nom | Sources | Réf | Nom | Sources | Réf |
|------------------------------------------|---------|-----|------------------------------------------|---------|-----|
| 1. Définition patient gériatrique | 10 | 380 | 1.4. Rôle du généraliste | 10 | 110 |
| 1.1. Difficile à définir | 6 | 7 | Anticipation, prévention | 5 | 20 |
| 1.2. Définition | 10 | 44 | Coordination | 7 | 19 |
| Critère d'âge | 9 | 12 | Intervenants | 4 | 9 |
| Critères de fragilité | 3 | 6 | Famille | 2 | 3 |
| Dépendant | 5 | 6 | Parcours de soins | 3 | 4 |
| Plurifactoriel | 3 | 4 | Etre réactif | 3 | 11 |
| Polypathologie | 8 | 13 | Prendre le temps | 2 | 5 |
| Retraité | 1 | 3 | Prendre les rendez-vous | 3 | 6 |
| 1.3. Spécificités | 10 | 171 | S'adapter | 5 | 6 |
| Abandonné | 2 | 2 | S'organiser | 6 | 14 |
| Chronophage | 10 | 26 | Se créer un réseau | 6 | 28 |
| Complexe | 6 | 9 | CPTS | 3 | 4 |
| Défi, diversifié, intéressant | 6 | 12 | MSP | 4 | 14 |
| Nombreux | 7 | 13 | Autres médecins | 4 | 5 |
| Négligé par son âge | 2 | 3 | Paramédicaux | 3 | 3 |
| Peu mobile | 4 | 6 | 1.5. Accès au généraliste | 7 | 48 |
| Autonomie | 5 | 14 | Choix, sélection des patients | 2 | 8 |
| Risque de chute | 1 | 3 | CPTS | 2 | 3 |
| Réévaluations fréquentes | 1 | 3 | Problème | 7 | 24 |
| Solitude, isolement | 3 | 5 | Refus domicile | 4 | 12 |
| Tous différents | 2 | 4 | 2. Difficultés de prise en charge | 10 | 298 |
| Tétu, caractère | 2 | 3 | 2.1. Liées à la personne âgée | 8 | 39 |
| Visites au domicile | 10 | 68 | Exigent, habitué | 2 | 2 |
| Beaucoup de demandes | 8 | 12 | Refus de soins | 6 | 11 |
| Chronophage | 7 | 13 | Isolement | 3 | 7 |
| Cotations | 4 | 4 | Maintien au domicile | 4 | 8 |
| Indispensable | 8 | 13 | Maintien de l'autonomie | 5 | 7 |
| Inégalité de PEC | 2 | 4 | Manque de moyens financiers | 2 | 2 |
| Limites nécessaires | 2 | 3 | Multiplicité des consultations | 1 | 1 |
| Ouverture de porte | 2 | 2 | Son âge | 1 | 1 |
| Abus | 2 | 4 | 2.2. Liées à l'entourage | 8 | 15 |
| Perte de rentabilité | 7 | 12 | Lien avec la famille | 5 | 8 |
| Solution de l'ambulance | 1 | 1 | Multiplicité des intervenants | 4 | 4 |
| | | | Lien avec les interlocuteurs | 3 | 3 |

| Nom | Sources | Réf | Nom | Sources | Réf |
|------------------------------------|---------|-----|------------------------------------|---------|-----|
| 2.3. Liées aux pathologies | 6 | 21 | S'équiper | 2 | 2 |
| Cascade gériatrique | 1 | 4 | Se former | 2 | 3 |
| Fragilité | 1 | 1 | Se réunir | 1 | 2 |
| Iatrogénie | 2 | 3 | Téléexpertise | 1 | 1 |
| Polypathologie | 2 | 3 | 2.5. Causes des difficultés | 10 | 204 |
| Surdité | 1 | 1 | Manque d'envie | 4 | 20 |
| Tous différents | 2 | 2 | Manque d'expérience | 4 | 4 |
| Troubles cognitifs, mémoire | 4 | 6 | Partager les expériences | 2 | 2 |
| 2.4. Difficultés techniques | 6 | 13 | Manque de formation | 3 | 5 |
| Abord social | 1 | 1 | Solutions | 2 | 3 |
| Accès au plateau technique | 4 | 8 | Se former ensemble | 2 | 3 |
| Accès aux soins spécialisés | 3 | 3 | Manque de moyens | 4 | 6 |
| C'était mieux avant | 4 | 9 | Manque de temps | 10 | 99 |
| Communication impossible | 8 | 28 | Conflit de générations | 6 | 19 |
| Non sécurisée | 4 | 8 | Ok | 4 | 8 |
| Complexe | 8 | 15 | Pas ok | 2 | 2 |
| Délais de rendez-vous | 7 | 24 | Le temps est un problème | 5 | 6 |
| Exemples de spécialités | 1 | 1 | Saturation de l'agenda | 10 | 28 |
| Angiologie | 1 | 1 | Horaires | 6 | 9 |
| Cardiologie | 8 | 16 | Nombre d'actes par jour | 3 | 3 |
| Dermatologie | 7 | 11 | Solutions | 8 | 35 |
| Gastro | 2 | 2 | Assistants médicaux | 1 | 1 |
| Gériatrie | 2 | 3 | Etre à plusieurs | 1 | 3 |
| Hématologie | 2 | 4 | IPA | 3 | 7 |
| Neuro | 2 | 2 | MSU | 2 | 2 |
| Néphro | 3 | 3 | Revalorisation | 1 | 1 |
| Ophtalmo | 1 | 1 | Revoir les patients | 1 | 3 |
| ORL | 2 | 2 | Savoir dire non | 6 | 16 |
| Pneumologue | 3 | 3 | Secrétaire | 1 | 1 |
| Mépris des MG | 3 | 6 | Sélection patients | 1 | 1 |
| Pas contre les spécialistes | 4 | 5 | Non rémunérateur | 8 | 31 |
| Retard de prise en charge | 2 | 3 | Cotations limites | 1 | 1 |
| Solutions | 6 | 21 | Poste salariat | 1 | 1 |
| Aide de la famille | 1 | 1 | Téléconsultation privée | 1 | 1 |
| Débrouillardise | 5 | 12 | Pas assez de médecins | 5 | 11 |

