



HAL
open science

Quelles informations sont à disposition d'un professionnel de santé, en cas de soin non programmé d'une personne âgée

Christian Kassasseya

► To cite this version:

Christian Kassasseya. Quelles informations sont à disposition d'un professionnel de santé, en cas de soin non programmé d'une personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01814867

HAL Id: dumas-01814867

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01814867>

Submitted on 13 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 272

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine générale

Quelles informations sont à disposition d'un professionnel de santé,
en cas de soin non programmé d'une personne âgée ?

Présentée et soutenue publiquement
le 24 octobre 2017

Par

Christian KASSASSEYA

Né le 27 juin 1986 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Stéphane Herbaud, PH

Jury :

M. Le Professeur Mehdi Khellaf, PU-PH Président

M. Le Professeur Pablo Bartolucci, PU-PH

M. Le Docteur Youri Yordanov, MCU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je souhaiterais adresser mes plus sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à l'élaboration de ce travail.

En premier lieu, au Docteur Stéphane Herbaud, auprès duquel j'avais passé un semestre d'une grande richesse en gériatrie, et qui a accepté de diriger ce projet, m'orientant avec tact et patience au cours de ma démarche.

Tout spécialement, au Professeur Mehdi Khellaf, qui m'a accompagné tout au long de mon internat, se montrant disponible chaque fois que j'en ressentais le besoin, et qui me fait l'honneur à la fois de présider ce jury et de m'accueillir au sein son service très prochainement.

Au Professeur Pablo Bartolucci, qui, avec passion et pédagogie, m'a permis de découvrir le monde de la recherche, et au côté duquel j'espère continuer mon apprentissage dans les années à venir.

Au Docteur Alain Lorenzo, qui fut à la fois un tuteur attentif et un conseiller précieux au cours de mon DES de Médecine Générale.

A tous les chefs des services dans lesquels j'ai eu la chance de travailler, les Professeurs Elena Paillaud et Dominique Pateron, ainsi que les Docteurs Anne Chacé, Isabelle Delacroix, Nicolas Briole et Gerald Choukroun, qui m'ont donné l'occasion d'exercer mon internat dans des conditions sereines et propices à la formation.

Aux Docteurs Jean Marc Angeli et Michel Doré, qui, durant six mois, m'ont reçu au sein de leur cabinet avec une rare gentillesse, et dont les conseils m'accompagnent, aujourd'hui encore, tant sur le plan professionnel que personnel.

Au Docteur Erwan Debuc, qui, en me témoignant sa confiance, m'a été et me sera d'une aide inestimable dans la réalisation de tous mes projets.

A tous les membres du personnel médical et paramédical que j'ai eu le plaisir de croiser au cours de mon internat, qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances jour après jour, et qui ont contribué à faire le médecin que je suis aujourd'hui.

A tous mes co-internes, en qui j'ai pu trouver de l'aide (jusque dans l'accomplissement de cette thèse), du soutien et du réconfort chaque fois que j'en éprouvais le besoin, et qui, pour la plupart, sont désormais plus que des collègues.

A mes amis proches, et tout particulièrement Ando, le frère que je n'ai pas eu, André, dont la bonté n'a d'égale que la sagesse, et Christian, avec qui j'ai la chance de partager bien plus qu'un prénom.

A toute ma famille, dont l'amour et le soutien indéfectibles m'ont accompagné tout au long de mes études et m'ont aidé à franchir avec confiance les obstacles qui se présentaient à moi.

A mes filleules chéries, Clara et Joana, qui m'apportent tant de bonheur, et qui, je l'espère, seront fières de leur parrain.

A mes deux sœurs, Emmanuelle et Marie, que j'aime profondément, et qui, même si elles sont plus jeunes que moi, constituent, chacune à leur façon, des modèles dont je m'inspire au quotidien.

Et enfin, je n'aurais jamais assez de mots pour remercier mes parents, Marie-Françoise et Antoine, qui m'ont toujours soutenu dans chacune de mes décisions, et qui sont pour moi une immense source d'inspiration.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| <u>INTRODUCTION</u> | 9 |
| <u>RATIONNEL DE L'ETUDE</u> | 11 |
| I. Vers un vieillissement de la population française | 11 |
| II. Augmentation de la fréquence des consultations médicales avec l'âge..... | 13 |
| III. Difficultés du recueil d'informations | 14 |
| IV. Coordination des soins : oui, mais comment ?..... | 16 |
| a) Le médecin traitant : pilier de la coordination | 16 |
| b) Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)..... | 17 |
| c) Le Dossier Médical Partagé (DMP)..... | 19 |
| d) Point de vue des médecins hospitaliers..... | 21 |
| <u>OBJECTIFS DE LA THESE</u> | 22 |
| I. Objectif principal..... | 22 |
| II. Objectifs secondaires..... | 22 |
| <u>MATERIEL ET METHODE</u> | 23 |
| I. Présentation de l'étude | 23 |
| II. Définition de la population..... | 24 |
| III. Recueil des données | 25 |
| IV. Définition des variables étudiées..... | 26 |
| V. Méthode statistique..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| <u>RESULTATS</u> | 30 |
| I. Données générales..... | 30 |
| II. Informations collectées par les praticiens au moment de la consultation | 31 |
| a) Fréquence des différents types d'informations | 31 |
| b) Corrélation avec le taux de prises en charge satisfaisantes | 32 |
| III. Vecteurs de transmission d'information à disposition des médecins..... | 38 |
| a) Fréquence des différents types de vecteurs | 38 |
| b) Corrélation avec le taux de prises en charge satisfaisantes | 39 |
| IV. Corrélation entre les circonstances des consultations et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes..... | 40 |
| V. Corrélation entre les caractéristiques des patients et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes..... | 44 |
| VI. Analyse multivariée..... | 46 |
| | |
| <u>DISCUSSION</u> | 48 |
| I. Originalité du travail | 48 |
| II. Réponses aux objectifs | 50 |
| III. Limites de cette étude..... | 57 |
| IV. Perspectives d'avenir..... | 58 |
| | |
| <u>CONCLUSION</u> | 62 |
| | |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 64 |
| | |
| <u>ANNEXES</u> | 70 |

FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Pyramides des âges en France, en 2013 et 2070 | 12 |
| Figure 2. Liste des documents annexés au DLU | 18 |
| Figure 3. Diagramme de flux : constitution des effectifs de l'étude | 30 |
| Figure 4. Synthèse du document de sortie d'hospitalisation – HAS 2014 | 59 |

TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1. Fréquence annuelle de consultation d'un médecin généraliste..... | 14 |
| Tableau 2. Informations collectées par les praticiens au moment de l'examen clinique | 31 |
| Tableau 3. Corrélation entre antécédents médicaux et taux de prises en charge satisfaisantes..... | 32 |
| Tableau 4. Corrélation entre liste des traitements et taux de prises en charge satisfaisantes | 33 |
| Tableau 5. Corrélation entre allergies et taux de prises en charge satisfaisantes | 34 |
| Tableau 6. Corrélation entre examens paracliniques et taux de prises en charge satisfaisantes | 35 |
| Tableau 7. Corrélation entre fonctions cognitives et taux de prises en charge satisfaisantes | 35 |
| Tableau 8. Corrélation entre autonomie et taux de prises en charge satisfaisantes..... | 36 |
| Tableau 9. Corrélation entre personne de confiance et taux de prises en charge satisfaisantes | 37 |
| Tableau 10. Corrélation entre médecin traitant et taux de prises en charge satisfaisantes..... | 38 |
| Tableau 11. Vecteurs à disposition des médecins au moment de l'examen clinique..... | 38 |

| | |
|---|----|
| Tableau 12. Corrélacion entre vecteurs de transmission et taux de prises en charge satisfaisantes | 39 |
| Tableau 13. Corrélacion entre date et heure de consultation et taux de prises en charge satisfaisantes | 40 |
| Tableau 14. Fréquence des différents lieux de consultation..... | 41 |
| Tableau 15. Corrélacion entre lieu de consultation et taux de prises en charge satisfaisantes | 42 |
| Tableau 16. Corrélacion entre motif cardiovasculaire et taux de prises en charge satisfaisantes | 42 |
| Tableau 17. Corrélacion entre diagnostic cardiovasculaire et taux de prises en charge satisfaisantes | 43 |
| Tableau 18. Corrélacion entre sexe et taux de prises en charge satisfaisantes..... | 44 |
| Tableau 19. Répartition des patients selon leur âge | 44 |
| Tableau 20. Répartition des patients selon leur mode de vie | 45 |
| Tableau 21. Corrélacion entre mode de vie et taux de prises en charge satisfaisantes | 46 |
| Tableau 22. Analyse multivariée entre les variables d'intérêt et le taux de consultations satisfaisantes | 47 |

ANNEXES

| | |
|---|----|
| Annexe 1. Dossier de Liaison d'Urgence | 70 |
| Annexe 2. Questionnaire proposé aux médecins participant à l'étude | 71 |
| Annexe 3. Liste et classement des motifs de consultations par groupements étiologiques | 72 |
| Annexe 4. Liste et classement des diagnostics suspectés par groupements étiologiques | 73 |

ABREVIATIONS ET UNITES DE MESURE

| | |
|-------|--|
| AMUF | Association des Médecins Urgentistes de France |
| ANESM | Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux |
| APHP | Assistance Publique des Hôpitaux de Paris |
| DES | Diplôme d'Etudes Spécialisées |
| DGAS | Direction Générale de l'Action Sociale |
| DLU | Dossier de Liaison d'Urgence |
| DMP | Dossier Médical Partagé |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| ECG | Electrocardiogramme |
| EHPAD | Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| IFOP | Institut Français d'Opinion Publique |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PHR | groupe Pharma Référence |
| UMP | Urgences Médicales de Paris |
| SAMI | Service d'Accueil Médical Initiale |
| SAMU | Service d'Aide Médicale Urgente |
| SAU | Service d'Accueil des Urgences |
| SFMU | Société Francophone de Médecine d'Urgence |
| SMUR | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |

INTRODUCTION

D'après une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [1], en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera plus de 76,5 millions d'habitants au 1er Janvier 2070, soit 10,7 millions de plus qu'en 2013, date du dernier recensement.

Pour ces personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, ainsi que pour leurs proches, le médecin traitant est un interlocuteur incontournable. L'enquête Handicap-Santé, également menée par l'INSEE [2], a ainsi montré que 98 % des personnes âgées dépendantes font appel au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste. Parmi ces médecins, 95% déclarent en suivre au moins une, et près de 40 % au moins vingt.

En outre, la législation française place en le médecin généraliste au centre de la prise en charge de ces patients, en lui confiant notamment la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » [3].

Néanmoins, l'article ne fait nulle référence aux moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Nous savons que la plupart des médecins généralistes disposent désormais de logiciels permettant le stockage de dossiers informatisés, pour chacun de leur patient, sur leur lieu d'exercice. Mais, en dehors du cabinet, les méthodes de transmission d'information s'avèrent très variables. Par exemple, moins d'un praticien sur deux déclare renseigner un cahier de liaison à la suite d'une visite à domicile [4]. Quant au Dossier Médical Partagé proposé par l'Assurance Maladie, souvent jugé chronophage et fastidieux par les Médecins généralistes, on dénombrait seulement 400.000 créations de dossiers, plus de 10 ans après sa mise en service [5], dont un faible pourcentage de personnes âgées, rarement en mesure de créer eux-mêmes leur fichier en ligne.

C'est pourtant chez la personne âgée que cette transmission d'informations entre professionnels de santé semble la plus importante, d'une part devant la nécessité d'une évaluation globale (intégrant les pathologies, les médicaments, le mode de vie et l'autonomie)

avant toute prise en charge, et d'autre part devant l'incapacité fréquente du patient à fournir lui-même les renseignements recherchés. En effet, comme l'ont démontré plusieurs études [6,7], après exclusion des patients présentant des troubles de la conscience, une confusion et/ou une atteinte cognitive, seuls 40 % des personnes âgées de plus de 75 ans consultant pour une défaillance aigue possèdent des fonctions cognitives intactes et sont susceptibles d'apporter des informations fiables aux soignants.

Dès lors, il paraît intéressant d'étudier, dans la pratique, comment sont assurées la continuité et la coordination des soins chez la personne âgée, en situation de soin non-programmé et n'ayant pas recours à son médecin traitant, mais à un autre médecin généraliste, au Service d'Accueil Médical Initiale (SAMI), à SOS Médecin, aux Urgences Médicales de Paris (UMP), à un service d'urgence hospitalière ou même au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

RATIONNEL DE L'ETUDE

I – Vers un vieillissement de la population française

D'après une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [1], en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera plus de 76,5 millions d'habitants au 1er Janvier 2070, soit 10,7 millions de plus qu'en 2013, date du dernier recensement.

Dans ce scénario dit « central », la fécondité à chaque âge ainsi que le risque de décès par sexe et âge évoluent selon la tendance observée au cours des dernières années, le solde migratoire est de 70 000 habitants en plus par an, et l'espérance de vie progresse comme par le passé. La population continuerait d'augmenter, mais à un rythme un peu plus modéré chaque année et la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions).

Et l'augmentation serait la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus s'accroîtrait, à lui seul, de 7,8 millions, soit presque les trois quarts de la hausse totale. En 2070, 13,7 millions de personnes seraient ainsi âgées de 75 ans ou plus, soit deux fois plus qu'en 2013. Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions.

Ceci découle largement de la structure par âge actuelle. En effet, en 2013, la pyramide des âges de la France est beaucoup moins large au-delà de 65 ans qu'aux âges plus jeunes [Figure 1]. Elle est encore marquée par les grands chocs démographiques passés (2e guerre mondiale et baby-boom). L'empreinte de ceux-ci aura disparu en 2070, les générations concernées étant décédées. Ainsi, à cette date, la répartition de la population par âge serait très équilibrée et la pyramide des âges aurait la forme d'un cylindre jusqu'à un âge avancé. Le nombre de femmes se situerait autour de 400 000 pour chaque génération jusqu'à 80 ans. Au-

delà, les décès feront baisser fortement les effectifs d'un âge au suivant, leur redonnant leur forme pyramidale. Pour les hommes, la rupture se ferait plus tôt, autour de 70 ans.

