



HAL
open science

Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers : évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie

Amandine Colasson

► To cite this version:

Amandine Colasson. Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers : évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02024584

HAL Id: dumas-02024584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024584>

Submitted on 19 Feb 2019

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.



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers : évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Madame Amandine COLASSON

Née le 22 août 1990 à Suresnes (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick	Président
Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Docteur PRADEL Vincent	Assesseur
Madame le Docteur COUDERC Anne Laure	Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

Admission directe des patients âgés de plus de 70 ans en services hospitaliers : évaluation de l'utilisation par les médecins généralistes d'une ligne téléphonique directe (l'outil Allo Gériatrie) pour l'hospitalisation des sujets âgés en MCO de Gériatrie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Madame Amandine COLASSON

Née le 22 août 1990 à Suresnes (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick	Président
Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Docteur PRADEL Vincent	Assesseur
Madame le Docteur COUDERC Anne Laure	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrick VILLANI, Président de jury.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse qui, sans les mois passés au sein de votre service, n'aurait pu voir le jour.

Nous avons pu découvrir pendant ces six mois la spécialité riche et complexe qu'est la Gériatrie et en apprécier la grande diversité, grâce à un service polyvalent toujours en quête d'améliorations et d'innovations pour la prise en charge des patients âgés et la formation médicale.

Veillez trouver l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de votre présence au sein de ce jury.

Nous avons été enthousiasmée par notre passage au sein de votre Service d'Accueil des Urgences, et sommes admirative du travail qui y est fait pour l'amélioration de la prise en charge des patients de tous âges en général, et des patients âgés en particulier.

Veillez trouver l'expression de notre profonde considération et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE (MCU-PA),

Votre participation à ce jury nous honore.

Nous sommes très reconnaissante des apprentissages dont nous avons pu bénéficier tout au long de notre formation au sein du département de Médecine Générale.

Veillez trouver l'expression de notre gratitude et de notre considération.

A Monsieur le Docteur Vincent PRADEL,

Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté de participer à ce travail.

Nous n'oublierons jamais l'aide précieuse que vous nous avez apportée, le temps et l'énergie accordés sans lesquels cette thèse n'aurait pu aboutir.

Veillez recevoir l'expression de notre immense gratitude.

A Madame le Docteur Anne-Laure COUDERC, directrice de cette thèse.

Nous vous remercions profondément d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci infiniment du temps passé à nous soutenir, à nous lire, à nous écouter et à nous aider dans la réalisation de ce travail.

Nous avons la plus grande reconnaissance envers vous, aussi bien pour cet encadrement que pour les moments passés en service à vos côtés, qui nous ont fait découvrir toutes les facettes de la Gériatrie. Vous nous avez initiée à la prise en charge globale et montré l'importance du travail en réseau.

Nous avons apprécié travailler avec vous, aussi bien à l'hôpital que lors des visites à domicile qui nous ont beaucoup apporté.

Votre gentillesse et votre dynamisme sont sans égal.

Veillez recevoir le témoignage sincère de notre considération et de notre amitié.

A Madame le Professeur Stéphanie GENTILE, PU-PH en Santé Publique à l'Hôpital de la Timone, merci pour vos conseils avisés en méthodologie et votre réactivité. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Maryline BOURRIQUEN et à Madame Audrey LECA, respectivement infirmière et secrétaire au sein de l'équipe mobile de gériatrie de la Timone, merci pour votre précieuse aide dans le recueil des données, sans laquelle rien de tout cela n'aurait été possible.

A tous les médecins, paramédicaux et secrétaires du pôle de Gériatrie GeST14 que j'ai pu côtoyer et qui auront tous eu une importance dans la réalisation de ce travail.

A mes maîtres de stage le Docteur Vanessa CORRE et le Docteur Pierre AUBOIS, merci de m'avoir initiée à cette spécialité passionnante qu'est la Médecine Générale et de me l'avoir faite aimer.

A tous les médecins, paramédicaux et secrétaires qui ont ponctué mon parcours d'internat et qui, par leur gentillesse et leur travail, ont contribué à en faire trois années formidables.

*A **Hadrien**, merci pour toute l'aide que tu m'as apportée pour cette thèse, et pour ton soutien et ton amour, mille fois partagé.*

*A **mes parents et mes beaux-parents**,*

Merci maman pour les petits soins qui font toute la différence quand je travaille, et de supporter ma mauvaise humeur !

Merci papa pour les sacrifices que tu as fait pour que je puisse mener à bien ces longues études !

Merci Cathy pour ton soutien et pour ta relecture de mon résumé !

Et Merci Daniel pour ton soutien et ta patience !