| Nom | Sources | Réf | Nom | Sources | Réf |
|--------------------------------------|---------|-----|-------------------------------------|---------|-----|
| Pression administrative | 4 | 15 | 3.5. Solutions et attentes | 7 | 13 |
| Trop de patients | 5 | 13 | Entrées directes | 7 | 12 |
| 3. Recours si PEC complexe | 10 | 161 | Attente, pas de place | 4 | 7 |
| 3.1. Caractéristiques | 7 | 16 | Service bio imagerie rapide | 1 | 1 |
| Balance bénéfice-risque | 2 | 2 | 4. Numéro d'appel unique | 10 | 213 |
| Choix difficile | 2 | 3 | 4.1. Connaissance | 5 | 13 |
| Chronophage | 5 | 9 | Bouche à oreille | 1 | 1 |
| 3.2. Prise en charge sociale | 2 | 2 | Communication par courrier | 4 | 4 |
| Aides au domicile | 3 | 5 | Communication par flyers | 1 | 1 |
| Appel de la famille | 1 | 1 | Confusion EMG | 1 | 1 |
| CCAS | 1 | 1 | Courrier de sortie hospit | 1 | 1 |
| DAC passerelle | 4 | 11 | 4.2. Méconnaissance | 7 | 21 |
| Ehpad | 1 | 1 | Bon de demande du SSR | 2 | 3 |
| EMG | 6 | 13 | Numéros directs | 1 | 1 |
| MDS | 1 | 1 | Standard | 6 | 9 |
| 3.3. Prise en charge médicale | 9 | 66 | 4.3. Fréquence d'utilisation | 6 | 7 |
| Aides paramédicales | 2 | 2 | 4.4. Motifs de recours | 9 | 36 |
| Aides techniques | 1 | 1 | Consultation gériatre | 1 | 1 |
| Spécialiste | 9 | 16 | EMG | 5 | 8 |
| HAD | 2 | 2 | Hospitalisation | 5 | 9 |
| Gériatrie | 8 | 20 | Ne sait plus | 1 | 2 |
| Omnidoc | 4 | 8 | Question médicale | 6 | 9 |
| Plutôt hôpital que clinique | 2 | 5 | Question sociale | 1 | 1 |
| 3.4. Services des urgences | 10 | 64 | Transmission informations | 1 | 2 |
| A éviter | 5 | 7 | 4.5. Service rendu | 9 | 46 |
| Attente | 2 | 5 | 4.5.1. Utile | 9 | 34 |
| Débordé | 1 | 2 | Direct | 3 | 7 |
| Fréquence de recours | 7 | 11 | Evite le standard | 1 | 3 |
| Motifs de recours | 9 | 20 | Facile d'utilisation | 3 | 3 |
| Pas de social | 3 | 3 | Si beaucoup de patients | 1 | 1 |
| Manque de lits d'aval | 1 | 2 | Qualité des avis | 5 | 9 |
| Perte de chance | 1 | 2 | EMG | 2 | 2 |
| Préjugés défavorables | 2 | 2 | Sous spécialité gériatre | 1 | 1 |
| Sans adressage | 3 | 3 | Réactif, disponibles | 3 | 3 |
| Transmission d'informations | 4 | 7 | 4.5.2. Pas utile | 6 | 11 |

| Nom | Sources | Réf | Nom | Sources | Réf |
|------------------------------------------|---------|-----|-----------------------------------|---------|-----|
| Demande par mail | 1 | 1 | 5.2. Hopline | 4 | 7 |
| Désuet | 2 | 3 | 5.3. Omnidoc | 8 | 58 |
| Gériatre absent | 1 | 1 | Rémunéré | 6 | 14 |
| Pas de place | 1 | 1 | Réponses rapides | 5 | 10 |
| 4.6. Freins à l'utilisation | 9 | 52 | Tri | 2 | 3 |
| Amplitude horaire | 4 | 7 | Simple | 6 | 10 |
| Débordés | 2 | 3 | Souple | 6 | 9 |
| Etre rappelé | 4 | 7 | Pas d'interruption de tâche | 3 | 3 |
| Filtre de l'infirmière | 6 | 9 | 6. Lien ville-hôpital | 10 | 125 |
| Messagerie non sécurisée | 5 | 9 | 6.1. Indispensable pour... | 8 | 25 |
| Multiplicité des numéros | 3 | 6 | Anticiper | 3 | 6 |
| Temps d'attente | 6 | 11 | Communication sortie | 3 | 4 |
| 4.7. Axes d'amélioration | 7 | 38 | Echanger | 5 | 6 |
| Amplitude horaire | 3 | 4 | Rendre les PEC agréables | 2 | 2 |
| Consult semi-urgentes | 2 | 2 | Se comprendre | 5 | 10 |
| Coordination passage EMG | 1 | 1 | Modérer les sollicitations | 3 | 4 |
| Entrées directes | 1 | 1 | Sécuriser les transmissions | 1 | 1 |
| Faire une réunion | 1 | 2 | 6.2. Comment faire | 10 | 96 |
| Gériatre directement | 2 | 2 | 6.2.1. Se connaître | 9 | 52 |
| Meilleure coordination | 1 | 4 | Annuaire téléphonique | 4 | 5 |
| Messagerie sécurisée | 2 | 5 | Se présenter à l'installation | 5 | 9 |
| Moyens financiers | 1 | 4 | Via des repas partagés | 3 | 3 |
| Omnidoc | 2 | 9 | Via des réunions | 2 | 10 |
| Passage gériatre EMG | 1 | 3 | Via une revue | 2 | 7 |
| 5. Les alternatives au dispositif | 10 | 86 | 6.2.2. Travailler ensemble | 8 | 20 |
| 5.1. Attentes du MG | 7 | 21 | Consults avancées | 1 | 1 |
| Contact téléphonique | 2 | 3 | Faire des protocoles | 1 | 2 |
| Modernité | 1 | 1 | Via des ateliers | 2 | 2 |
| Numéro unique | 2 | 4 | Via des FMC | 4 | 10 |
| Pas d'interruption de tâche | 1 | 1 | Via des RCP | 3 | 5 |
| Pas de contrainte horaire | 2 | 2 | 6.2.3. Etre motivé | 3 | 4 |
| Rapidité | 1 | 1 | 6.2.4. Intérêt de la CPTS | 3 | 20 |
| Transmissions plutôt écrites | 3 | 3 | Beaucoup de missions | 1 | 1 |
| Traçabilité | 1 | 2 | Intérêt porté | 3 | 10 |
| Rémunération | 2 | 3 | Lourdeur, désintérêt | 4 | 9 |

Annexe 8 : Items principaux de l'arbre de codage et médecins correspondants.

Tableau 1 : Définition du patient gériatrique.

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Polypathologique | M1, M2, M4, M5, M7, M8, M9 |
| Âgé / Vieux | M1, M7, M8, M9, M10 |
| Perte d'autonomie | M4, M5, M7, M9 |
| Fragile / Critères de fragilité | M1, M3, M5, M7 |
| Maladie chronique | M1, M10 |
| Dépendant | M4, M6 |
| Retraité | M7 |

Tableau 2 : Spécificités du patient gériatrique.