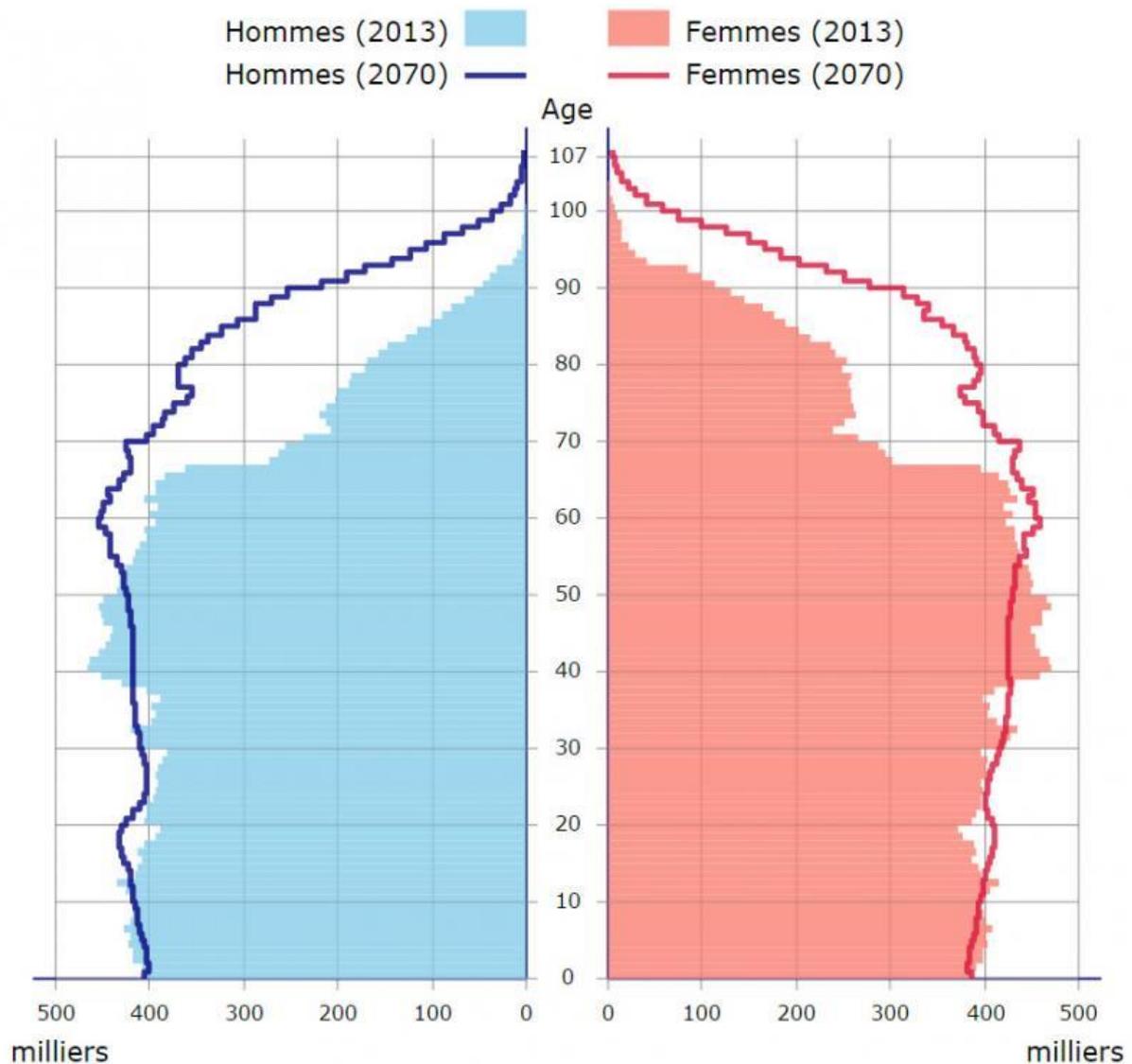


Figure 1. **Pyramides des âges en France, en 2013 et 2070**

Alors que 18 % de la population résidant en France avait 65 ans ou plus en 2013, cette proportion serait de 26 % en 2040, soit une hausse de 8 points en vingt-sept ans. Puis, entre 2040 et 2070, elle augmenterait de seulement 3 points en trente ans pour atteindre 29 %.

De même, le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans ou plus et celui des 20–64 ans croîtrait très fortement jusqu'en 2040. Il atteindrait alors 51 %, contre 30 % en 2013. Il augmenterait ainsi de 21 points en vingt-sept ans, puis de seulement 6 points en trente ans, pour atteindre 57 % en 2070.

II – Augmentation de la fréquence des consultations médicales avec l'âge

Plusieurs travaux publiés ces dernières années s'accordent à dire que les consultations et visites des médecins généralistes concernent en très grande majorité des adultes, et que la fréquence de ces examens augmente sensiblement avec l'âge.

Ainsi, une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la santé), éditée en 2004 et réalisée auprès de 922 médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier, montrait que six fois sur dix le patient avait plus de 45 ans, alors que cette classe d'âge représentait 38 % de l'ensemble de la population métropolitaine [8]. Mieux, 28% des consultations impliquaient des patients de plus de 70 ans, alors qu'ils n'incarnaient que 9 % de la population française totale à l'époque. Les explications avancées dans ce travail étaient l'allongement de l'espérance de vie et la multiplicité des pathologies à cette étape de la vie, qui étaient à l'origine de consultations plus longues et plus fréquentes.

Cette tendance semble confirmée par un sondage de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) pratiqué pour le groupe Pharma Référence (PHR), en Octobre 2013, sur un échantillon de 1003 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus [9]. En effet, 35% des individus âgés de moins de 35 ans avouaient consulter leur médecin généraliste plus de quatre fois par an, alors que ce chiffre atteignait 69 % dans la population des 65 ans et plus [Tableau 1]. La moyenne de consultation annuelle dans ce dernier groupe était mesurée à 5,1 par année.

| <u>Age du participant</u> | <u>Nombre de consultations (%)</u> | | | | | | <u>Moyenne</u> |
|---------------------------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------|-------------|----------------|
| | 0 | 1 | 2 - 3 | 4 - 6 | 7 - 12 | + 12 | |
| - 35 ans | 5 | 23 | 36 | 24 | 9 | 3 | 3,8 |
| 35 - 49 ans | 3 | 24 | 33 | 30 | 8 | 2 | 3,7 |
| 50 - 64 ans | 1 | 13 | 23 | 47 | 12 | 4 | 5 |
| + 65 ans | 1 | 5 | 25 | 54 | 12 | 3 | 5,1 |

Tableau 1. **Fréquence annuelle de consultation d'un médecin généraliste**

(d'après IFOP pour PHR - Les Français et le système de santé- Octobre 2013)

Et ce phénomène n'est pas circonscrit aux cabinets des médecins généralistes. En effet, on observe également une fréquentation croissante des services d'urgences par les personnes âgées. Si, au début des années 2000, les observations s'accordaient pour estimer que les patients de plus de 75 ans représentaient entre 11 et 14 % de la totalité des passages dans les structures d'accueil des urgences [10-12], il semblerait que cette proportion augmente avec le temps, avec des chiffres désormais estimés entre 17 et 19% selon les études [13,14], confirmant ainsi le constat que les personnes âgées représentent une part croissante de l'activité des services d'urgence.

III- Difficultés du recueil d'informations

Les motifs de consultation des personnes âgées sont très divers et représentent un ensemble hétérogène de pathologies. Parmi eux, il convient de souligner l'importance de la confusion, souvent de mauvais pronostic puisqu'elle semble augmenter de façon significative la morbi-mortalité, la durée d'hospitalisation et l'institutionnalisation [15]. La non-détection d'une confusion chez des patients âgés consultant aux urgences et non admis est associée à une augmentation de mortalité à six mois (30,8 %), alors que la mortalité des patients diagnostiqués confus aux urgences est similaire à celle des patients non confus (11,8 vs 14,3 %) [16].

Cette exemple souligne, si besoin en était, l'importance d'une évaluation globale du patient âgé (intégrant les pathologies, les médicaments, le mode de vie et l'autonomie notamment) avant toute prise en charge médicale. Mais, ce recueil d'informations s'avère souvent difficile, car chronophage et rarement exhaustif [17]. En effet, après exclusion des patients présentant des troubles de la conscience, une confusion et/ou une atteinte cognitive, on estime que seuls 40 % des personnes âgées de plus de 75 ans consultant pour une défaillance aiguë possèdent des fonctions cognitives intactes et sont susceptibles d'apporter des informations fiables aux soignants [6,7,18].

Outre cette incapacité fréquente à fournir elle-même les renseignements recherchés, cette population est caractérisée par une multiplication du nombre de pathologies par patient. Ainsi, 85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique, et celles-ci déclarent même en moyenne 7,6 maladies chacune (6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes) [19]. Il n'est donc pas difficile de comprendre que la coexistence d'une ou plusieurs pathologies avec des composantes psychologiques et/ou sociales, dans un contexte physiologique particulier du fait du vieillissement, rend la prise en charge des personnes âgées extrêmement difficile [20].

Pour un médecin se retrouvant confronté, en situation de soin non programmé, à une personne âgée qu'il ne connaît pas, il s'agit donc d'un réel défi que d'effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale, en tenant compte de la contrainte de temps habituelle.

IV- Coordination des soins : oui, mais comment ?

a) Le médecin traitant : pilier de la coordination

Dès lors, on saisit mieux l'importance que revêt une coordination efficace entre les différents acteurs de santé intervenant auprès d'une personne âgée, et notamment entre le médecin généraliste d'une part, et tout autre praticien susceptible d'intervenir auprès du patient en cas de situation imprévue d'autre part.

La législation française place le médecin traitant au centre de la prise en charge du patient, en lui confiant, entre autre, la responsabilité d'assurer l'organisation d'un réseau de soin pour chacun ses patients. L'article L4130-1, du Code de la Santé Publique, modifié par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 [3] précise ainsi :

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- (...)
- 3° *S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients*
- (...)
- 5° *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé »*

Mais le texte ne fait nulle référence aux moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, ni à un quelconque vecteur de communication. Il est admis que la plupart des médecins généralistes disposent désormais de logiciels permettant le stockage de dossiers informatisés, pour chacun de leur patient, sur leur lieu d'exercice. Mais, cette pratique ne permet pas de palier aux situations imprévues, lorsqu'une personne âgée est amenée à consulter de façon non programmée, un praticien qu'elle ne connaît pas.

b) Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Pour les personnes vivant en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions du « Plan national canicule » introduit l'obligation pour ces organismes de favoriser l'accès des personnes habilitées aux dossiers médicaux et aux dossiers de soins [21]. En particulier, ces nouvelles dispositions doivent permettre aux médecins intervenant en situation d'urgence de pouvoir accéder 24 h/24 au dossier individuel du résident, afin de disposer des informations indispensables à un diagnostic précis [22].

Dans cette optique, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) a diffusé, dès 2008, dans tous les EHPAD, un document synthétique censé améliorer la prise en charge médicale et paramédicale de chaque résident et rendre plus efficace l'action de tout médecin intervenant en urgence. Ce dossier de liaison d'urgence fut initialement élaboré en concertation avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de France, l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) et la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD [23], avant d'être adapté, en 2015, par la Haute Autorité de Santé (HAS) et Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) [24].

D'après l'HAS, ce support:

- synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et une prise en charge adaptée ;
- est renseigné pour tous les résidents hébergés en EHPAD et fait l'objet d'une actualisation si nécessaire ;
- ne constitue pas une fiche de liaison qui est un document rempli en urgence par le personnel soignant au moment de l'hospitalisation.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est chargé de s'assurer de la création de ce document et de veiller à sa mise à jour régulière par le médecin traitant. Il est composé de deux parties **[Annexe 1]** :

- Un document de transfert de l'EHPAD vers le service d'urgence (recto), qui contient les informations en rapport avec la situation nécessitant des soins non programmés
- Un document de retour du service d'urgence vers l'EHPAD (verso)

Le DLU contient par ailleurs un ensemble de documents annexes répertoriés une check-list **[Figure 2]** à l'intention du personnel médical ou paramédical susceptible de remplir le DLU en cas d'urgence.

| CHECK-LIST des documents annexés au DLU | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Attestation de la carte Vitale |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de mutuelle |
| <input type="checkbox"/> | Photocopie de la carte d'identité |
| <input type="checkbox"/> | Grille AGGIR (la plus récente) |
| <input type="checkbox"/> | Photocopie des directives anticipées |
| <input type="checkbox"/> | Photocopies des ordonnances en cours |
| <input type="checkbox"/> | Tableau d'administration des médicaments |
| <input type="checkbox"/> | Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK) |
| <input type="checkbox"/> | Compte rendu de la dernière hospitalisation |
| <i>(Au besoin)</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Fiche BMR (bactérie multirésistante) |
| <input type="checkbox"/> | Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable |
| <input type="checkbox"/> | Carte de groupe sanguin (si à jour) |
| <input type="checkbox"/> | Liste des capacités en soins ⁽⁴⁾ de l'Ehpad |

Figure 2. Liste des documents annexés au DLU

Malgré toutes ces mesures, le déploiement du DLU en France ne demeurerait que très partiel. Ainsi, fin 2009, sur les 5 170 EHPAD ayant transmis un état d'avancement sur la mise en place du DLU, seuls 69,3 % des établissements bénéficiaient des dossiers médicaux accessibles 24 heures sur 24 à un médecin intervenant en urgence, et 30,6 % avaient mis en place un DLU [25]. Des résultats probablement surévalués, compte-tenu du mode déclaratif de l'enquête, qui ne prenait, de plus, en compte que les EHPAD ayant accepté de répondre à l'enquête.

c) Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Si le dossier de liaison d'urgence semble constituer une avancée dans la coordination des soins chez la personne âgée, il ne concerne malheureusement qu'une fraction très limitée de la population. En effet, d'après les dernières statistiques de l'INSEE, au-delà de 75 ans, seuls 9 % des individus vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées [26].

Dès lors, il est intéressant de s'interroger sur les vecteurs utilisés par les médecins traitants pour assurer la transmission d'informations. On sait que moins d'un praticien sur deux déclare renseigner un cahier de liaison à la suite d'une visite à domicile [4]. Et, même lorsque ce document existe, il est très rare qu'un patient consultant chez un autre médecin généraliste ou dans une structure d'urgence pense à le prendre avec lui. De même, les informations qui y figurent s'avèrent très variable d'un praticien à l'autre.

Pour pallier à ces lacunes, le Ministère français de la Santé, via la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [27], lança un vaste projet de dossier médical personnel informatisé. Rebaptisé en 2016 Dossier Médical Partagé (DMP) [28], ce plan public visait à ce que chaque Français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant tout son passé et son actualité médicale. Il avait pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales (antécédents médicaux, résultats de laboratoire d'analyses, imagerie, traitements en cours) en provenance d'autres professionnels de santé (généralistes, spécialistes, personnel infirmier ou hospitalier).

Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 en précise les conditions d'application [29] :

«Le dossier médical partagé est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins (...) »

« Un dossier médical partagé peut être créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie après recueil de son consentement exprès ou de celui de son représentant légal (...) »

« Tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient peut accéder au dossier médical partagé (...) »

« Le dossier médical partagé ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice (...) »

« Le dossier médical partagé est accessible aux professionnels de santé par voie électronique notamment depuis un site internet ou via des logiciels respectant les référentiels d'interopérabilité et de sécurité »

La création d'un Dossier Médical Partagé peut-être demandé par tout individu détenteur d'une carte vitale, soit à l'accueil d'un établissement de santé, soit lors d'une consultation médicale [30].

Le DMP peut contenir les informations suivantes :

- Comptes-rendus hospitaliers
- Antécédents médicaux, chirurgicaux et allergies
- Médicaments prescrits et délivrés
- Comptes-rendus radiologiques et résultats d'analyses biologiques
- Données relatives au don d'organes ou de tissus
- Directives anticipées
- Identités et coordonnées des représentants légaux, de la personne de confiance et du médecin traitant

La création d'un DMP n'est pas obligatoire, et à tout moment, l'individu a la possibilité de supprimer certains des documents qu'il contient, ou masquer certaines informations.

Opérationnel depuis 2011, le projet connut un démarrage bien en-deçà des attentes. Alors que l'objectif affirmé était l'ouverture de 5 millions de dossiers avant fin 2013, on ne comptait, en janvier 2014, que 418 011 créations de DMP [31]. On estime que plus d'un demi-milliard d'euros ont été investis jusqu'à présent dans ce dispositif [32] pour un coût moyen de 1 300 € par dossier, soit dix fois plus que prévu initialement.