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| Chronophage | M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Consultations longues | M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Peu mobile / Chuteur | M1, M2, M4, M5, M6, M7, M10 |
| Peu rémunérateur | M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9 |
| Nombreux | M1, M2, M5, M6, M8, M9 |
| Complexe / Compliqué | M1, M3, M4, M5, M10 |
| Intéressant | M1, M2, M3, M6, M8 |
| Lent / Long | M1, M4, M6, M8 |
| Isolé, abandonné | M4, M5, M7, M8 |
| Tous différents | M1, M3, M5, M7 |
| Peu autonome | M4, M5, M7 |
| Négligé à cause de leur âge | M5, M6, M8 |
| Avec du caractère / Têtu | M4, M5 |
| Réévaluations fréquentes | M5, M7 |
| Stressant, prenant | M1 |

Tableau 3 : Visites à domicile.

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Chronophage | M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9 |
| Beaucoup de demandes | M1, M2, M3, M5, M6, M8, M9 |
| Perte de rentabilité | M1, M3, M4, M5, M7, M9 |
| Indispensable | M4, M5, M6, M8, M10 |
| Cotation spécifique | M5, M6, M7, M9, M10 |
| Limites nécessaires | M1, M3, M5 |
| Logistique compliquée | M1, M4, M6 |
| Parfois visite non justifiée | M5, M6 |
| Solution de l'ambulance | M5 |

Tableau 4 : Rôle du médecin généraliste.

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Anticipation / Prévention | M1, M3, M5, M7, M8, M10 |
| Coordination | M1, M2, M5, M6, M7, M8 |
| Organisation | M1, M3, M5, M7, M8 |
| Importance du réseau | M1, M3, M6, M7 |
| Communication / Négociation | M1, M3, M5, M7 |
| Réactivité | M5, M6, M9 |
| Prise de rendez-vous | M2, M6, M8 |
| Implication | M5, M6, M7 |
| Adaptation | M1, M6 |
| Prendre le temps | M3, M6 |
| Se former, acquérir des compétences | M3 |
| Être disponible | M6 |

Tableau 5 : Spécialités en tension dans le Boulonnais.

| | |
|--------------|---------------------------------|
| Cardiologie | M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M10 |
| Dermatologie | M1, M2, M3, M4, M8, M9 |
| Hématologie | M3, M7, M10 |
| Pneumologie | M6, M10 |
| Neurologie | M9, M10 |
| ORL | M2, M6 |

Tableau 6 : Difficultés du côté de la médecine générale.

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------|
| Manque de temps | M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Rémunération insuffisante | M1, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Manque d'envie | M2, M4, M5, M7, M8 |
| Pas assez de médecins | M2, M4, M5, M7, M8 |
| Trop de patients | M2, M4, M5, M7 |
| Manque de moyens | M2, M5, M6, M7 |
| Pression administrative | M2, M4, M7, M9 |
| Manque d'expérience | M1, M4, M5, M7 |
| Manque de compétence | M1, M3, M6 |

Tableau 7 : Solutions pour gagner du temps.

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| Savoir dire non, être ferme | M1, M2, M4, M5, M7, M8 |
| IPA | M3, M7, M10 |
| MSU | M3, M7 |
| Assistants médicaux | M7 |
| Être à plusieurs | M7 |
| Revoir les patients | M1 |
| Revalorisation | M7 |
| Secrétaire | M7 |
| Sélectionner ses patients | M5 |

Tableau 8 : Recours prise en charge sociale.

| | |
|---------------------|-------------------------|
| EMG | M2, M5, M7, M8, M9, M10 |
| DAC Passerelles | M1, M2, M8, M10 |
| Aides au domicile | M4, M5, M8 |
| Appel de la famille | M5 |
| CCAS | M8 |
| Ehpad | M5 |
| MDS | M9 |

Tableau 9 : Recours prise en charge médicale.

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Appel du spécialiste | M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Omnidoc | M5, M7, M9, M10 |
| Aides paramédicales | M5, M8 |
| HAD | M5, M8 |
| Plutôt hôpital que clinique | M5, M9 |
| Aides techniques | M5 |

Tableau 10 : Recours aux urgences.

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| A éviter | M1, M2, M3, M5, M6, M7, M9, M10 |
| Motif aigu | M1, M3, M4, M5, M6, M7, M9 |
| Entrée directe impossible | M1, M2, M3, M4, M6 |
| Attente | M2, M6 |
| Pas de social | M2, M5 |
| Pas suffisamment de lits d'aval | M2, M5 |
| Manque de communication | M2, M3 |
| Débordés | M2 |
| Perte de chance | M2 |

Tableau 11 : Motif de recours au numéro d'appel unique.

| | |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Sollicitation de l'EMG, question sociale | M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10 |
| Question médicale | M3, M4, M6, M8, M9, M10 |
| Demande d'hospitalisation directe | M2, M6, M7, M8, M9 |
| Demande de consultation de gériatrie | M4 |

Tableau 12 : Freins à l'utilisation du dispositif.

| | |
|-------------------------------------------|------------------------|
| Temps d'attente | M1, M2, M6, M7, M8, M9 |
| Le fait d'être rappelé | M1, M3, M6, M8, M9 |
| Filtre de l'infirmière | M1, M2, M3, M5, M6 |
| Messagerie non sécurisée | M3, M7, M8, M10 |
| Amplitude horaire | M1, M2, M6, M9 |
| Multiplicité des numéros | M1, M2, M7 |
| Le fait que les gériatres soient débordés | M3, M5, M8 |
| Manque de coordination | M7, M9 |

Tableau 13 : Axes d'amélioration du dispositif.

| | |
|-------------------------------------------|------------|
| Avoir une messagerie sécurisée | M1, M3, M7 |
| Favoriser les demandes écrites | M1, M7, M9 |
| Augmenter l'amplitude horaire | M1, M6, M9 |
| Créer une astreinte de soirée | M1, M6, M7 |
| Avoir le gériatre directement | M5, M6 |
| Passage d'un gériatre à domicile | M3, M5 |
| Organiser des consultations semi-urgentes | M3, M6 |
| Proposer Omnidoc en gériatrie | M7, M9 |
| Améliorer la coordination | M3, M5 |
| Faciliter les hospitalisations directes | M6 |
| Faire une réunion d'informations | M6 |

Tableau 14 : Attentes du médecin généraliste du bon outil.

| | |
|------------------------------------------------|---------------------------------|
| Simplicité | M1, M3, M4, M5, M7, M8, M9, M10 |
| Pas de contrainte horaire, flexibilité, souple | M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M9 |
| Rapidité, réactivité | M2, M5, M6, M7, M9, M10 |
| Transmissions écrites plutôt qu'orales | M1, M3, M5, M7, M8, M9 |
| Rémunération, valorisation du temps passé | M1, M3, M5, M7, M8, M9 |
| Direct | M2, M4, M6, M7, M8, M10 |
| Traçabilité, fiabilité, sécurité | M1, M3, M7, M9 |
| Numéro unique, plateforme unique | M2, M7 |
| Pas d'interruption de tâche | M1, M9 |
| Universalité | M7 |
| Modernité | M9 |

Tableau 15 : Caractéristiques Omnidoc.

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Simple, facile d'utilisation | M3, M5, M7, M8, M9, M10 |
| Rémunéré, valorisé | M2, M3, M5, M7, M8, M9 |
| Réponse rapide, réactivité | M2, M5, M7, M9, M10 |
| Pas d'interruption de tâche | M2, M5, M7, M9 |
| Souple | M7, M8, M10 |
| Peu chronophage, rapide | M7, M10 |
| Fiable, traçabilité | M2, M9 |
| Permet de trier | M5, M9 |
| Direct | M2 |
| Moderne | M9 |

Tableau 16 : Lien ville-hôpital à renforcer mais pourquoi ?

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Travailler ensemble | M1, M3, M6, M7, M8, M9, M10 |
| Se former, se mettre à jour | M6, M8, M9, M10 |
| Se connaître | M1, M6, M8, M9 |
| Échanger | M4, M6, M9, M10 |
| Se rencontrer | M1, M6, M9, M10 |
| Anticiper | M1, M5, M6 |
| Se faire confiance | M3, M5, M8 |
| Développer un réseau | M3, M6 |
| Se comprendre | M1, M2 |
| Se concerter | M7 |
| Être informé | M8 |

Tableau 17 : Comment renforcer le lien ville-hôpital ?

| | |
|--------------------------------------------|--------------------|
| Se présenter à l'installation, à l'arrivée | M1, M3, M4, M6, M8 |
| Éditer un annuaire téléphonique | M1, M2, M6, M10 |
| Partager des repas | M3, M6, M10 |
| Faire des réunions d'informations | M6, M8 |
| Éditer une revue | M6, M10 |

Tableau 18 : Comment travailler ensemble ?

| | |
|------------------------|-----------------|
| FMC | M6, M8, M9, M10 |
| RCP au sein des MSP | M1, M3, M7 |
| Stages, MSU | M3, M5, M9 |
| Ateliers | M9, M10 |
| Consultations avancées | M9 |
| Via des protocoles | M5 |

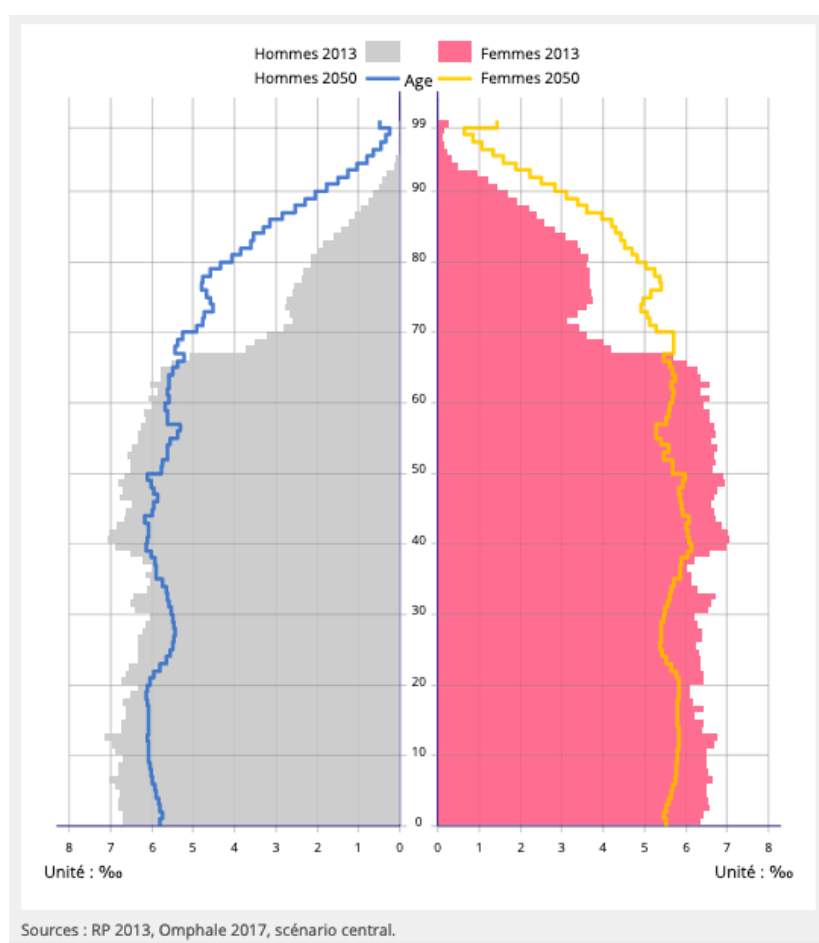
Annexe 9 : Projection de la population en France et dans les Hauts-De-France.

en %

| | Population au 1 ^{er} janvier en millions | Moins de 20 ans | 20 ans à 59 ans | 60 ans à 64 ans | 65 ans à 74 ans | 75 ans ou plus |
|------|---------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 2025 | 69,1 | 23,7 | 48,3 | 6,2 | 11,0 | 10,8 |
| 2030 | 70,3 | 23,0 | 47,4 | 6,2 | 11,2 | 12,2 |
| 2035 | 71,4 | 22,4 | 46,5 | 6,2 | 11,4 | 13,5 |
| 2040 | 72,5 | 22,2 | 46,1 | 5,6 | 11,5 | 14,6 |
| 2050 | 74,0 | 22,3 | 44,9 | 5,7 | 10,8 | 16,3 |
| 2060 | 75,2 | 21,7 | 44,9 | 5,5 | 10,7 | 17,2 |
| 2070 | 76,4 | 21,3 | 44,2 | 5,8 | 10,8 | 17,9 |

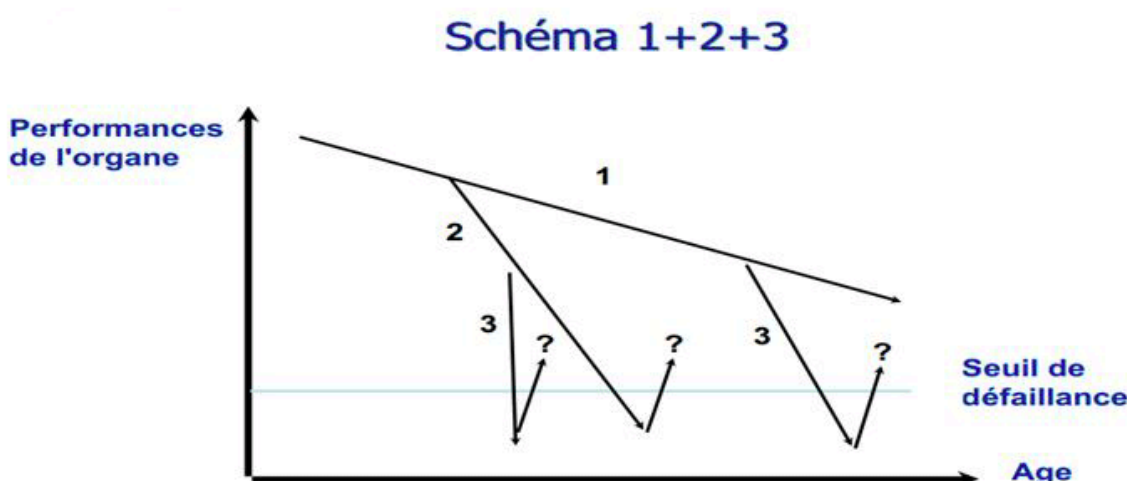
Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Projection de population par grand groupe d'âges (1).