Selon le docteur Claude Leicher, président du syndicat de médecins généralistes MG France, «tel qu'il existe aujourd'hui, le DMP n'est pas utilisé, et il n'apparaît pas utile dans notre pratique professionnelle au quotidien» [33]. 85 % des Français se disent pourtant favorables à son principe [34].

d) Point de vue des médecins hospitaliers

Une étude, réalisée en 2003 auprès de cent quarante-six chefs de services ou responsables d'unités d'urgences français, rapportait que 71,8% des participants éprouvaient des difficultés au moment de recueillir des renseignements médicaux lors de la prise en charge de personnes âgées de 75 ans et plus, et 84,2 % des répondants disaient avoir du mal à rassembler les informations en rapport avec la situation sociale du patient [35]. Et, si l'utilisation du DMP par le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 et, plus généralement, par une structure de médecine d'urgence [36], est une perspective prometteuse dans la prise en charge médicale non programmée des personnes âgées, on peut difficilement imaginer que son usage jusqu'à présent confidentiel ait pu atténuer ces difficultés au cours des dernières années.

Les obstacles rencontrés par les intervenants en situation d'urgence sont bien compris par les praticiens de ville. En effet, selon une enquête de 2012 s'intéressant à la prise en charge ambulatoire des personnes âgées dépendantes, 90% médecins généralistes estiment qu'une meilleure coordination avec les services hospitaliers seraient souhaitables [4,37]. Huit praticiens sur dix se disent prêt à la réaliser eux-mêmes, moyennant rémunération pour la moitié d'entre eux. Rappelons, qu'actuellement, si la création et la mise à jour du dossier médical personnel représentent une charge de travail supplémentaire pour le médecin généraliste, aucune rémunération particulière n'a été prévue à son égard.

Tenant compte de l'ensemble de ces renseignements, il nous est alors parut intéressant d'étudier, dans la pratique quotidienne, comment sont assurées la continuité et la coordination des soins chez la personne âgée, en situation de soin non-programmé et n'ayant pas recours à son médecin traitant, mais à un autre médecin généraliste, au Service d'Accueil Médical Initiale (SAMI), à SOS Médecin, aux Urgences Médicales de Paris (UMP), à un service d'urgence hospitalière ou même au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

OBJECTIFS DE LA THESE

I – Objectif principal

Analyser le type et la fréquence des informations dont dispose un médecin, intervenant en situation non programmée, auprès d'une personne âgée de plus de 75 ans qu'il ne connaît pas.

II – Objectifs secondaires

Analyser le type et la fréquence des vecteurs d'information dont dispose un médecin, intervenant en situation non programmée, auprès d'une personne âgée de plus de 75 ans qu'il ne connaît pas.

Etudier la corrélation entre les informations à disposition lors de la consultation et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes par le praticien.

Etudier la corrélation entre les vecteurs de transmission d'informations à disposition et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes par le praticien.

Etudier la corrélation entre les caractéristiques propres à la consultation et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes par le praticien.

Etudier la corrélation entre les caractéristiques propres au patient et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes par le praticien.

MATERIEL ET METHODE

I- Présentation de l'étude

Notre travail s'articulait autour d'une étude observationnelle, transversale, analytique par questionnaires auto-administrés.

Le questionnaire comportait 21 items (dont un facultatif), répartis en 3 chapitres [**Annexe 2**] :

- A propos de la consultation
- A propos du patient
- Informations à disposition lors de la consultation

La section « à propos de la consultation » visait à recueillir date, lieu et motif de la consultation non programmée.

La section « à propos du patient » s'intéressait à l'âge, au sexe et au mode de vie de la personne âgée. Une question facultative était proposée, pour les patients vivant à domicile uniquement, visant à déterminer l'existence d'aides ou non.

Enfin, la section « informations à disposition lors de la consultation » interrogeaient les participants sur les informations médicales retrouvées au moment de l'examen clinique, le(s) vecteur(s) de transmission d'informations utilisé(s) et leur ressenti quant à la qualité de leur prise en charge.

II- Définition de la population

La période d'inclusion s'étendait du lundi 26 Juin 2017 au dimanche 20 Août 2017. Les questionnaires étaient remis, en main propre ou par voie informatique, à des médecins ayant suivi une formation de Médecine Générale, et exerçant, en France, dans l'une des structures suivantes :

- Cabinet de médecine générale
- SAMI
- Service d'accueil des urgences
- SOS Médecin
- Urgences Médicales de Paris
- SMUR

Ont été inclus dans l'étude, tous les questionnaires en rapport avec une consultation médicale répondant à l'ensemble des critères suivants :

- Situation de soin non-programmé
- Impliquant un patient âgé de 75 ans ou plus
- Et un médecin ayant suivi une formation de Médecine Générale
 - o assurant le rôle de premier intervenant
 - o ne connaissant pas le patient au préalable

La notion de premier intervenant sous entendait que le patient ne devait pas avoir été préalablement examiné par un autre médecin, pour le même motif de consultation. N'ont donc pas été inclus dans l'étude, les circonstances où le patient était adressé par un confrère avec une lettre de renseignement.

Ont été exclus de notre étude, tous les situations présentant un ou plusieurs des critères suivant :

- Questionnaire incomplet
- Questionnaire erroné
- Recueil d'informations via un dossier médical informatique, existant sur la structure de soin (cabinet médical ou service d'urgence hospitalier notamment), en rapport avec des passages antérieurs du patient.

Le questionnaire était considéré comme incomplet, dès lors qu'il manquait une réponse à l'un des items. Seule l'absence de réponse à la question facultative « Aides au domicile » était tolérée, le questionnaire de l'étude n'offrant pas la possibilité au praticien de préciser une éventuelle impossibilité de recueillir ce renseignement.

Tout questionnaire comportant plusieurs réponses différentes à une seule et même question était considéré comme erroné, sauf si les consignes du questionnaire l'autorisaient.

Tout questionnaire complété après avoir pris connaissance du dossier médical informatique du patient présent sur la structure de soin était exclu de l'analyse, car susceptible d'induire un biais d'interprétation dans notre étude, comme nous le détaillerons ultérieurement. Cette consigne était préalablement précisée dans la fiche de présentation du projet, destinée à tous les praticiens participant à l'étude. Si, malgré cela, la réponse à la question « Par quels moyens avez-vous pu recueillir ces informations ? » faisait état d'un dossier médical informatique autre que le DMP, le questionnaire était systématiquement exclu de l'étude.

III. Recueil des données

Toutes les données ont été recueillies prospectivement, entre le lundi 26 Juin 2017 au dimanche 3 Septembre 2017.

Tous les médecins ayant participé à l'étude avaient été contactés par email. Les praticiens avaient alors à leur disposition :

- Une fiche de présentation du projet, précisant les critères d'inclusion et d'exclusion
- Un lien direct vers le questionnaire en ligne
- Un exemplaire du questionnaire sous fichier Word, adapté pour impression sur une feuille recto de format A4 (Figure 2)

Un complément d'information, par email ou par contact téléphonique, était systématiquement

proposé à tous les médecins contactés, dans l'hypothèse où la fiche de présentation du projet n'aurait pas répondu à certaines de leurs interrogations.

Le questionnaire en ligne et la version papier comprenaient strictement les mêmes questions et possibilités de réponse. Une remise en main propre de questionnaires papiers était proposée à tous les participants privilégiant cette option. Ceux-ci étaient ensuite relevés au fur et à mesure, dans les différents centres d'inclusion.

Enfin, tous les praticiens contactés étant encouragés à diffuser le questionnaire au sein de leur entourage professionnel, avec la consigne claire d'y joindre les coordonnées de l'auteur et la fiche de présentation du projet.

A travers ce questionnaire, un ensemble de 21 données anamnestiques et cliniques a ainsi pu être recueilli et analysé. Ces paramètres avaient été préalablement sélectionnés, car jugés, d'après notre expérience clinique et les données de la littérature, potentiellement pertinents pour répondre à notre question.

IV- Définition des variables étudiées

➔ Caractéristiques propres à la consultation

La *date de la consultation* était recueillie au format numérique sur chacun des questionnaires, avant de se voir secondairement attribué l'un des caractères suivants :

- « Weekend », si l'examen clinique avait eu lieu un samedi, dimanche ou jour férié
- « Semaine », pour les autres jours

L'*heure de la consultation* était également qualifiée à posteriori selon l'un des deux termes ci-dessous :

- « Journée », si l'examen clinique avait eu lieu entre 9h00 et 19h00
- « Nuit », pour tout autre horaire

Le *motif de consultation* correspondait à la plainte initiale exprimée par le patient ou son entourage, et ayant conduit à la consultation non programmée d'un praticien autre que son médecin traitant. Celui-ci était ensuite rangé dans l'une des huit catégories suivantes :

- *Cardiovasculaire*
- *Respiratoire*
- *Neurologique*
- *Psychiatrique*
- *Digestif*
- *Rhumatologique*
- *Traumatologique*
- *Autres motifs*

Comme il est communément admis, les douleurs thoraciques et malaises étaient classés comme motifs « Cardiovasculaires » et les dyspnées comme motifs « Respiratoires ». Les douleurs ostéo-articulaires étaient quant à elle rangées dans le groupe « Traumatologiques » lorsqu'elles résultaient d'une chute ou d'un traumatisme récent, et dans le groupe « Rhumatologiques » dans les autres cas. Un seul et même motif de consultation pouvait être associé à différents groupements étiologiques; un traumatisme crânien étant par exemple classé à la fois dans les ensemble « Neurologique » et « Traumatologique ». De même, plusieurs motifs pouvaient être enregistrés pour une seule et même consultation.

La liste exhaustive des motifs de consultation recueillis sur les 174 questionnaires inclus et leur classement sont détaillés en annexe [Annexe 3].

Le *diagnostic suspecté* par le médecin, à l'issue de l'examen clinique cette fois, était également classé selon le même ordre d'idée. Un seul et même diagnostic pouvait être associé à différents groupements étiologiques. Plusieurs diagnostics pouvaient être enregistrés pour une seule et même consultation.

La liste exhaustive des diagnostics suspectés sur les 174 questionnaires inclus et leur classement sont détaillés en annexe [Annexe 4].

➔ **Caractéristiques propres au patient**

L'âge était exprimé en année. Tous les patients ayant fêté leur 75^{ème} anniversaire étaient éligibles à l'inclusion.

Pour le recueil du *mode de vie* du patient, plusieurs propositions étaient suggérées aux médecins participants. Pour les individus vivant au domicile (seuls, avec conjoint, ou avec

enfant(s)), une question supplémentaire visait à recueillir l'existence éventuelle d'*aides à la personne*, définies comme un service permettant l'accomplissement de tâches de la vie quotidienne.

➔ Informations à disposition du praticien lors de la consultation

Une liste, que nous souhaitons la plus exhaustive possible, de 10 items susceptibles d'être utiles à un praticien confronté à une personne âgée qu'il ne connaît pas en situation de soin non-programmé, était proposé à travers notre questionnaire :

- | | |
|---|--|
| - <i>Antécédents médicaux</i> | - <i>Etat des fonctions cognitives</i> |
| - <i>Allergies</i> | - <i>Degré d'autonomie habituel</i> |
| - <i>Traitements</i> | - <i>Existence de directives anticipées</i> |
| - <i>Statut vaccinal</i> | - <i>Coordonnées de la personne de confiance</i> |
| - <i>Derniers examens paracliniques</i> | - <i>Coordonnées du médecin traitant</i> |

Pour chacune de ces propositions, trois possibilités de réponses étaient proposées :

- « Oui », lorsque le praticien disposait de l'information en question au moment de sa prise en charge.
- « Non, et inutile dans ce cas », lorsque l'information était absente, mais sans influence sur la prise en charge actuelle.
- « Non, mais aurait été utile », lorsque l'information manquait et que cette absence était jugée préjudiciable à la prise en charge entreprise.

En cas d'information partielle (par exemple, une liste non exhaustive d'antécédents ou de traitements, ou un résultat d'examen paraclinique sans rapport avec la plainte actuelle), il revenait au praticien de juger si les renseignements qu'il avait recueillis au cours de son examen étaient suffisants ou non pour assurer sa prise en charge, puis de cocher la case correspondante à la réponse la plus adaptée.

Au sujet des *vecteurs d'informations* ayant permis de recueillir ces renseignements, les praticiens participant pouvaient sélectionner plusieurs réponses parmi une liste prédéfinie proposée. Le questionnaire leur offrait également la possibilité de préciser, par écrit, d'autres moyens informatifs éventuels dont ils se seraient servis au cours de leur examen clinique.

Comme expliqué plus haut, lorsque ces annotations faisaient état d'un dossier médical informatique propre à la structure de soin, le questionnaire était exclu de l'analyse.

V- Méthode statistique

Les statistiques étaient réalisées sur le Logiciel SPSS 21 (IBM Armonk, New York, USA).

Les variables quantitatives étaient rapportées en médiane et écart interquartile (IQR 25 ; 75 percentiles).

Les variables qualitatives étaient exprimées en nombre et en pourcentage.

Les variables continues étaient comparées par un test de Mann–Whitney U test.

Les variables catégorielles étaient comparées par un test exact de Fischer ou par un test du χ^2 selon la taille des groupes.

Un $p < 0.05$ était considéré comme statistiquement significatif.

Précisons que, pour cette étude, l'âge des patients fut analysé statistiquement selon deux procédés différents :

- en tant que variable quantitative
- en tant que variable qualitative, après répartition selon les tranches d'âge suivantes:
[75 ; 79], [80 ; 84], [85 ; 89], [90 ; 94], [95 et plus]

RESULTATS

I. Données générales

Entre le 26 Juin 2017 et le 20 Août 2017, 191 questionnaires ont été recueillis auprès des différents praticiens participants à l'étude. 17 questionnaires présentaient un (des) critère(s) d'exclusion (8,9%). Neuf questionnaires n'étaient pas intégralement complétés. Cinq autres sont revenus erronés. Enfin, trois questionnaires faisaient mention de la consultation du dossier médical propre à la structure de soin, et ont donc également été exclus de l'analyse. [Figure 3]

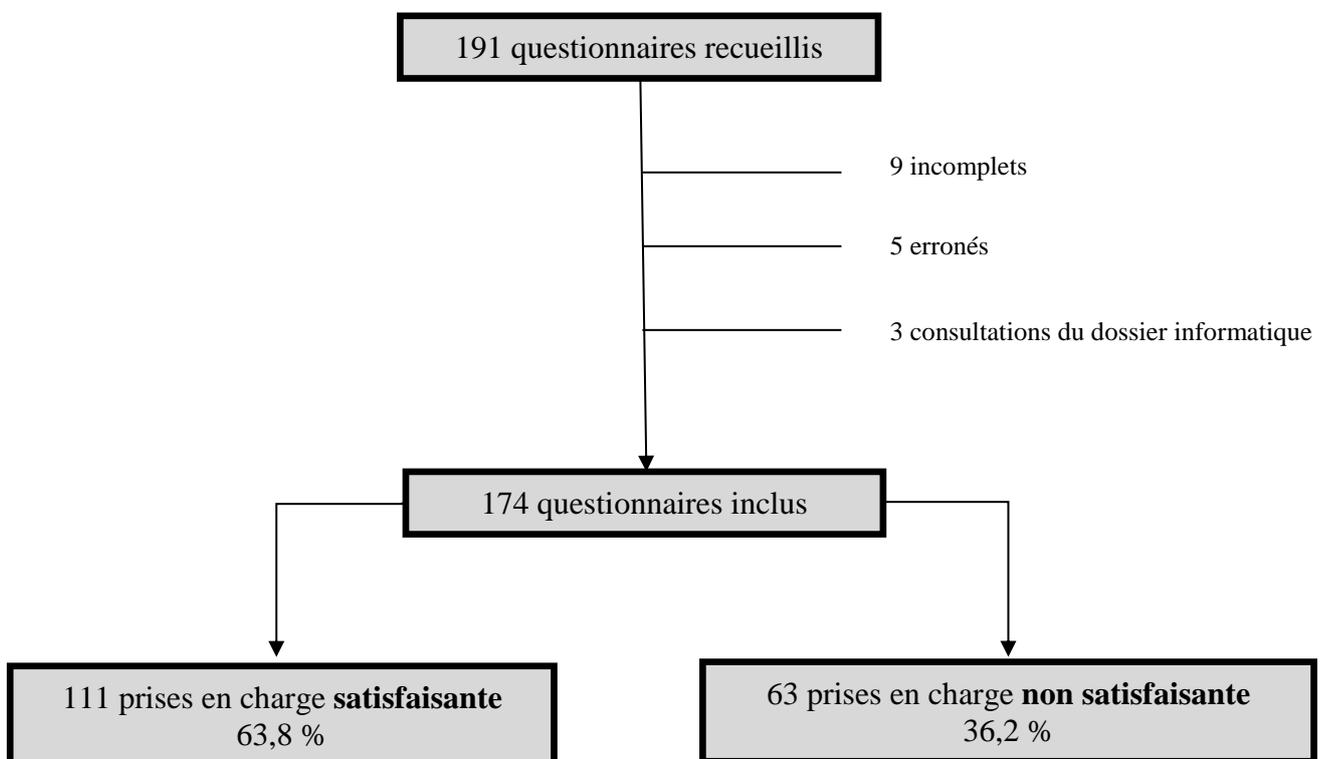


Figure 3. Diagramme de flux: constitution des effectifs de l'étude

Sur les 174 questionnaires inclus au final, 36,2% d'entre eux stipulaient que les informations à disposition du praticien au moment de la consultation n'avaient pas permis d'assurer une prise en charge jugée satisfaisante (63/174).

II. Informations collectées par les praticiens au moment de la consultation

a) Fréquence des différents types d'informations

| INFORMATIONS A DISPOSITION LORS DE LA CONSULTATION | OUI | | NON, ET INUTILE | | NON, MAIS UTILE | |
|---|-----|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | Nb. | % | Nb. | % | Nb. | % |
| Antécédents médicaux | 128 | 73,56 | 0 | 0 | 46 | 26,44 |
| Allergies | 83 | 48,82 | 60 | 35,29 | 27 | 15,88 |
| Traitements | 146 | 83,91 | 2 | 1,15 | 26 | 14,94 |
| Vaccinations | 11 | 6,32 | 148 | 85,06 | 15 | 8,62 |
| Derniers examens paracliniques | 53 | 30,46 | 58 | 33,33 | 63 | 36,21 |
| Etat des fonctions cognitives | 102 | 58,62 | 24 | 13,79 | 48 | 27,59 |
| Degré d'autonomie habituel | 131 | 75,29 | 10 | 5,75 | 33 | 18,97 |
| Existence de directives anticipées | 11 | 6,32 | 134 | 77,01 | 29 | 16,67 |
| Coordonnées de personne de confiance | 110 | 63,22 | 41 | 23,56 | 23 | 13,22 |
| Coordonnées du médecin traitant | 102 | 58,62 | 33 | 18,97 | 39 | 22,41 |

Tableau 2. Informations collectées par les praticiens au moment de l'examen clinique

Le recueil des informations à disposition du médecin lors de la consultation montrait que les renseignements le plus souvent retrouvés étaient respectivement les traitements du patient (83,91%), le degré d'autonomie habituel (75,29%) et les antécédents (73,56%) [Tableau 2].

Quand ils n'étaient pas identifiés, les antécédents auraient été jugés utiles dans 100% des cas (46/46), les traitements dans 92,9% des cas (26/28) et le degré d'autonomie dans 76,7% des cas (33/43).

L'état des fonctions cognitives de la personne âgée avait pu être renseigné par les médecins participants à l'étude dans 58,2% des cas. Dans 2/3 des cas, l'absence de cette information était considérée comme dommageable à la prise en charge (48/72, 66,6%).

Les coordonnées de la personne de confiance (63,22%) et du médecin traitant (58,62%) étaient identifiés dans un peu plus de la moitié des consultations incluses dans cette étude. Leur absence s'avérait nuisible dans 35,9% des cas pour la personne de confiance et dans 54,1% pour le médecin traitant.

Les résultats des derniers examens paracliniques étaient disponibles dans 30,5% des consultations. Leur absence était décrite comme préjudiciable à la prise en charge entreprise dans 52% des cas (63/121).

L'existence de directives anticipées et l'état des vaccinations étaient les informations le moins souvent retrouvées (11/174, 6,32%). Lorsqu'il n'était pas retrouvé, le statut vaccinal du patient était néanmoins décrit par les praticiens comme inutile à la prise en charge dans 90,8% des situations (148/163).

b) Corrélation avec le taux de prises en charge satisfaisantes

Antécédents médicaux

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|----------------------|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Antécédents médicaux | Absents | 38 (82,6%) | 8 (17,4%) | 46 [26,4%] |
| | Retrouvés | 25 (19,5%) | 103 (80,5%) | 128 [73,6%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher: $p < 0,001$

Tableau 3. Corrélation entre antécédents médicaux et taux de prises en charge satisfaisantes

Lors d'une consultation non programmée avec une personne âgée de plus de 75 ans, l'absence d'information à propos des antécédents médicaux était associée à une prise en charge jugée insatisfaisante par le médecin dans 82,6% des cas (103/128) [Tableau 3]. A l'inverse, lorsque les antécédents étaient renseignés, les praticiens affirmaient avoir pu assurer une prise en charge satisfaisante dans 80,5% des situations.

Tous ces résultats étaient statistiquement significatifs, avec un test exact de Fischer retrouvant un p inférieur à 0,001.

Liste des traitements

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-------------|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Traitements | Absents | 22 (78,6%) | 6 (21,4%) | 28 [16,1%] |
| | Retrouvés | 41 (28,1%) | 105 (71,9%) | 146 [83,9%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p < 0,001$

Tableau 4. **Corrélation entre liste des traitements et taux de prises en charge satisfaisantes**

L'absence d'information au sujet des traitements du patient était accompagnée d'une prise en charge jugée insatisfaisante par le praticien participant à l'étude dans 78,6% des cas (22/28) [Tableau 4]. Quand les traitements étaient renseignés, les médecins décrivaient une prise en charge satisfaisante dans 71,9% des consultations (105/146).

Là encore, tous ces résultats étaient statistiquement significatifs, avec un test exact de Fischer inférieur à 0,001.

Notons que dans 15,4% des consultations (4/22), l'absence d'information à propos des traitements, estimée préjudiciable par le praticien, n'a néanmoins pas empêché une prise en charge jugée satisfaisante.

Allergies

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-----------|------------|-------------------------------|-------------|------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Allergies | Absentes | 46 (50,5%) | 45 (49,5%) | 91 [52,3%] |
| | Retrouvées | 17 (20,5%) | 66 (79,5%) | 83 [47,7%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p < 0,001$

Tableau 5. **Corrélation entre allergies et taux de prises en charge satisfaisantes**

Au cours de cette étude, il a été retrouvé 79,5% de prises en charge satisfaisantes, en présence de renseignements sur les allergies du patient (66/83) [Tableau 5]. Quand aucune notion au sujet des allergies n'était rapportée, le taux de prises en charge satisfaisantes n'était plus que de 49,5% (45/91). Ce chiffre chute aux alentours de 22% lorsque le médecin jugeait utile d'avoir ces informations (6/27).

Pour tous ces résultats, le test exact de Fisher retrouvait un p inférieur à 0,001.

Vaccinations

Le statut vaccinal du patient n'a été retrouvé que dans 11 situations (6,3%) et était systématiquement associé à une prise en charge satisfaisante (100% des cas, $p = 0,01$). Lorsque l'absence de renseignement à ce sujet était jugée préjudiciable par le médecin, le taux de prises en charge satisfaisantes n'était plus que de 20% (3/15, $p < 0,001$).

Si le statut vaccinal n'était pas jugé utile par le praticien, le taux de satisfaction était de 65,5%, sans différence significative par rapport à la population globale de notre étude.

Résultats des examens paracliniques

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Résultats des examens paracliniques | Absents | 60 (49,6%) | 61 (50,4%) | 121 [69,5%] |
| | Retrouvés | 3 (5,7%) | 50 (94,3%) | 53 [30,5%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p < 0,001$

Tableau 6. **Corrélation entre examens paracliniques et taux de prises en charge satisfaisantes**

Les médecins participant à cette étude avaient jugé leur prise en charge satisfaisante dans 94,3% des consultations au cours desquelles ils disposaient des résultats des derniers examens paracliniques du patient (50/53) [Tableau 6]. Ce chiffre n'atteignait que 50,4% en l'absence de ce renseignement (61/124).

Pour ces données, le test exact de Fischer retrouvait un p inférieur à 0,001.

Etat des fonctions cognitives

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-------------------------------|----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Etat des fonctions cognitives | Absent | 42 (58,3%) | 30 (41,7%) | 72 [41,4%] |
| | Retrouvé | 21 (60,6%) | 81 (79,4%) | 102 [58,6%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p < 0,001$

Tableau 7. **Corrélation entre fonctions cognitives et taux de prises en charge satisfaisantes**

La connaissance des fonctions cognitives de base de la personne âgée examinée était associée à une prise en charge jugée satisfaisante par le médecin dans 79,4% des consultations (81/102), ce qui représentait une différence statistiquement significative en comparaison à la population globale de l'étude [Tableau 7]. Lorsque l'état cognitif de base du patient n'avait pas pu être déterminé par le praticien au moment de l'examen clinique, le taux de prise en charge satisfaisante était abaissé à 41,7% (30/72).

Le test exact de Fischer pour cette variable retrouvait un résultat statistiquement significatif avec un p inférieur à 0,001.

Degré d'autonomie habituelle

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-----------|-----------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Autonomie | Absente | 29 (67,4%) | 14 (32,6%) | 43 [24,7%] |
| | Retrouvée | 34 (26%) | 97 (74%) | 131 [75,3%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p < 0,001$

Tableau 8. **Corrélation entre autonomie et taux de prises en charge satisfaisantes**

L'absence de renseignement au sujet de l'autonomie de la personne âgée consultant en situation non-programmée était associée à une prise en charge jugée insatisfaisante par les praticiens dans 67,4% des cas (29/43) [Tableau 8]. Lorsque l'autonomie du patient était déterminée au cours de la consultation, le taux de prises en charge satisfaisantes était alors de 74% (97/131).

Il était donc mis en évidence une différence significative avec la répartition de la population globale de l'étude ($p < 0,001$).

Existence de directives anticipées

La connaissance de directives anticipées rédigées par le patient n'a été rapporté que dans 11 questionnaires (6,3%) et était corrélé à une prise en charge satisfaisante dans 90,9% des cas (10/11, $p = 0,059$).

L'absence de ce renseignement ne modifiait pas significativement le taux de prises en charge satisfaisantes en comparaison à la population globale (101/163, 62%, $p = 0,059$). Elle était néanmoins jugée préjudiciable dans 24,5% des situations (40/163).

Coordonnées de la personne de confiance

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|---|------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Coordonnées de la personne de confiance | Absentes | 29 (45,3%) | 35 (54,7%) | 64 [36,8%] |
| | Retrouvées | 34 (30,9%) | 76 (69,1%) | 110 [63,2%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p = 0,072$

Tableau 9. **Corrélation entre personne de confiance et taux de prises en charge satisfaisantes**

Lorsque le médecin participant à l'étude disposait des coordonnées de la personne de confiance du patient, il jugeait sa prise en charge satisfaisante dans 69,1% des cas (76/110) [Tableau 9]. Leur absence était associée à une prise en charge dommageable dans 45,3% des consultations.

Le test exact de Fischer ne retrouvait pas de différence significative entre ces populations et la répartition de la population totale de l'étude.

Coordonnées du médecin traitant

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|---------------------------------|------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Coordonnées du médecin traitant | Absentes | 37 (51,4%) | 35 (48,6%) | 72 [41,4%] |
| | Retrouvées | 26 (25,5%) | 76 (74,5%) | 102 [58,6%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher : $p = 0,001$

Tableau 10. **Corrélation entre médecin traitant et taux de prises en charge satisfaisantes**

La présence des coordonnées du médecin traitant, au cours de l'examen clinique d'un patient âgé de plus de 75 ans, en situation non-programmée, était un facteur associé à une prise en charge estimée satisfaisante par le praticien dans 74,5% des cas, mettant ainsi en évidence une différence significative avec la population globale de l'étude ($p = 0,001$) [Tableau 10].

Si ces coordonnées n'étaient pas disponibles, le médecin jugeait la prise en charge imparfaite dans 51,4% des cas.

III- Vecteurs de transmission d'information à disposition des médecins

a) Fréquence des différents types de vecteurs

| VECTEURS D'INFORMATION | Effectifs | % |
|----------------------------|-----------|------|
| Interrogatoire du patient | 111 | 63,8 |
| Interrogatoire d'un proche | 98 | 56,3 |
| Appel du médecin traitant | 6 | 3,5 |
| Compte-rendu médical | 67 | 38,5 |
| Dossier médical de liaison | 18 | 10,3 |
| Ordonnance | 89 | 51,2 |
| Autre | 11 | 6,3 |

Tableau 11. **Vecteurs à disposition des médecins au moment de l'examen clinique**

Les médecins participants à cette étude ont estimé que l'interrogatoire du patient s'avérait contributif dans moins de 2/3 des situations (63,8%). Il s'agissait néanmoins de la source d'information la plus fréquemment utilisée par les praticiens [Tableau 11].

Les trois autres vecteurs de renseignement les plus souvent retrouvés étaient l'interrogatoire d'un proche (56,3%), l'ordonnance du patient (51,2%) et un compte-rendu médical (38,5%).

Un dossier médical de liaison n'était disponible que dans 10,3% des consultations (18/174). Le médecin traitant du patient a été contacté à 6 reprises (3,5%).

Parmi les autres vecteurs d'information recensés (11/174), on retrouvait : un appel ou un courrier du personnel paramédical en charge de la personne âgée (5/11), l'appel d'un médecin spécialiste référent (3/11), le recensement des boîtes de médicaments (1/11), le rapport d'intervention des pompiers (1/11) et l'interrogatoire de l'aide-ménagère (1/11).

b) Corrélation avec le taux de prises en charge satisfaisantes

| VECTEURS D'INFORMATION | Vecteur absent - Prise en charge satisfaisante | | Vecteur présent - Prise en charge satisfaisante | | Test exact de Fischer |
|----------------------------|--|--------------|---|--------------|-----------------------|
| | Effectifs | % | Effectifs | % | |
| Interrogatoire du patient | 38 | 60,3% | 73 | 65,8% | 0,51 |
| Interrogatoire d'un proche | 45 | 59,2% | 66 | 67,3% | 0,34 |
| Appel du médecin traitant | 107 | 63,7% | 4 | 66,7% | 1,00 |
| Compte-rendu médical | 55 | 51,4% | 56 | 83,6% | < 0,001* |
| Dossier médical de liaison | 96 | 61,5% | 15 | 83,3% | 0,08 |
| Ordonnance | 49 | 57,6% | 62 | 69,7% | 0,12 |
| Autre | 108 | 66,3% | 3 | 27,3% | 0,02* |

Tableau 12. **Corrélation entre vecteurs de transmission et taux de prises en charge satisfaisantes**

Lorsqu'un compte-rendu médical (compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu de consultation, compte-rendu d'examen...) était à disposition du praticien au moment de la consultation, le taux de prises en charge satisfaisantes atteignait 83,6% (56/67), versus 51,4% en l'absence d'un tel document, constituant une différence statistiquement significative en comparaison à la population totale de l'étude ($p < 0,001$) [Tableau 12].