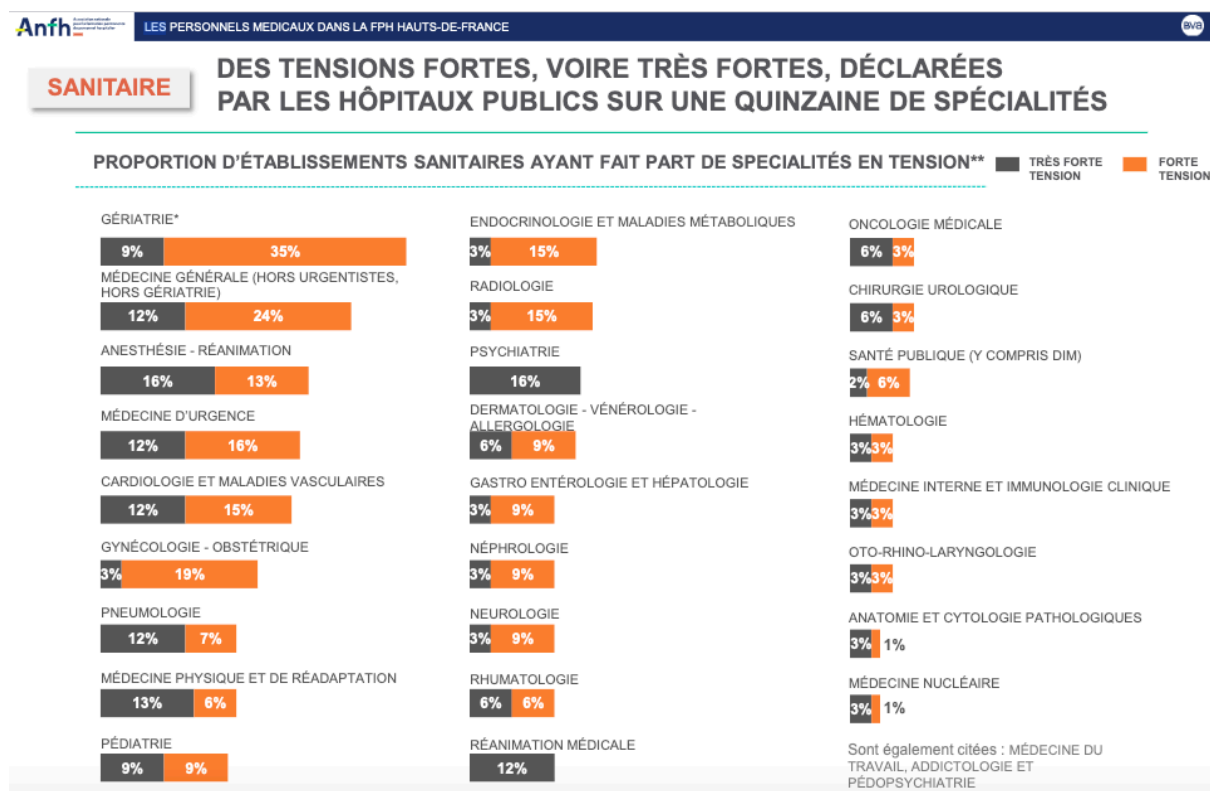
Pyramide des âges 2013-2050 dans les Hauts-de-France (2).

Annexe 10 : Schématisation de la cascade gériatrique (34).

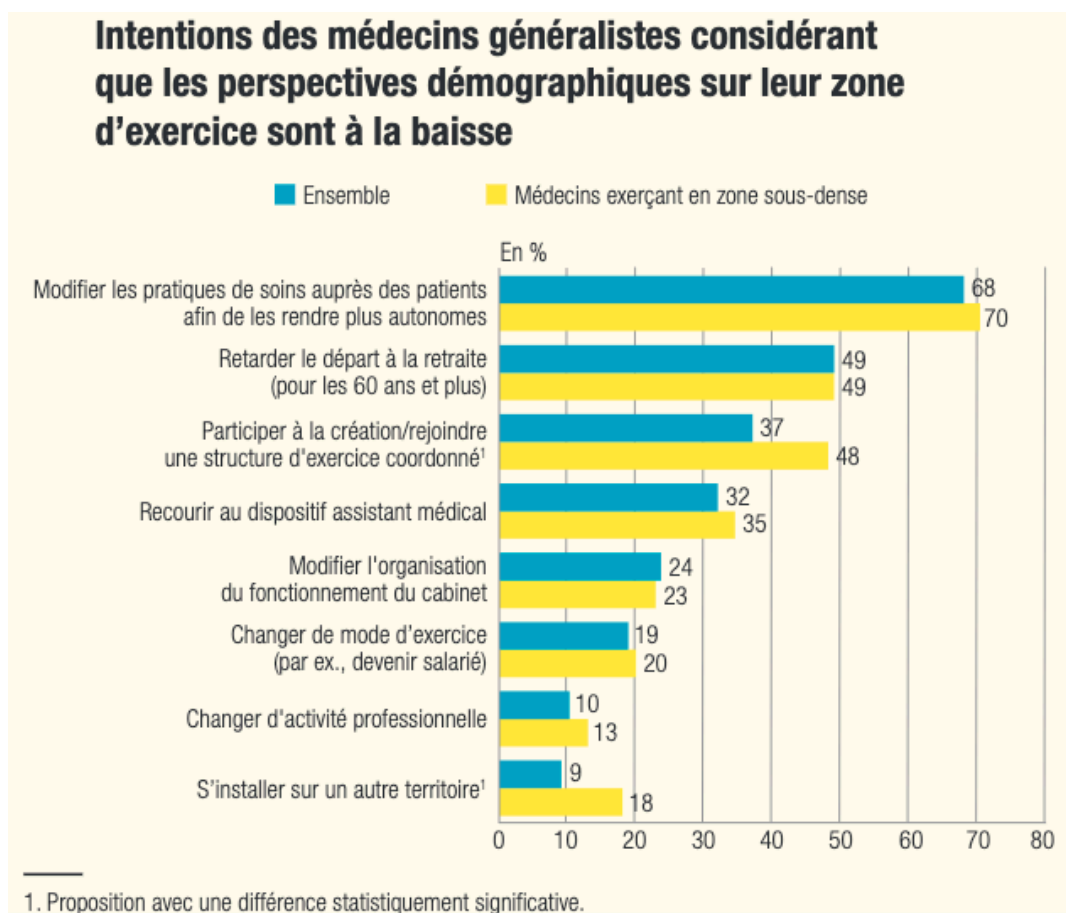


La décompensation fonctionnelle d'un organe (théorie 1+ (2) +3 de JP Bouchon), sous l'effet d'un événement intercurrent. Les effets du vieillissement (1) réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation. Les affections chroniques surajoutées (2) altèrent les fonctions. Les facteurs de décompensation (3) sont souvent multiples et associés : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