En présence d'un dossier médical de liaison, le taux de prises en charge satisfaisantes était mesuré à 83,3% (15/18, $p = 0,08$).

L'interrogatoire du patient (65,8%, $p = 0,51$), l'interrogatoire d'un proche (67,3%, $p = 0,34$), le recueil de l'ordonnance du patient (69,7%, $p = 0,12$) et l'appel du médecin traitant (66,7%, $p = 1,00$) n'étaient pas associés à une meilleure prise en charge des patients dans cette étude.

Enfin, lorsque les praticiens étaient amenés à consulter d'autres vecteurs d'information que ceux proposés dans cette étude, le taux de prises en charge n'était jugée satisfaisantes dans 72,7% ($p = 0,02$).

IV – Corrélation entre les circonstances des consultations et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes

Jour et heure de la consultation

| VECTEURS D'INFORMATION | Total | | Prise en charge satisfaisante | | |
|------------------------|-----------|-------|-------------------------------|-------|-----------------------|
| | Effectifs | % | Effectifs | % | Test exact de Fischer |
| Semaine | 113 | 64,9% | 74 | 65,5% | 0,62 |
| Weekend | 61 | 35,1% | 37 | 60,7% | |
| Journée | 134 | 77,0% | 86 | 64,2% | 0,85 |
| Nuit | 40 | 23,0% | 25 | 62,5% | |

Tableau 13. Corrélation entre date et heure de consultation et taux de prises en charge satisfaisantes

Dans notre étude, 35,1% des interventions avaient lieu le weekend ou un jour férié, et 23% des consultations se tenaient la nuit, entre 19h et 9h [Tableau 13].

Il n'était pas été mis en évidence de différence entre les populations, selon le jour ou l'heure auxquels se déroulait la prise en charge.

Lieu de la consultation

| MODE DE VIE | Effectifs | % |
|----------------------|-----------|--------|
| Domicile du patient | 51 | 29,31% |
| Voie publique | 2 | 1,15% |
| Cabinet médical | 28 | 16,09% |
| Service des urgences | 90 | 51,72% |
| Autre | 3 | 1,72% |

Tableau 14. **Fréquence des différents lieux de consultation**

Dans notre travail, 90 des 174 questionnaires inclus avaient été complétés au décours d'une consultation aux urgences (51,72%), avec la consigne stricte de ne pas consulter au préalable un éventuel dossier informatique présent sur le serveur de la structure de soins et faisant référence à des passages antérieurs du patient [Tableau 14].

Par ailleurs, 51 questionnaires étaient en rapport avec des consultations ayant pris place au domicile du patient (29,31%). Les praticiens concernés par ces situations appartenaient à l'une des quatre catégories suivantes: médecin généraliste en visite à domicile, médecins affiliés aux Urgences Médicales de Paris (UMP), médecins SOS ou médecins d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Les consultations non-programmées de personnes âgées de 75 ans et plus, dans un cabinet de médecine générale autre que leur cabinet habituel, représentaient 16,09% des situations incluses.

Enfin, deux questionnaires faisaient suite à des interventions sur la voie publique, et 3 autres ont été remplis après des visites en institution.

| LIEU DE CONSULTATION | Prise en charge satisfaisante | | Test exact de Fischer |
|----------------------|-------------------------------|-------|-----------------------|
| | Effectifs | % | |
| Domicile du patient | 37 | 72,5% | 0,17 |
| Cabinet médical | 15 | 55,6% | 0,39 |
| Service des urgences | 55 | 60,4% | 0,35 |

Tableau 15. **Corrélation entre lieu de consultation et taux de prises en charge satisfaisantes**

Au décours d'une consultation non-programmée, en cabinet, avec une personne âgée de 75 ans et plus qu'ils ne connaissaient pas, les médecins généralistes participants à cette étude estimaient que 55,6% des situations avaient donné lieu à des prises en charge satisfaisantes ($p = 0.39$) [Tableau 15].

Dans les services d'accueil des urgences, et avant toute consultation d'un éventuel dossier informatique faisant référence à des passages antérieurs, les médecins ont jugé 60,4% de leur prise en charge acceptable ($p = 0.35$).

Lorsque la consultation avait lieu au domicile du patient, le taux de prises en charge honorables atteignait 72,5%, sans qu'il ne soit mis en évidence, néanmoins, de différence statistiquement significative avec le reste de la population ($p = 0,17$).

Motif de la consultation

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Motif de consultation (Patient) | Autre | 57 (41%) | 82 (59%) | 139 [79,9%] |
| | Cardiovasculaire | 6 (26%) | 29 (74%) | 35 [20,1%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher $p = 0,01$

Tableau 16. **Corrélation entre motif cardiovasculaire et taux de prises en charge satisfaisantes**

L'étude des motifs des consultations non-programmées des personnes âgées incluses dans cette étude, retrouvaient 35 situations à priori en rapport avec une étiologie cardiovasculaire.

L'analyse spécifique de ces 35 dossiers montrait 74% de prises en charge considérées comme acceptables, versus 59% pour les consultations ne faisant aucune mention d'un motif cardiologique, mettant ainsi en exergue une différence statistiquement significative ($p = 0,01$) [Tableau 16].

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Diagnostic suspecté (médecin) | Autre | 54 (43,5%) | 70 (56,5%) | 124 [71,3%] |
| | Cardiovasculaire | 9 (18%) | 41 (82%) | 50 [28,7%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher $p = 0,002$

Tableau 17. **Corrélation entre diagnostic cardiovasculaire et taux de prises en charge satisfaisantes**

En s'intéressant aux diagnostics suspectés par les médecins, plutôt qu'aux motifs de consultation évoqués par les patients, on s'apercevait que le taux de prises en charge satisfaisantes atteignait même 82% (50/174) en cas d'étiologie cardiologique [Tableau 17]. La différence observée avec la population globale était alors statistiquement significative ($p = 0,002$).

L'analyse des autres groupes de motifs de consultation ou de diagnostics suspectés ne retrouvaient en revanche aucune différence significative, en comparaison à la population totale de l'étude (résultats non présentés).

V- Corrélation entre les caractéristiques des patients et le taux de prises en charge jugées satisfaisantes

Sexe du patient

| | | Prise en charge satisfaisante | | |
|------|----------|-------------------------------|-------------|------------|
| | | Non | Oui | Total |
| Sexe | Féminin | 41 (41,4%) | 58 (58,6%) | 99 [56,9%] |
| | Masculin | 22 (29,3%) | 53 (70,7%) | 75 [43,1%] |
| | Total | 63 [36,2%] | 111 [63,8%] | 174 |

Test exact de Fisher $p = 0,113$

Tableau 18. **Corrélation entre sexe et taux de prises en charge satisfaisantes**

Dans ce travail, 56,9% de la population était de sexe féminin (99/174) [Tableau 18]. Ce groupe était associé à un taux de prises en charge satisfaisantes de 58,6%, versus 70,7% pour la population masculine, sans qu'il ne soit mis en évidence de différence statistiquement significative néanmoins.

Age du patient

| AGE (années) | Effectifs | % |
|--------------|-----------|-------|
| 75-79 | 50 | 28,7% |
| 80-84 | 46 | 26,4% |
| 85-90 | 45 | 25,9% |
| 90-94 | 27 | 15,6% |
| > 95 | 6 | 3,4% |

Tableau 19. **Répartition des patients selon leur âge**

L'âge moyen de la population de cette étude a été mesuré à 83,9 ans [Tableau 19]. Le patient le plus jeune avait 75 ans, le patient le plus âgé avait 99 ans.

Il n'a pas été constaté de différence significative sur le taux de prises en charge satisfaisantes entre les différentes classes d'âge exposées dans le tableau ci-dessus.

L'analyse de l'âge en tant que variable qualitative continue ne retrouvait pas non plus de différence statistiquement significative (résultats non présentés).

Mode de vie

| MODE DE VIE | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|----------|
| Domicile seul | 55 | 31,61% |
| Domicile avec conjoint(e) | 74 | 42,53% |
| Domicile avec enfant(s) | 21 | 12,07% |
| Institution non médicalisée | 6 | 3,45% |
| Institution médicalisée | 12 | 6,9% |
| Autre | 2 | 1,15% |
| Indéterminé | 4 | 2,3% |

Tableau 20. **Répartition des patients selon leur mode de vie**

Dans cette étude, 86,2% des personnes âgées de 75ans et plus, faisant appel à un médecin de façon non programmée, vivaient au domicile (150/174), dont près de la moitié avec leur conjoint (74/150, 49,3%)[**Tableau 20**]. Dix-huit questionnaires étaient issus de consultations avec des patients vivant en institution (10,3%). Dans 4 situations, le mode de vie n'avait pas pu être déterminé par le praticien participant à l'étude (2,3%).

Il fut constaté au cours de ce travail que 62,8% des personnes vivant au domicile ne bénéficiaient pas d'aides (81/129). Cette information n'était pas renseignée dans 21 des questionnaires en rapport avec un patient vivant au domicile, qui, comme précisé plus haut, ont néanmoins été inclus dans l'étude.

| MODE DE VIE | Prise en charge satisfaisante | | Test exact de Fischer |
|---------------------------|-------------------------------|-------|--------------------------|
| | Effectifs | % | |
| Domicile seul | 34 | 61,8% | 0,74 |
| Domicile avec conjoint(e) | 50 | 67,6% | 0,43 |
| Domicile avec enfant(s) | 11 | 55,0% | 0,46 |
| Institution | 14 | 77,8% | 0,30 |

Tableau 21. **Corrélation entre mode de vie et taux de prises en charge satisfaisantes**

Suite à notre analyse, le taux de prises en charge jugée satisfaisantes par les praticiens ne variait pas de façon statistiquement significative selon le mode de vie du patient [Tableau 21].

Pour les patients vivant en institution (médicalisée ou non), 77,8% des consultations débouchaient sur une prise en charge décrite comme satisfaisante par le médecin ($p = 0,30$), versus 67,6% pour les personnes vivant avec leur conjoint(e) ($p = 0,43$) et 61,8% pour celles vivant seules au domicile ($p = 0,74$).

De même, la mise en place d'aides au domicile n'était pas corrélée à une meilleure prise en charge dans cette analyse (résultats non présentés).

VI– Analyse multivariée

Pour compléter notre travail, nous avons sélectionné les variables présentant, après analyse univariée, le plus haut degré de significativité statistique, pour les soumettre à une analyse multivariée.

Sept variables avaient ainsi été désignées, intéressant aussi bien les informations à disposition du praticien au moment de l'examen clinique (antécédents médicaux, résultats des derniers examens paracliniques, liste des traitements, degré d'autonomie habituelle et état des

fonctions cognitives), que les vecteurs d'information disponibles (compte-rendu médical) et les diagnostics suspectés par les médecins après l'examen clinique (étiologie cardiologique).

L'analyse multivariée mettait ainsi en évidence que le recueil des antécédents médicaux, la mise à disposition des résultats des derniers examens paracliniques et la connaissance du degré d'autonomie habituel du patient sont les trois informations en présence desquelles les médecins participant à cette étude estimaient pouvoir pratiquer une prise en charge de qualité, avec un seuil de significativité statistique positif [Tableau 22].

| VARIABLES | | p | IC 95% | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|--------------|
| | | | Inférieur | Supérieur |
| Diagnostiques suspectés | Cardiovasculaire | 0,063 | 0,94 | 8,86 |
| Vecteurs d'information | Compte rendu médical | 0,395 | 0,55 | 4,48 |
| Informations à disposition | Antécédents médicaux | < 0,001 | 3,76 | 36,28 |
| | Examens paracliniques | 0,001 | 2,71 | 59,79 |
| | Traitements | 0,060 | 0,95 | 12,64 |
| | Autonomie | 0,035 | 1,10 | 12,38 |
| | Fonctions cognitives | 0,356 | 0,56 | 4,94 |

Tableau 22. Analyse multivariée entre les variables d'intérêt et le taux de consultations satisfaisantes

Les consultations pour pathologies d'étiologie cardiovasculaire et la récupération de la liste des traitements du patient semblent également être deux facteurs très fortement associés à une prise en charge satisfaisante.

DISCUSSION

I- Originalité du travail

Les projections démographiques annoncent un vieillissement de la population française, et une augmentation inéluctable de la part de personnes âgées et dépendantes [38]. En outre, celles-ci sollicitent de plus en plus des recours urgents et non programmés [10,39], aussi bien à la médecine générale de ville [40] qu'aux structures d'urgences [41], dont l'affluence ne cesse de croître au cours des années [42].

Or, la prise en charge de ces patients est unanimement reconnue comme spécifique [18] et s'avère souvent délicate pour un certain nombre de raisons. En effet, outre leur vulnérabilité, ces sujets cumulent généralement plusieurs pathologies et traitements, qui augmentent le risque iatrogène. De plus, le contexte même du soin non programmé rend leur prise en charge encore plus complexe, car le temps manque souvent [43] pour reconstituer antécédents, traitements habituels, anamnèse et examen clinique exhaustif.

Etudier les causes des difficultés rencontrées par les praticiens intervenant en situation non programmée auprès de personne âgée, et identifier les informations leur paraissant primordiales pour améliorer leur prise en charge, nous semblaient donc représenter un enjeu important.

Si quelques travaux se sont intéressés, par le passé, aux renseignements collectés grâce aux courriers accompagnant les personnes âgées adressées aux urgences par leur médecin traitant [14,20,44], notre recherche bibliographique n'a retrouvé aucune publication relatant la qualité et la fiabilité des informations apportées par le patient lui-même ou par son entourage lors d'une prise en charge non programmée. Or, selon les mêmes travaux, jusqu'à 60% des patients âgés de 75 ans et se présentent sans courrier de médecin lors de leur admission aux urgences [14]. Notre projet avait donc pour ambition de s'intéresser à ces situations complexes de recours non programmé, au cours desquelles un praticien assure le rôle de

premier intervenant auprès d'un patient qu'il ne connaît pas. Pour cette raison, nous avons donc décidé, au cours de l'élaboration de notre protocole, de ne pas tenir compte de toutes les situations au cours desquelles le patient avait été préalablement examiné par son médecin traitant ou tout autre praticien, puis adressé (avec un courrier d'accompagnement ou non) à un collègue évoluant dans une structure d'urgence (SMUR, SAMI, SAU...).

De plus, par opposition à la plupart des travaux antérieurs se concentrant exclusivement sur les admissions aux urgences, notre étude à l'avantage de proposer des critères d'inclusion larges, intéressant toutes les pratiques auxquelles pourraient s'adonner un médecin issu du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale : de la médecine de ville, au SMUR, en passant par les services d'urgence hospitaliers, les SAMI, les UMP et SOS médecin.

Si l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans pour parler de vieillissement, l'âge de 75 ans nous paraissait plus pertinent pour traiter de l'état de santé et des services destinés aux personnes âgées en France. De plus, le choix de ce seuil avait l'avantage d'harmoniser notre travail avec la grande majorité des travaux antérieurs s'intéressant à la population gériatrique en France, et de rendre ainsi nos résultats comparables.

Les critères d'exclusion ont été réduits au maximum, se limitant uniquement aux questionnaires incomplets ou erronés, et aux situations renseignées après consultation d'un dossier médical informatique propre à la structure de soin où avait lieu la consultation (cabinet médical ou service d'urgence notamment). En effet, cette étude ouvrant possiblement la voie à un travail complémentaire autour de l'élaboration d'un vecteur de transmission d'informations uniforme, accessible partout et à tout instant, pour faciliter la coordination des soins chez les personnes âgées, il nous paraissait licite d'exclure toutes les consultations survenues après consultation d'un dossier informatique, autre que le Dossier Médical Personnalisé du patient., au risque d'exposer notre travail à un important biais d'analyse, qui ne l'aurait pas rendu applicable à toutes les situations

Afin d'identifier les informations nécessaires aux praticiens pour assurer une prise en charge convenable d'une personne âgée de 75 ans et plus, en situation non programmée, nous avons recueilli, d'une part les renseignements à disposition des médecins au cours de leur

intervention, mais également leur propre jugement à propos de la qualité de leur prise en charge, contribuant ainsi à faire de cette étude un travail original.

II- Réponses aux objectifs

Ce travail a permis de mettre en lumière les informations dont disposent un médecin intervenant, en situation non programmée, auprès d'une personne âgée qu'il ne connaît pas, et lesquelles lui semblent les plus utiles à sa prise en charge.

Comme attendu, les antécédents médico-chirurgicaux et les traitements font partie des renseignements les plus souvent retrouvés lors de la prise en charge inopinée d'une personne âgée [Tableau 2].

Malgré tout, nous constatons que, dans plus d'un cas sur quatre, le praticien ne dispose pas des antécédents de la personne qu'il examine (26,44%). Ce chiffre est à mettre en relation avec le degré de satisfaction des médecins quant à leur prise en charge : seuls 17,4% des participants qui ne détenaient pas les antécédents de leur patient au moment de l'examen clinique ont jugé leur prise en charge satisfaisante, alors que ce chiffre atteint 80,5% quand les antécédents sont recouverts [Tableau 3]. Cette observation, fortement confirmée par l'analyse multivariée (IC [3,76 ; 36,28], $p < 0,001$) [Tableau 22] rappelle, si besoin en était, l'importance d'une évaluation globale du patient âgé, et notamment de ses pathologies actives, avant toute prise en charge.

Pour les traitements, nous notons qu'ils étaient retrouvés par les médecins dans 84% des situations, alors que les ordonnances n'accompagnaient les patients que dans 51,2% des consultations. Ces chiffres paraissent superposables à l'étude de Sough et al, datant de 2012, qui rapportaient que les traitements des personnes âgées avaient pu être précisés dans 86 % des cas (par des courriers ou par une ordonnance jointe), et qu'une ordonnance était accessible pour 58 % des individus se présentant sans courrier [14].

Quelques constatations supplémentaires peuvent être tirées de notre analyse. D'une part, comme prévu, en l'absence d'informations à propos des traitements, l'immense majorité des

praticiens (78,6%) estiment que leur prise en charge médicale n'était pas convenable [Tableau 4]. D'autre part, dans 33% des consultations incluses dans notre étude, la liste des traitements a pu être reconstituée alors que l'ordonnance n'était pas disponible. En considérant, comme démontré plus haut [6,7], que les personnes âgées sont rarement en mesure d'apporter elles-mêmes cette information, on peut alors supposer qu'il existe d'autres vecteurs (compte-rendu médical, dossier médical de liaison...) susceptibles de renseigner les praticiens à ce sujet. Dans l'optique d'un éventuel vecteur unique et uniforme, on pourrait donc avancer que l'ordonnance, dont l'utilité lors d'une prise en charge n'est pas à démontrer, ne serait, malgré tout, pas un outil indispensable à l'examen clinique et que d'autres documents, sûrement plus exhaustifs, doivent lui être préférés.

Cette analyse a aussi permis de montrer que la recherche d'allergies était un sujet notable pour les praticiens examinant une personne âgée. Même si cette information n'était retrouvée qu'une fois sur deux environ (83/174, 48,82%), le taux de prise en charge satisfaisante passe de 49,5% à 79,5%, selon que les allergies sont renseignées ou non [Tableau 5].

Ce constat s'explique probablement par le fait que l'information au sujet des allergies est corrélée à celle des antécédents notamment. Mais il peut également trouver son origine dans la grande fragilité des personnes âgées de plus de 75 ans, souvent amenées à consulter pour des motifs infectieux, et pour qui les indications d'une antibiothérapie sont souvent plus larges que chez les sujets jeunes [45,46], les exposant alors à un risque iatrogène anaphylactique.

Par ailleurs, notre enquête semble prouver que l'absence d'information au sujet de l'état vaccinal d'un patient âgé de 75 ans n'influence pas la qualité de la prise en charge entreprise par le médecin. Seuls 15 questionnaires font mention d'une information manquante mais qui aurait été utile, alors qu'elle est jugée manquante et inutile à la prise en charge par 148 participants [Tableau 2]. Ce constat peut probablement en partie s'expliquer par le fait que notre période d'inclusion s'est étendue sur deux mois estivaux, période peu propice aux épidémies virales, et au cours de laquelle le statut antitétanique semble être le seul à présenter un quelconque intérêt, au cours des situations de plaies profondes par exemple. Nous pouvons supposer, qu'en saison hivernale, les praticiens participants à l'étude auraient été beaucoup plus attentifs à l'existence ou non d'une éventuelle vaccination antigrippale par exemple et que l'interprétation de nos résultats aurait pu être différente.

Les résultats d'examens paracliniques récents semblent, en revanche, présenter une importance primordiale aux yeux des praticiens prenant en charge une personne âgée qu'ils ne connaissent pas. En effet, ils n'étaient retrouvés que dans 30,46% des cas, mais 94,3% des praticiens en ayant disposé estimaient leur prise en charge satisfaisante, alors que ce chiffre n'atteignait que 50,4% en leur absence [**Tableau 6**]. Cette observation, pas forcément attendue, demeure fortement significative après analyse statistique multivariée (IC [2,71 ; 57,79], $p = 0,001$) [**Tableau 22**].

Ce constat nous amène à nous réinterroger sur les recommandations en cours au sujet de la transmission d'informations chez les personnes âgées en situation d'urgence.

En effet, si le Dossier Médical Partagé propose de mettre en ligne des résultats d'examens paracliniques (cf page 19), les consignes de constitution du Dossier de Liaison d'Urgence ne font quant à elles mention que des bilans biologiques datant de moins de trois mois, sans évocation d'autres examens complémentaires (électrocardiogramme ou examen d'imagerie par exemple).

Quant aux dernières conférences de consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) au sujet de la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, elles recommandent qu'un document informatif accompagne tout patient adressé aux SAU par son médecin traitant (19), mais ne font à aucun moment référence aux résultats d'examens paracliniques récents. Le texte stipule que ce courrier doit contenir « l'identité et le lieu de vie du patient, le motif réel de recours aux urgences, la description des circonstances de survenue de la pathologie (...), les antécédents significatifs (...), le ou les traitements effectivement reçus ou pris (...), les intervenants du suivi habituel (...) ».

A la vue de nos résultats, il nous semble judicieux que cette donnée soit désormais discutée au moment d'envisager une coordination des soins entre différents intervenants médicaux autour d'une personne âgée de 75 ans ou plus. Si d'aventure, dans le futur, nous venions à aborder le sujet d'un éventuel vecteur de transmission d'information uniforme, il semble désormais difficile d'imaginer un tel outil sans y consigner certaines données paracliniques pertinentes.

Notons que, comme le bon sens l'impose, les médecins participants à l'étude avaient pour consigne de ne signifier que les résultats d'examens paracliniques étaient disponibles si et seulement si ils présentaient un quelconque intérêt avec la prise en charge en cours.

Notre travail éclaire également le rôle crucial que joue la connaissance de l'état des fonctions cognitives d'une personne âgée de plus de 75 ans lors de sa prise en charge. En effet, deux fois plus de praticiens l'ont jugée satisfaisante en présence de ce renseignement qu'en son absence (79,4% vs 41,7%, $p < 0,001$) [**Tableau 7**].

Néanmoins, cette information n'était retrouvée que dans 58,62% des consultations, alors que 86,21% des médecins la jugeait nécessaire à leur prise en charge [**Tableau 2**].

Cette lacune semble d'autant plus dommageable que le syndrome confusionnel est considéré comme la complication la plus fréquente en médecine gériatrique [47], avec une prévalence aux urgences estimée entre 10 et 20 % selon les études [48,49]. Sans connaissance de l'état des fonctions cognitives du patient à l'état basal, le diagnostic de confusion devient encore plus délicat à poser pour un praticien intervenant en situation aigüe après d'un patient qu'il ne connaît pas. De nombreuses études ont ainsi montré que le taux de reconnaissance de la confusion par les urgentistes était faible, et ce d'autant plus si elle se surajoute à un syndrome démentiel préexistant, comme c'est souvent le cas [50]. En 2002, Hustey F et al. ont montré que les médecins travaillant dans le service d'accueil des urgences d'un centre hospitalier universitaire américain n'avaient documenté correctement la présence de troubles cognitifs (confusion ou démence) que pour 13 patients sur 78, soit 16.7% (95% IC = 9-27) [48]. En 2009, un autre travail de Han et al. a rapporté que le diagnostic de confusion n'avait pas été posé par le médecin urgentiste dans 76% des cas (95% IC = 54.9-90.6) [51].

Si l'on rappelle que la non-détection d'une confusion chez des patients âgés, consultant aux urgences et non admis, est associée à une mortalité à six mois trois fois supérieure à celle des patients diagnostiqués confus (30,8 % vs 11,8%), on comprend encore mieux l'enjeu que constitue une coordination efficiente entre le médecin traitant et les autres praticiens susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée, et l'intérêt de faire figurer cette information sur le document de liaison, au même titre que les antécédents et les résultats des examens paracliniques entre autres.

L'analyse des réponses aux questionnaires a également permis de mettre en exergue la nécessité pour les médecins, intervenants de façon non programmée auprès de personnes âgées, de connaître leur degré d'autonomie habituel.

Dans les rares cas où ce renseignement n'était pas disponible, on remarque que le taux de prise en charge convenable n'était plus que de 32,6% (14/43) versus 74% en présence de l'information (97/131) [**Tableau 8**], confirmant l'importance majeure de cette donnée.

Après la liste des traitements, c'était la donnée la plus souvent retrouvée par les praticiens au cours de leur examen (131/174, 75,3%) [**Tableau 2**]. Cette observation s'explique possiblement par le fait que l'autonomie d'une personne s'avère relativement aisée à recueillir via le patient lui-même ou l'un de ses proches, contrairement aux antécédents ou à l'état des fonctions cognitives par exemple, pour lesquels une coordination entre personnels médicaux semble préférable, car plus fiable et pertinente d'après nos résultats précédents.

Cette dernière remarque semble d'ailleurs confirmée par l'étude des vecteurs de transmission d'information. En effet, si l'interrogatoire du patient et celui d'un proche sont les deux moyens les plus fréquemment utilisés par les médecins pour recueillir des renseignements (dans respectivement 63,8 et 56,3% des cas) [**Tableau 11**], ils ne sont associés à aucune modification du taux de prise en charge satisfaisante.

Pour l'interrogatoire du patient, ce résultat était attendu et s'avère conforme aux travaux antérieurs ayant démontré que moins de 40% des personnes âgées de plus de 75 ans étaient en mesure de fournir des informations fiables, lors d'un examen clinique aux urgences [6,7].

En ce qui concerne l'interrogatoire du proche, ce résultat peut paraître plus surprenant. En effet, dans la pratique, il n'est pas rare de solliciter le (la) conjoint(e) ou le (les) enfant(s) d'un patient afin de recueillir quelques renseignements supplémentaires. Notre étude semble indiquer que cet interrogatoire complémentaire n'est d'aucune influence sur la qualité de la prise en charge ultérieure. Et cette donnée est confirmée par l'analyse du mode de vie des personnes âgées de notre étude : en effet, les patients vivant seuls au domicile ne sont pas corrélés à de moins bonnes prises en charge que ceux vivant avec leur conjoint ou leur(s) enfant(s) [**Tableau 21**].

En revanche, en présence d'un compte-rendu médical (compte-rendu d'hospitalisation, lettre de consultation, compte-rendu d'examen...), le pourcentage de prises en charge convenables s'élève très significativement, passant de 51,4% à 83,6% ($p < 0,001$) [**Tableau 12**].

Toujours dans le même ordre d'idée, en présence d'un dossier médical de liaison, le taux de bonnes prises en charge était également majoré de façon conséquente (83,3%, $p = 0,08$). Malheureusement, le faible nombre de patients institutionnalisés inclus dans notre étude ($n = 18$) n'a pas permis de recueillir suffisamment de situations mettant en œuvre ce type de document ($n = 18$), expliquant probablement l'absence de significativité statistique de notre test.

Grâce à ces données, nous pouvons néanmoins confirmer l'idée avancée plus haut, selon laquelle les praticiens intervenants en situation non programmée auprès de personnes âgées de

75 ans et plus jugent leur prise en charge nettement meilleure lorsque des documents de transmission médicaux sont à leur disposition, et ce quel que soit leur format (compte-rendu médical ou résultat d'examen paraclinique).

Une autre observation semble appuyer ce propos. En effet, nos analyses mettent en valeur que les patients consultant pour des motifs cardiovasculaires sont associés à un plus haut taux de prises en charge satisfaisantes que les autres patients (74% versus 59%, $p = 0,01$) [Tableau 16]. Ce résultat est même renforcé lorsque l'on s'intéresse aux diagnostics évoqués par les médecins participants à l'étude immédiatement après l'examen clinique (85% versus 56,5%, $p = 0,002$) [Tableau 17]. Aucun autre ensemble étiologique ne retrouve de résultat significatif dans notre travail.

L'explication que nous pouvons proposer est la suivante : les patients consultant pour des motifs cardiologiques sont souvent des individus présentant des antécédents ou facteurs de risque cardiovasculaires. Or, l'HAS préconise, chez ce type de patient, un suivi particulièrement rapproché et régulier, avec des consultations et des bilans biologiques tous les 3 mois notamment [52]. Ces mêmes patients sont, par ailleurs, souvent amenés à rencontrer des spécialistes (cardiologues, diabétologues, néphrologues...), générant des consultations et donc des comptes-rendus, mais aussi des examens paracliniques (biologie, ECG...) qui peuvent s'avérer, par la suite, utiles à un médecin intervenant en situation non programmée auprès du patient.

Toujours dans le même sens, nous constatons, dans notre étude, que les consultations ayant eu lieu au domicile du patient donnent lieu à des prises en charge plus souvent satisfaisantes que celles réalisées aux urgences ou en cabinet (respectivement 72,5 %, 60,4 % et 55,6 %). En effet, les médecins intervenants chez les patients devaient être en mesure de recouvrer bon nombre de renseignements, via des documents médicaux retrouvés sur place, que les personnes âgées ne pensent pas à emmener avec eux lorsqu'ils se rendent en cabinet ou aux urgences.

Par ailleurs, si notre travail montre que les coordonnées du médecin traitant constituent une information associée à une meilleure prise en charge des patients selon les praticiens de l'étude (74,5 % avec, versus 46,6 % sans, $p = 0,001$) [Tableau 10], seuls six répondants (3,5 %) à notre étude disaient avoir contacté le médecin référent au cours de leur prise en charge initiale [Tableau 11].