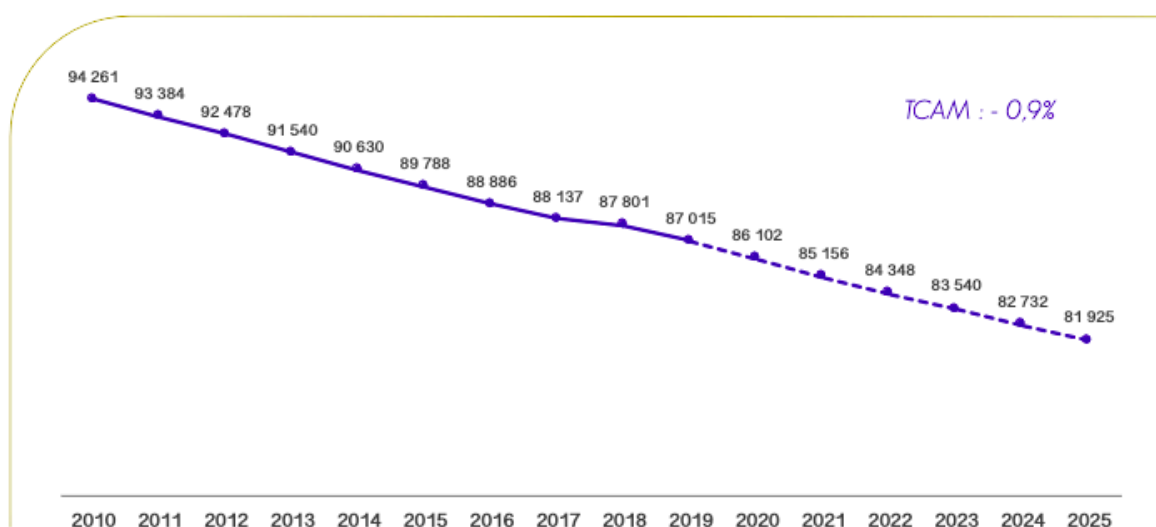
Annexe 11 : Spécialités en tension dans les Hauts-De-France en 2021 (36).



Annexe 12 : Intentions des médecins généralistes considérant que les perspectives démographiques dans leur zone d'exercice sont à la baisse (6).



Annexe 13 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (17).

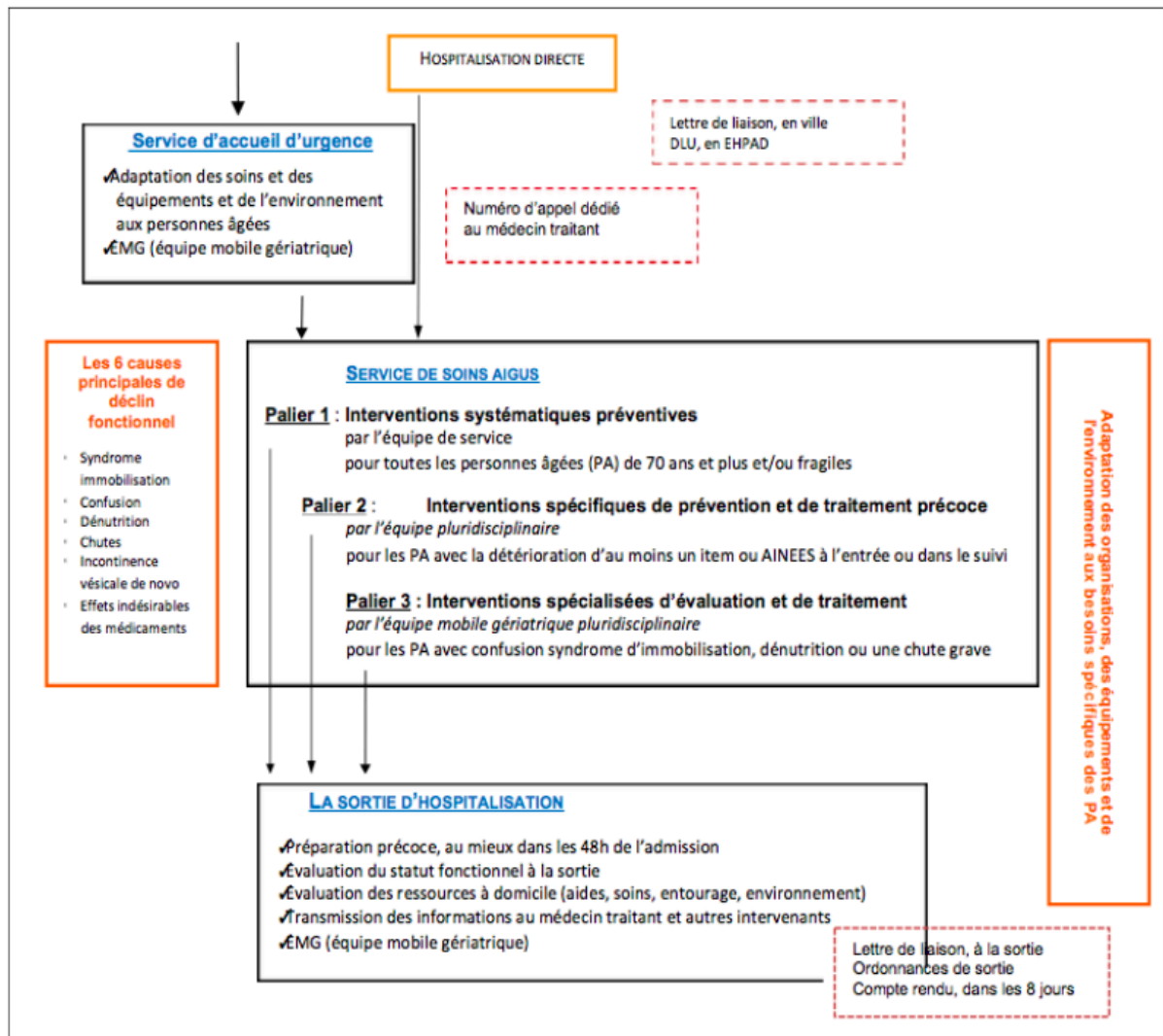


Annexe 14 : Impact des évolutions de la démographie médicale sur la qualité de vie, la formation et les pratiques des médecins généralistes libéraux (6).

| Impact des évolutions de la démographie médicale sur la qualité de vie, la formation et les pratiques des médecins généralistes libéraux | | | En % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|------|
| | Ensemble | Médecins généralistes exerçant en zone sous-dense | |
| Qualité de vie et sur la formation | | | |
| Fait des journées plus longues que souhaité | 72 | NS | |
| Écoute sur son temps de formation | 47 | 52 | |
| Prise en charge | | | |
| Refuse de nouveaux patients en tant que médecin traitant | 53 | NS | |
| Refuse des patients occasionnels (non médecin traitant) en demande de soins | 45 | NS | |
| Rythme d'activité | | | |
| Augmente les délais de rendez-vous | 54 | 61 | |
| Voit moins fréquemment certains patients qui ont été suivis régulièrement | 40 | 49 | |
| Raccourcit le temps de consultation par patient | 28 | NS | |
| Délègue certaines tâches assurées auparavant | 23 | 28 | |
| Soins non programmés | | | |
| Propose des plages de consultations sans rendez-vous | 45 | NS | |
| Accepte la moitié ou moins des demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain | 24 | 30 | |
| Accepte plus de la moitié des demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain | 45 | 41 | |
| Accepte toutes les demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain | 28 | 25 | |

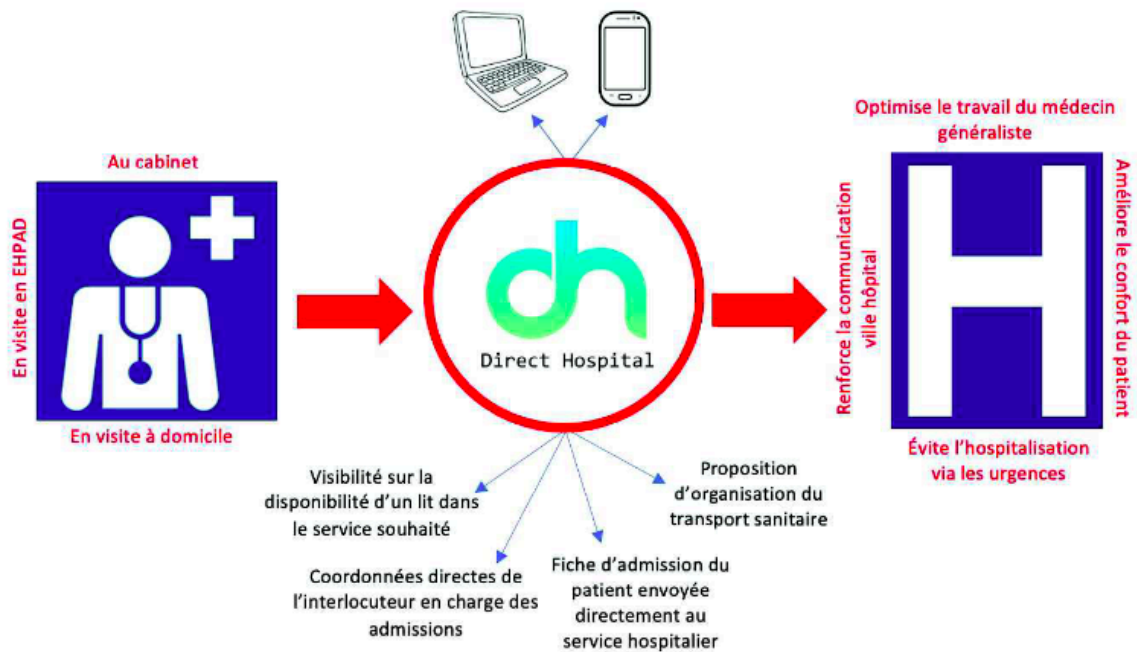
NS : pas de différence significative avec les médecins n'exerçant pas en zone sous-dense.

Annexe 15 : Schéma organisationnel pour la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées dans un service hospitalier (41).