Ce chiffre relativement bas s'explique probablement de deux façons. D'une part, nous n'avons inclus dans notre étude que des patients n'ayant pas été adressés préalablement par un autre médecin. Or il a déjà été montré que les personnes âgées, plus inscrites dans le système de soins que les autres patients, entreprennent davantage de démarches concernant leur état de santé au cours des 24 heures précédant le recours aux urgences que les autres classes d'âge (58 % versus 35 % pour les 15-74 ans) [18]. Nous pouvons donc supposer que les patients de plus de 75 ans amenés à consulter un praticien autre que leur généraliste, l'ont fait à un moment où ce dernier n'était pas disponible ou joignable (nuit, weekend, congés...) et que les praticiens participants à l'étude n'ont donc pas tenté de les joindre pour cette même raison. Une autre explication pourrait être la contrainte de temps à laquelle est souvent soumis le médecin intervenant en situation aiguë. Nous savons déjà que l'examen clinique d'un patient gériatrique est particulièrement chronophage en comparaison au reste de la population [18]. Les praticiens de notre étude ont donc possiblement choisi de ne pas allonger, encore un peu plus, leur prise en charge en téléphonant à un confrère.

Cette dernière remarque est à corréler au fait que, quel que soit le jour ou l'heure de consultation, notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative sur le taux de prises en charge satisfaisantes. En effet, les quelques éléments qui auraient pu conférer à un avantage à consultation non programmée aux « heures ouvrables » (en journée, en semaine), à savoir le recueil d'informations auprès d'un proche ou du médecin traitant, n'étaient déjà pas individuellement associés à une modification de la qualité de la prise en charge.

Pour ce qui est de l'étude des directives anticipées, notre travail n'a permis de récolter que 11 questionnaires en faisant mention (6.3%) [**Tableau 2**]. Cette information était même jugée inutile dans 77% des situations. Cette donnée est à mettre en relation avec certains travaux antérieurs qui rapportaient que 62% des personnes de plus de 75 ans qui consultaient en situation non programmée présentaient un état clinique stable [11], d'où l'absence de recours à d'éventuelles directives anticipées dans ces situations. On peut probablement supposer que l'absence d'intérêt des médecins interrogés pour cette information ne les a pas conduit à rechercher cette information de façon systématique et approfondie, d'où notre faible taux de retours positifs.

Notons enfin que 63 des 174 questionnaires inclus dans cette étude faisaient mention d'une prise en charge jugée insatisfaisante par les praticiens interrogés (36,2%). Cette étude

n'ayant jamais été pratiquée, à notre connaissance, sur d'autres classes d'âges, ce résultat demeure délicat à interpréter, sans point de comparaison.

Néanmoins, il semble difficilement acceptable de considérer une consultation sur trois comme inaboutie. Ce constat accentue donc encore plus l'importance de développer, à l'avenir, une meilleure coordination des soins entre les différents intervenants auprès d'une personne âgée, via la mise au point d'un vecteur de transmission d'information uniforme, fiable et exhaustif.

III- Limites de cette étude

Cette étude présente plusieurs limites d'ordre méthodologique qui restreignent quelque peu sa portée.

En premier lieu, il s'agit d'une étude basée sur un mode de recueil déclaratif, qui ne permet pas de garantir l'identité des répondants, ni la fiabilité des informations fournies. De plus, même si le questionnaire était systématiquement accompagné d'une fiche d'information détaillée sur les modalités de réponse aux questions, il se peut que certains items aient parfois fait l'objet d'incompréhension, engendrant alors un biais d'interprétation.

De plus, l'effectif de la population de l'étude n'a pas permis de mettre en évidence certaines informations possiblement intéressantes. Ainsi, le nombre de patients institutionnalisés inclus notre étude reflète parfaitement la proportion observée à l'échelle nationale (10,3%), mais s'avère trop faible ($n = 18$) pour pouvoir retirer une quelconque significativité statistique de leurs données. De la même façon, certains de nos résultats semblent indiquer une tendance forte, mais ne sont pas associés à une significativité statistique formelle, par manque de puissance probablement [**Tableau 22**].

Si notre étude s'est voulue la plus large possible, incluant des questionnaires issus de praticiens exerçant partout en France, il faut néanmoins souligner que les résultats que nous proposons ne peuvent s'appliquer au-delà du système de santé français, quand bien même cette problématique est rencontrée au-delà de nos frontières [53,54].

Enfin, comme déjà évoqué, notre période d'inclusion s'est tenue exclusivement sur les mois d'été ; époque où de nombreux médecins généralistes sont en congés, conduisant à un nombre particulièrement élevé de consultation non programmées avec des médecins non connus des patients. Néanmoins, certaines données propres aux épidémies hivernales notamment, ne sont donc pas prises en compte.

IV- Perspectives d'avenir

Notre travail confirme donc l'importance d'une bonne coordination entre les différents intervenants auprès d'une personne âgée de 75 ans ou plus, en mettant en valeur le rôle primordial du recueil de renseignements médicaux concrets et fiables, tels qu'un compte rendu d'hospitalisation ou de consultation, ou même un résultat d'examen complémentaire en rapport avec la plainte actuelle du patient.

Cette étude va dans le sens des recommandations récentes de l'HAS, qui préconise, depuis 2014, la remise, à chaque patient, d'un document de sortie, pour toute hospitalisation supérieure à 24 heures [55]. Cet outil est décrit comme « nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation » et « s'applique à tout document, quelle qu'en soit sa dénomination, remis au patient à la sortie d'une hospitalisation supérieure à 24 heures et adressé aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour ». Il doit être remis le jour de la sortie, soit dans sa version complète, soit dans une version intermédiaire qui sera complétée dans un 2e temps avec les résultats non disponibles le jour de la sortie. Certaines informations qui doivent y figurer sont obligatoires, d'autres laissées aux choix des équipes médicales **[Figure 4]**.

| Rubriques | |
|--|---|
| 1. Motif d'hospitalisation | Obligatoire |
| 2. Synthèse médicale du séjour | Obligatoire |
| 3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques | Obligatoire |
| 4. Traitements médicamenteux | Obligatoire |
| 5. Suite à donner | Obligatoire |
| Rubriques laissées au choix des équipes | |
| 6. Antécédents | |
| 7. Événements indésirables (dont allergies) | Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation |
| 8. Mode de vie | |
| 9. Histoire de la maladie | |
| 10. Examen Clinique et statut fonctionnel | |
| 11. Evolution dans le service | |
| 12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques | |
| 13. Liste des éléments remis au patient | |

Figure 4. Synthèse du contenu du document de sortie d'hospitalisation – HAS 2014

Nous constatons, de façon étonnante, que les antécédents du patient sont rangés parmi les rubriques facultatives de ce document, alors même que notre travail semble mettre en évidence leur extrême importance au cours de la prise en charge d'une personne âgée.

En revanche, il est bien stipulé que les résultats des examens complémentaires pratiqués durant l'hospitalisation doivent figurer obligatoirement sur ce document de sortie, ce qui va dans le sens des résultats de notre étude.

Nous pourrions donc imaginer, qu'à l'avenir, ce document soit remis en deux exemplaires (un pour le médecin devant assurer la suite de la prise en charge, et un pour le patient lui-même), accompagné de recommandations conseillant aux patients de le conserver en permanence à portée d'utilisation et de le présenter lors de tout rendez-vous médical, jusqu'à en recevoir un plus récent lors d'une consultation ou hospitalisation ultérieure.

Néanmoins, si ce document de sortie serait probablement d'une grande utilité en premier recours, il ne permettrait pas d'assurer une transmission d'informations exhaustive entre les différents intervenants médicaux. Pour pallier à cela, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) s'est lancée, en 2011, dans le processus de déploiement d'Orbis. Ce logiciel informatique est un outil de prise en charge complet du patient, composé de 22 modules (dossier médical, dossier de soins, dossier social...) permettant de suivre le parcours de chaque patient dans les hôpitaux de l'AP-HP. Ce logiciel vise à coordonner sa prise en charge et à faciliter un partage de son dossier entre tous les acteurs médicaux et de soins impliqués.

Vingt-quatre sites de l'AP-HP ont d'ores et déjà installé l'identité unique du patient. Fin 2017, chaque patient pris en charge dans un hôpital de l'AP-HP sera en possession d'un identifiant unique. Par ailleurs, une nouvelle version du logiciel, plus accessible et intuitive et offrant des services de mobilité sur tablette et smartphone, sera bientôt déployée. Les investissements réalisés par l'AP-HP sur ce projet de système d'information patient s'élèvent à 130 millions d'euros courants sur la période 2008-2019 [56].

Se pose alors la question de la généralisation d'un tel dispositif à l'échelle nationale et à tous les intervenants du secteur médical, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. Comparativement au Dossier Médical Partagé, ce procédé aurait l'avantage de ne pas demander de travail supplémentaire au médecin traitant, qui n'aurait plus la charge de la création du fichier de ses patients. Tous les comptes-rendus d'hospitalisations ou d'exams pratiqués en milieu hospitalier seraient systématiquement mis en commun sur ce serveur, et disponibles sur n'importe quel ordinateur et/ou smartphone muni du logiciel. Et les praticiens ambulatoires (généralistes ou spécialistes) pourraient contribuer à la tenue de ce document en y annotant leurs comptes-rendus de consultation par exemple.

Si l'idée semble séduisante sur le papier, elle pourrait malgré tout présenter de nombreuses contraintes techniques, tant le déploiement d'Orbis représente déjà, à l'échelle de l'APHP, un projet laborieux, d'ampleur inégalée en Europe jusqu'à présent.

Une autre option consisterait à relancer le projet du Dossier Médical Partagé, qui, en l'état, ne recueille pas l'adhésion des médecins généralistes, réticents à s'astreindre une charge de travail supplémentaire non rémunérée [33].

Pour contourner cette difficulté, les caisses d'Assurance Maladie de certains départements (Bas-Rhin, Bayonne, Côtes-d'Armor, Doubs, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Puy-de-Dôme, Somme, Val-de-Marne) tentent de responsabiliser les populations de patients. Ainsi, alors

qu'ils avaient déjà la possibilité de masquer ou supprimer certaines données de leur dossier, les patients ont désormais l'autorisation de créer eux-mêmes leur propre DMP en ligne. Il semble néanmoins peu probable que cette initiative puisse constituer une solution pertinente sur le long terme. En effet, la fiabilité des informations renseignées par le patient lui-même ne pourra être vérifiée. Et surtout, la multiplicité des manœuvres informatiques que requièrent ce processus [57] ne semble pas adaptée à la population des personnes âgées, chez qui la transmission d'information est pourtant probablement la plus importante.

Une option plus crédible serait d'obtenir l'adhésion des personnels de santé censés alimenter le dossier, par l'aménagement du masquage des données (qui leur permettrait de connaître le pourcentage d'informations masquées par chaque utilisateur sur son DMP) et l'incitation financière notamment. On pourrait par exemple imaginer une consultation spécialement tarifée, obligatoire pour tout patient atteignant 75 ans, au cours de laquelle le médecin traitant prendrait le temps de créer et compléter le Dossier Médical Partagé de son patient.

CONCLUSION

Notre étude a permis de recueillir les informations à disposition d'un praticien intervenant, en situation non programmée, auprès d'une personne âgée de 75 ans ou plus. Les antécédents médico-chirurgicaux, la liste des traitements et le degré d'autonomie habituel du patient sont les trois renseignements les plus souvent identifiés, dans $\frac{3}{4}$ des situations environ. L'état basal des fonctions cognitives de la personne n'est renseigné qu'une fois sur deux, et les résultats des derniers examens paracliniques une fois sur trois seulement. Pourtant, cette dernière information, lorsqu'elle est retrouvée, est associée dans plus de 94% des cas à une prise en charge jugée satisfaisante par le médecin. Les antécédents du patient et son degré d'autonomie sont les deux autres données corrélées de façon significative à un taux élevé de bonnes prises en charge.

Si l'interrogatoire du patient, celui d'un proche et l'ordonnance des traitements constituent les trois vecteurs d'information les plus fréquemment recouverts par les participants à notre étude, aucun d'eux n'est associé à une amélioration de la qualité des prises en charge.

En revanche, la récupération d'un compte-rendu médical (courrier d'hospitalisation, de consultation ou d'examen paraclinique) ou la mise à disposition d'un dossier médical de liaison, présents dans respectivement 38% et 10% des situations, permettent le plus souvent d'assurer une prise en charge jugée convenable par le médecin.

Enfin, les patients consultants pour des motifs cardiovasculaires semblent les plus à même de fournir au praticien des renseignements utiles à leur prise en charge, probablement du fait du suivi rapproché dont ils font l'objet en temps normal.

Ces données mériteraient d'être confirmées par une étude de plus grande ampleur, avec une méthodologie plus solide. Si les tendances observées dans notre travail venaient à être confirmées, et si les tentatives de généralisation des dossiers médicaux personnels

informatiques demeuraient vaines, il paraîtrait alors pertinent de réévaluer, à l'échelle nationale, la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus. Un suivi médical plus rapproché (sur le modèle de celui des patients porteurs de facteurs de risque cardiovasculaires), la remise immédiate de tous les comptes-rendus d'hospitalisation, de consultation ou d'examen paraclinique aux patients, et l'inclusion systématique et exhaustive des résultats d'examens paracliniques dans les courriers médicaux, sont autant de propositions qui pourraient être étudiées, en attendant la mise en place d'un vecteur national uniforme informatisé, qui semble être la solution la plus adéquate pour assurer une coordination des soins précise et efficace entre les différents intervenants médicaux auprès d'une personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. INSEE Première. 2016 Nov;1619
2. Bouvier G. Enquête Handicap-Santé : Présentation Générale. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : document de travail n°F1109. 2011 Oct 19
3. Article L. 4130-1, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Code de la santé publique. 2009
4. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES : Études et résultats. 2014 Fév;869
5. Masson V. Le dossier médical personnel fait peau neuve. Le Figaro [en ligne]. 16 Octobre 2015 [consulté le 22 Mai 2017]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr>
6. Naughton BJ et al. Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. Ann Emerg Med. 1995 Jun;25(6):751-5
7. Naughton BJ, Moran M, Ghaly Y, et al. Computed tomography scanning and delirium in elderly patients. Acad Emerg Med. 1997;4(12):1107-10
8. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. DREES : Études et résultats. 2004 Juin;315
9. Institut français d'opinion publique. Les Français et le système de santé : vague 3. IFOP, Oct 2013
10. Carrasco V, Baubeau V. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES : Études et résultats. 2003 Jan;212
11. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en

- France : résultats d'une enquête nationale. *Presse Med.* 2006 Déc;35(12 Pt 1):1804-10
12. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences.* 2004;17:209-14
 13. Bailleux S, Oualid H, Bouaziz D, Tardieux PM, Levrau J. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences. *Journal Européen des Urgences.* 2007 Mai;20(1):38-39
 14. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012 Juin;10(2):151-8
 15. Girard TD, Pandharjipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12 Suppl 3:S3
 16. Kakuma R, Galbaud du Fort G, Arsenault L, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr;51(4):443-50
 17. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.* 2011 Oct;11(65):205-13
 18. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier. *DREES : Études et résultats.* 2017 Mar;1007
 19. Société Francophone de médecine d'Urgence. 10e conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 5 Déc 2003; Strasbourg, France.
 20. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. *Santé publique.* 1999;11(4):465-482
 21. Ministère de l'Intérieur de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, ministère du Travail des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, ministère de la Santé,