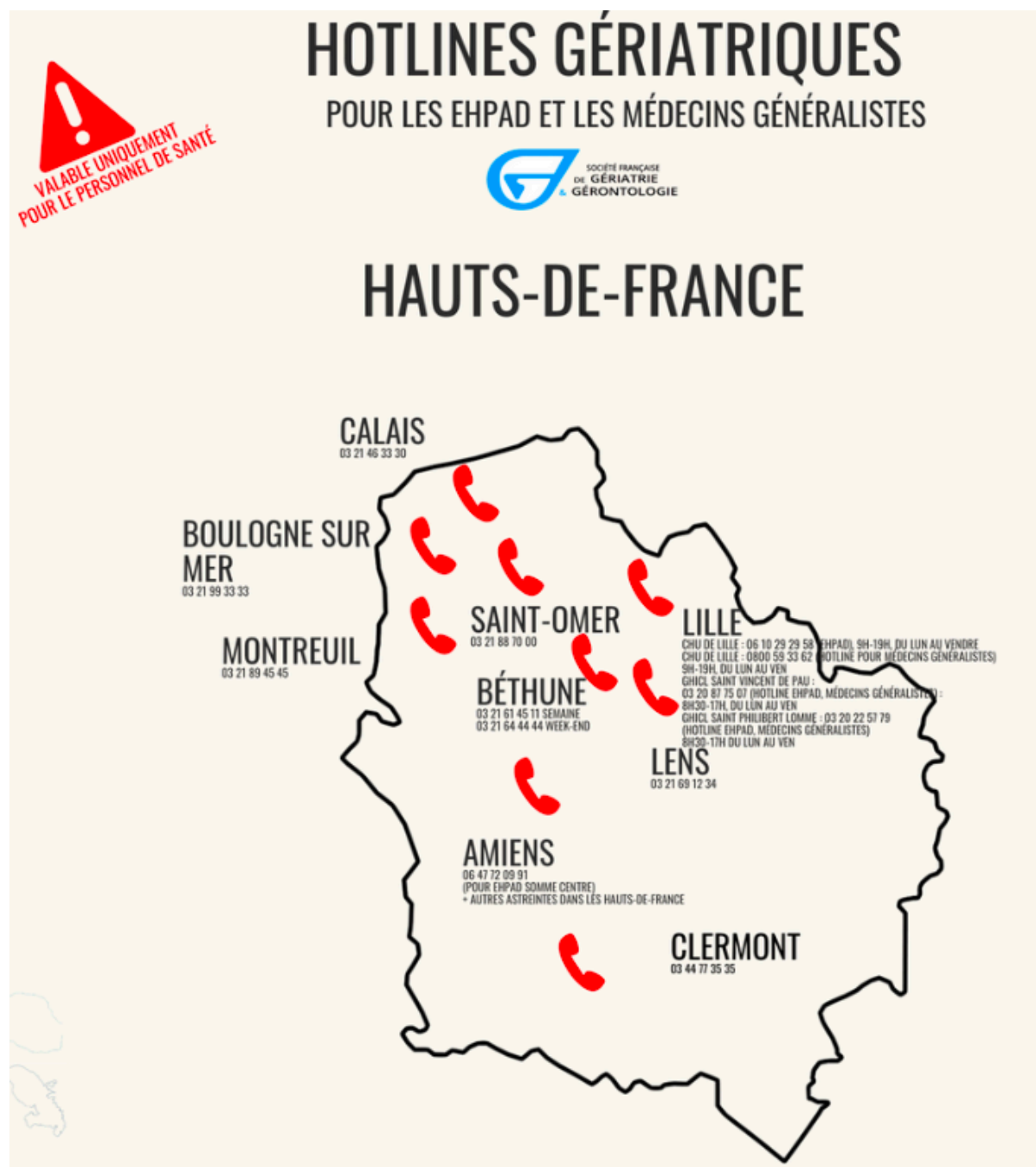


Annexe 16 : Schématisation du du dispositif direct hospital (42).

Admissions directes de vos patients en service hospitalier :
utilisez Direct Hospital



Annexe 17 : Carte des hotlines gériatriques dans les Hauts-de-France (48).



Annexe 18 : Fréquence d'utilisation du numéro d'appel unique d'appui gériatrique du CHB depuis sa mise en service.

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
|--------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Janvier | | 14 | 7 | 4 | 25 |
| Février | | 9 | 4 | 5 | 18 |
| Mars | | 6 | 4 | 3 | 13 |
| Avril | | 1 | 3 | 5 | 9 |
| Mai | | 3 | 2 | 7 | 12 |
| Juin | | 2 | 2 | 4 | 8 |
| Juillet | | 7 | 4 | 3 | 14 |
| Août | | 7 | 5 | 9 | 21 |
| Septembre | | 4 | 9 | 1 | 14 |
| Octobre | 2 | 0 | 3 | 3 | 8 |
| Novembre | 1 | 0 | 11 | 1 | 13 |
| Décembre | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| Total | 4 | 53 | 56 | 45 | 158 |
| Moyenne du nombre d'appels par mois | 1,3 | 5,9 | 4,7 | 4,1 | |

Absence de donnée

Annexe 19 : Les 16 communes regroupées par la CPTS Opale Sud (73).



Annexe 20 : Les missions de la CPTS Opale Sud (73).

- faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville,
- organiser des parcours de soins pluri professionnels pour assurer une meilleure coordination autour du patient,
- développer des actions territoriales de prévention,
- apporter une réponse aux populations du Territoire une réponse en cas de crise sanitaire grave,
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé participant à la CPTS,
- améliorer la qualité et la pertinence des soins

Annexe 21 : Consignes pour le patient qui souhaite bénéficier d'une consultation de soins non programmés.

Cette consultation médicale se déroulera au cabinet médical [REDACTED]
[REDACTED] avec le Dr [REDACTED]

En prenant rendez-vous sur cet agenda, je certifie :

- avoir contacté mon médecin traitant et qu'il n'est pas disponible ;
- ou n'avoir pas de médecin traitant ;
- que le médecin généraliste avec qui je prend RDV n'EST pas mon médecin traitant. Si le médecin disponible est votre médecin traitant, contactez le directement.

La CPTS Opale Sud se réserve le droit de vérifier ces informations.

Vous n'avez pas de médecin traitant ?

La CPTS Opale Sud peut vous mettre en lien avec les médecins généralistes du territoire :
adrezsez-nous un mail à recherche-medecin.cptsopalesud@gmail.com avec votre nom, prénom, numéro de téléphone et commune de résidence.

Ce rendez-vous est réservé aux pathologies urgentes (douleurs, fièvre), aucun renouvellement d'ordonnance ou certificat ne sera délivré pendant cette consultation.

J'AI LU ET J'ACCEPTE LES CONSIGNES

AUTEURE : THIÉRY Marie

Date de soutenance : Jeudi 19 décembre 2024

Titre de la thèse : Le patient gériatrique est-il le laissé-pour-compte du système de soins ? Étude, auprès des médecins généralistes, du numéro d'appel unique d'appui gériatrique mis en place par le Centre Hospitalier de Boulogne-Sur-Mer.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : patient gériatrique, personne âgée, médecin généraliste, parcours de soins, accès aux soins, spécialiste, gériatrie, urgences, hotline gériatrique, outil numérique, lien ville-hôpital.

Résumé :

Contexte : Le patient gériatrique, polypathologique, est difficile à soigner en raison de ses spécificités. La place du généraliste est considérée comme primordiale. Il a des difficultés à optimiser le parcours de soins du patient vieillissant, engendrant des passages aux urgences, déjà saturées. Un numéro d'appel unique d'appui gériatrique est créé en 2021 par l'équipe de gériatrie du CHB, recommandé par l'ARS, pour faciliter sa prise en charge et proposer des entrées directes.

Objectif principal : Étudier l'utilité du numéro d'appel unique d'appui gériatrique.

Méthode : Étude qualitative, par théorisation ancrée, menée par entretiens semi-dirigés oraux individuels auprès de 10 médecins généralistes du Boulonnais.

Résultats : Face à la population vieillissante et à la densité médicale déclinante, le numéro d'appel unique a le mérite d'exister. Cependant, trois ans après sa création, il est peu connu et peu sollicité. Il ne fait pas l'unanimité car il présente des freins à son utilisation. Ce dispositif est devenu désuet et dépassé. Les résultats sont en faveur d'une pérennisation d'un appui facilitant la prise en charge, reliant la ville à l'hôpital, à condition qu'il évolue, en prenant en considération les besoins des généralistes. La plateforme de téléexpertise Omnidoc, qui détient l'avantage majeur d'être rémunératrice, et la Hopline du CHU de Lille, sont citées.

Conclusion : Conçu pour les généralistes, le numéro d'appel unique d'appui gériatrique, n'a malheureusement pas été élaboré en collaboration avec eux. Selon les généralistes, en 2024, un bon outil de recours et d'aide à la prise en charge doit être : souple, simple, direct, moderne, sécurisé, rémunérateur et réactif. Les outils numériques rassemblent beaucoup de qualités et sont sans doute une solution d'avenir pour favoriser le lien ville-hôpital, mais, il reste primordial de se connaître pour correctement travailler ensemble, échanger, comprendre, faire confiance.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseure : Madame la Docteure Judith OLLIVON

**Directrices de thèse : Madame la Docteure HEUDEL-BONNET Brigitte
Madame la Docteure RÉGNIER Anne-Marie**