- de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Bulletin Officiel : Santé–Protection sociale–Solidarités. 2008;6:152-159
22. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence ». Points clé : organisation des parcours. 2015;16-19
23. SAMU de France, Association des médecins urgentistes de France, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD. Dossier de liaison d'urgence. 2008. Disponible sur : www.fhf.fr
24. Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU). 2015. Disponible sur : www.has-sante.fr
25. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de la Santé et des Sports. Circulaire DGCS n° 2010-93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010. Bulletin officiel Santé protection sociale. 2010;6:2014-249
26. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableaux de l'Économie Française : édition 2014. INSEE références. 2014 fév 19
27. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française. 2014;0190/2:14598
28. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. . Journal Officiel de la République Française. 2016;0022/1
29. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. Journal Officiel de la République Française. 2016;0155/20
30. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). En quoi consiste le dossier médical personnel (DMP) ? Site officiel de l'administration française [en ligne]. 2017 Août 21. Disponible sur : <https://www.service-public.fr>

31. B-I A. DMP : 500 millions d'euros engloutis en dix ans. Le Quotidien du Médecin 2014 janvier 6
32. Ramnoux S. Dossier médical personnel : un demi-milliard pour rien. Le Parisien 2014 janvier 4
33. Le dossier médical personnel ne décolle pas mais coûte très cher. Le Figaro [en ligne]. 4 janvier 2014. Disponible sur : www.lefigaro.fr
34. Lerouge E. Trois Français sur quatre se disent prêts aux services d'e-santé. Baromètre Syntec Numérique BVA e-Santé. 2013 Oct 17. Disponible sur : <https://syntec-numerique.fr>
35. Lambert H, Alla F, Hmidouch-Ferry R, Pichot du Mezer A, Maignan M, Bellou A. Épidémiologie des personnes âgées de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences français. Journal Européen des Urgences. 2004;7:215-20
36. Giroud M. L'accès au Dossier Médical Personnel par le médecin régulateur du SAMU. Urgences 2009. 2009;80:807-816
37. La Revue Prescrire. Personnes âgées dépendantes : implication des médecins généralistes. La Revue Prescrire. 2015 Juin;35(380):467
38. Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. DRESS : Etudes et résultats. 2002 fév;160:1-10
39. Laplanche D, Nolevaux G, Villenet N, Monneret T, Devillard A, Hugerot A. Évolution de fréquentation d'un SAU des personnes âgées, orientation immédiate post-consultation. Journal Européen des Urgences. 2007 Nov;20(3):21-4
40. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. DREES : Études et résultats. 2008 Fév;625
41. Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DRESS : Etudes et résultats. 2000 Juil;72:1-8.

42. Brilhault G, El Khoury C. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières : retour sur une enquête inédite. Journées de méthodologie statistique de l'INSEE, Avril 2014, Paris, France
43. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. DREES : Études et résultats. 2017 Mar;1008
44. Viallon A, Akarzouz D, Leveques Y, Garcia F, Robert F, Gonthier R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. Journal européen des urgences. 2007 Mai;20(1):21-4
45. Durant R, Blain H, Jeandel C. Syndrome inflammatoire chez la personne âgée. EMC-Médecine. 2005 Juin;2(3)284–290
46. Durand-Gasselín B. Antibiothérapie chez le sujet âgé. Présentation orale. Polycopié de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. 2007
47. Teodorczuk A, Reynish E, Milisen K. Improving recognition of delirium in clinical practice : a call for action. BMC Geriatr. 2012 Sep 14;12:55
48. Hustey F, Meldon S. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 2002 Mar;39(3):248-53
49. Barron E, Holmes J. Delirium in emergency care setting, occurrence and detection : a systematic review. Emerg Med J. 2013 Mar;30:263–268
50. Fick D, Agostini J, Inouye S. Delirium superimposed on dementia : a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2002 Oct;50(10):1723-32
51. Han J, Zimmerman E, Cutler N, et al. Delirium in older emergency department patients : recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009 Mar;16(3):193-200
52. Haute Autorité de Santé. Synthèse, guide parcours de soins : diabète de type II de l'adulte. Le parcours de soins. 2014 Mars

53. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* 2002 Mar;39(3):238-47
54. Marik EP. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* 2006 Sep;34(9 Suppl):S176-82
55. Haute Autorité de Santé. Synthèse. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures : Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. 2014 Oct 15
56. Communiqué de presse de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Déploiement généralisé du système d'information patient ORBIS. 2 Mai 2016
57. L'Assurance Maladie. Le Dossier Médical Partagé : créer son DMP [en ligne]. Disponible sur : www.mon-dmp.fr

ANNEXES

Annexe 1. Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Document de
liaison d'urgence**



Anesm
Agence nationale de sécurité
de santé publique
11 rue de l'Égalité 93000 La Plaine St-Denis

Date de dernière mise à jour :

Résident
Nom d'usage, prénom
Nom de naissance Date de naissance :

Ehpad (nom, adresse, tél, fax, e-mail)

Contact 24 h/24 h en Ehpad
Tél. :

Référent de l'entourage
Nom, prénom :
Lien de parenté :
Tél. :

Médecin traitant (nom, tél., e-mail, adresse)

Protection Juridique
 Tutelle Curatelle Sauvegarde
 Nom du mandataire judiciaire :
 Tél. :

Établissement de santé de préférence¹⁾ (nom, tél., adresse)

Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies

Soins palliatifs
 En soins palliatifs ²⁾
 Directives anticipées
 Personne de confiance
 Nom, tél. :
 Lien de parenté :

État psychique
 Peut alerter Orienté Désorienté
 Agité Opposant Risque suicidaire
Handicaps / Déficits
 Visuel Auditif Langage

Gestion des risques
 BMR³⁾ Mésalinde
 Vaccin tétanos
 Vaccin grippe
 Vaccin pneumocoque.....

Déplacement/transferts :
 Chute Déambulation Fugue Contention
Autres :
 Risque d'escame
 Risque de fausses routes

¹⁾ Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée
²⁾ « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical
³⁾ BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Juin 2015

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) : Date/Heure :

Résident
Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :
 Service :
 Tél./Fax :
 E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :
 Nom, prénom :
 Fonction :
 Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :
 Ehpad
 Entourage
 Nom :
 Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :
 Ordonnances de sortie
 Copie du dossier des urgences
 Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Juin 2015

Annexe 2. Questionnaire distribué aux médecins participant à l'étude

| QUESTIONNAIRE : COORDINATION DES SOINS CHEZ LA PERSONNE AGE | | | |
|---|--|--|---|
| <u>A PROPOS DE LA CONSULTATION :</u> | | | |
| Date : | <input type="text"/> | Heure : | <input type="text"/> |
| Lieu : | Domicile du patient <input type="checkbox"/> | Cabinet médical <input type="checkbox"/> | Urgences <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> |
| Motif : | <input type="text"/> | | |
| <u>A PROPOS DU PATIENT :</u> | | | |
| Age : | <input type="text"/> ans | Sexe : | Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> |
| Mode de vie : | Domicile seul <input type="checkbox"/> | Domicile avec conjoint <input type="checkbox"/> | Domicile avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Aides : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | Institution non médicalisée <input type="checkbox"/> | Institution médicalisée <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> |
| <u>INFORMATIONS A VOTRE DISPOSITION LORS DE LA CONSULTATION :</u> | | | |
| | Oui | Non, et inutile dans ce cas | Non, mais aurait été utile |
| Antécédents médicaux : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergies : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traitements : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaccinations : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derniers examens paracliniques : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etat des fonctions cognitives : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Degré d'autonomie habituel : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence de directives anticipées : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coordonnées de la personne de confiance : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coordonnées du médecin traitant : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Par quel(s) moyen(s) avez-vous recueilli ces différentes informations ? (plusieurs réponses possibles)</u> | | | |
| Interrogatoire du patient <input type="checkbox"/> | Interrogatoire d'un proche <input type="checkbox"/> | Appel du Médecin traitant <input type="checkbox"/> | |
| Compte-rendu médical <input type="checkbox"/> | Dossier médical de liaison <input type="checkbox"/> | Ordonnance <input type="checkbox"/> | |
| Autres <input type="checkbox"/> | Précisez : <input type="text"/> | | |
| <u>Les informations à disposition étaient-elles suffisantes pour assurer une prise en charge satisfaisante ?</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>Diagnostic suspecté ?</u> | <input type="text"/> | | |

Annexe 3. Liste et classement des motifs de consultation par groupements étiologiques

| <i>Etiologies (effectifs)</i> | Cardiovasculaire (35) | Neurologique (26) | Traumatologique (39) | Autres motifs (36) |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| <i>Motifs (effectifs)</i> | Douleur thoracique (18) | Traumatisme crânien (10) | Chute et ses complications (36) | Altération de l'état général / Asthénie (8) |
| | Malaise (8) | Trouble de conscience / Coma (3) | Plaie (2) | Fièvre (6) |
| | Palpitations (2) | Vertiges (3) | Accident de la voie publique | Renouvellement d'ordonnance (5) |
| | Poussée hypertensive (2) | Céphalées (3) | | Signes fonctionnels urinaires (6) |
| | Arrêt cardio-respiratoire | Apparition de troubles du comportement / Confusion (3) | | Deséquilibre de diabète (4) |
| | Suspicion d'embolie pulmonaire | Dysarthrie (2) | | Eruption cutanée (2) |
| | Suspicion d'ischémie de membre | Trouble de la délutition | | Epistaxis (2) |
| | Oedemes des membres inférieurs | Convulsion | | Conjonctivite |
| | Intoxication involontaire en Digoxine | | | Douleurs buccales |
| | | | | Pesanteur pelvienne |
| | | | | Ulcères chroniques |
| | | | | Fin de vie |
| <i>Etiologies (effectifs)</i> | Respiratoire (27) | Psychiatrique (5) | Rhumatologique (9) | Digestif (13) |
| <i>Motifs (effectifs)</i> | Dyspnée (23) | Trouble du comportement sur psychose chronique(2) | Lombosciatalgies (6) | Douleur abdominale (3) |
| | Toux (2) | Idées noires | Douleur articulaire (3) | Nausées / Vomissements (3) |
| | Hemoptysie (2) | Intoxication médicamenteuse volontaire | | Arrêt des matières et des gaz (2) |
| | | Ivresse aigue | | Diarrhées (2) |
| | | | | Constipation (2) |
| | | | | Rectorragie |
| | | | | Suspicion de poussée d'ascite |

Annexe 4. Liste et classement des diagnostics suspectés par groupements étiologiques

| <i>Etiologies (effectifs)</i> | Cardiovasculaire (50) | Neurologique (26) | Traumatologique (26) | Autres motifs (39) |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <i>Diagnostics (effectifs)</i> | Insuffisance cardiaque (11) | Commotion cérébrale (11) | Fracture du col fémoral (5) | Sepsis ou choc septique (7) |
| | Syndrome coronarien aigu (9) | Accident vasculaire cérébral (5) | Chute non-complicquée (4) | Déshydratation (7) |
| | Troubles du rythme dont ACFA (9) | Démence évolutive (4) | Contusions (4) | Infection urinaire (6) |
| | Douleur thoracique non classée (6) | Iatrogénie des benzodiazépines (2) | Plaie profonde (4) | Pathologie urologique autres (4) |
| | Hypotension orthostatique (4) | Céphalées de tension | Fracture de l'épaule (3) | Déséquilibre de diabète (4) |
| | Troubles conductifs et syncopes (3) | Crise convulsive | Fracture du poignet (2) | Pathologie dermato (3) |
| | Poussée hypertensive (3) | Douleurs neuropathiques | Fracture du bassin | Pathologie ORL (2) |
| | Embolie pulmonaire (2) | Vertige | Fracture de cheville | Fin de vie (2) |
| | Arrêt cardio-respiratoire | | Fracture de côte | Anémie |
| | Ischémie aigue de membre | | Hématome de cuisse | Hyponatrémie |
| | Malaise vagal | | | Mycose buccale |
| | | | Renouvellement d'ordonnance | |
| <i>Etiologies (effectifs)</i> | Respiratoire (19) | Psychiatrique (8) | Digestif (9) | Rhumatologique (6) |
| <i>Motifs (effectifs)</i> | Pneumopathie (10) | Crise d'angoisse (3) | Cancer colique et carcinose péritonéale (2) | Lombosciatalgies (4) |
| | Exacerbation BPCO (4) | Sd anxio-dépressif (3) | Constipation (2) | Arthrite inflammatoire |
| | Cancer bronchopulmonaire (2) | Ivresse aigue | Hémorragie digestive (2) | Arthrose |
| | Hémoptyise (2) | Intoxication médicamenteuse | Cholecystite | |
| | Bronchospasme | | Gastro-entérite | |
| | | | Nausées iatrogènes | |

Quelles informations sont à disposition d'un professionnel de santé, en cas de soin non-programmé d'une personne âgée ?

Introduction. Les personnes âgées sollicitent de plus en plus des recours non programmés, aussi bien à la médecine de ville qu'aux structures d'urgences. Or, la prise en charge de ces patients nécessite une évaluation globale, souvent difficile.

Objectifs. Analyser les informations et vecteurs de transmission dont dispose un médecin, intervenant en situation non programmée, auprès d'une personne âgée de plus de 75 ans. Etudier la corrélation entre ces renseignements et la qualité de la prise en charge.

Matériel et méthodes. Etude observationnelle transversale analytique par questionnaires auto-administrés. Ont été inclus toutes les situations de soin non-programmé impliquant un patient de plus de 75 ans et un praticien ayant suivi une formation de Médecine Générale, assurant le rôle de premier intervenant et ne connaissant pas le patient.

Résultats. 174 questionnaires ont été inclus. Dans 36,2% des cas, les médecins estimaient que leur prise en charge n'était pas satisfaisante. Les antécédents, les traitements et l'autonomie du patient étaient les renseignements les plus souvent recouverts. Les résultats d'examens paracliniques, les antécédents et le degré d'autonomie étaient associés significativement à une prise en charge de qualité. Les patients se présentant avec un compte-rendu médical ou consultant pour un motif cardiovasculaire bénéficiaient aussi d'une meilleure prise en charge.

Conclusion. Un suivi médical rapproché, la remise immédiate des comptes-rendus médicaux et l'inclusion des résultats d'examens paracliniques dans les courriers, sont autant de propositions qui pourraient être étudiées en attendant la mise en place d'un vecteur national uniforme informatisé.

MOTS-CLES: Coordination des soins – Soins non programmé – Personne de plus de 75 ans

What information is available for a physician, in case of unscheduled care of elderly individual ?

Introduction. Elderly people request more and more unscheduled care, both in ambulatory medicine and emergency structures. However, the management of these patients requires an overall evaluation, which is often difficult.

Objectives. To analyze the information and transmission vectors available to a doctor, in an unprogrammed situation, with a patient over 75. To investigate the correlation between this information and the quality of care.

Material and methods. Multicenter observational study, by self-administered questionnaires, in France. Were included all situations of unscheduled care, involving an elderly over 75, and a physician, with specific training in general medicine, who was the first medical responder and who didn't know the patient before.

Results. 174 questionnaires were included. 36,2 % of doctors reported that their care was not satisfactory. Patient's medical history, treatment and autonomy were the three most frequently recovered information. The results of paraclinical tests, the medical history and the autonomy were significantly associated with a good management. Patients who consulted a doctor with a medical report or for cardiovascular motive also benefited from better care.

Conclusion. A closer medical follow-up, the immediate delivery of the medical reports and the systematic inclusion of paraclinical tests results in the reports, are some proposals that could be studied for a best management of elderly, in the expectation of an national uniform computerized vector.

KEYWORDS : Continuity of patient care – Primary care – Elderly

*Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06*