*A **mes frères et sœurs**, Thomas, Titi et Eva, que j'aime tout simplement.*

*A **mes oncles et tantes**, Aline, Isabelle, Claude, Pierre, Madeleine et Nathou, et à **mes cousins** Audrey (et sa petite famille), Mathieu, Estelle et Hélène, pour les jolis moments d'enfance (et aussi d'adulte !) passés avec vous tous.*

*A **mes grands-parents**, André, Colette, Jean, Irène et Jean-Pierre, qui avez été ou êtes toujours des grands-parents aimants et attentionnés.*

*A **mes amis**, qui ont jalonné ma vie, qui ont compté et comptent toujours malgré la distance et le temps,*

depuis la primaire : Marie

depuis le collège : Fanny, Abdella, Alexandra et Jordana

depuis le lycée : Hannah, Pauline et Marion

depuis la P1 : Sara et Victor

ceux que j'ai rencontré au fil de mes premières années d'études : Mathilde, Marion, Joseph, Eve, Fanny et Claudia

et ceux qui ont parcouru l'internat avec moi et me l'ont rendu si agréable : Elise et JB, Eve, Nina, Claire, Léa, Hélène, Alexa, Camille, Chloris et Agathe.

***Et particulièrement merci à ma grand-mère Françoise**, que j'aurais tant aimé rendre fière aujourd'hui, qui m'a apporté le déclic et la motivation pour ces études, qui a été la plus douce des grands-mères, et qui me manquera toujours.*

Liste des abréviations

Insee :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
APA :	Aide Personnalisée à l'Autonomie
GIR :	Groupe Iso-Ressources
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
CSG :	Court Séjour Gériatrique
EMG :	Equipe Mobile de Gériatrie
EMGEH :	Equipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière
AEG :	Altération de l'Etat Général
EGS :	Evaluation Gérontologique Standardisée
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS-PGAM :	Groupement de Coopération Sanitaire pour un Parcours Gérontologique dans l'Agglomération Marseillaise
CH :	Centre Hospitalier
HDJ :	Hôpital de Jour
AP-HM :	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
RUM :	Résumé d'Unité Médicale
RSS :	Résumé de Sortie Standardisé
GHS :	Groupe Homogène de Séjours
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
UADTR :	Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide
MT :	Médecin Traitant
PEC :	Prise en charge
UMT :	Urgence Médecin Traitant

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
GENERALITES	4
I. Le vieillissement de la population	4
1.1 En France.....	4
1.2 En région Provence-Alpes-Côte d’Azur.....	6
1.2.1 Données démographiques de l’Insee.....	6
1.2.2 Des effectifs âgés absolus importants	8
II. Modes de vieillissement et fragilité.....	8
2.1 La personne âgée robuste	8
2.2 La personne âgée fragile.....	8
2.3 La personne âgée dépendante	9
III. Parcours de soins de la personne âgée.....	11
3.1 La personne âgée aux urgences.....	11
3.1.1 Un nombre de passages plus important.....	11
3.1.2 Des durées de passage plus longues	12
3.2 Un parcours de soins à améliorer	13
3.2.1 Etat des lieux	13
3.2.2 La législation	13
3.3 Les équipes mobiles de gériatrie aux urgences.....	14
3.3.1 Définition	14
3.3.2 Rôle des équipes mobiles de gériatrie aux urgences	15
3.4 Les services de court séjour gériatrique	16
IV. Outils créés en France pour l’hospitalisation directe des personnes âgées.....	17
4.1 Equipes mobiles de gériatrie extrahospitalières.....	17
4.2 Permanences téléphoniques	18
4.2.1 Généralités.....	18
4.2.2 Allo Gériatrie.....	19
MATERIEL ET METHODES	21
I. Type d’étude.....	21
II. La régulation téléphonique en pratique.....	21
III. Critère de jugement principal	22
3.1 Définition.....	22
3.2 Questionnaire.....	22
3.3 Recueil de données	23
IV. Critères de jugement secondaires	24
4.1 Définitions	24
4.2 Population et recueil de données.....	24
4.3 Analyses statistiques des données	25

RESULTATS	26
I. Critère de jugement principal	26
1.1 Généralités	26
1.1.1 Effectifs	26
1.1.2 Fonction de l'appelant	26
1.1.3 Délai d'hospitalisation.....	26
1.2 Résultats du questionnaire	27
1.2.1 Modes d'information des médecins généralistes	27
1.2.2 Satisfaction globale des médecins généralistes ayant orienté un patient de plus de 70 ans en hospitalisation directe par le biais de la permanence téléphonique Allo Gériatrie.....	28
1.2.3 Satisfaction liée au délai d'hospitalisation des patients	29
1.2.4 Satisfaction globale des médecins généralistes ayant utilisé la ligne téléphonique sans hospitalisation au décours	30
II. Critères de jugement secondaires.....	31
2.1 Effectifs.....	31
2.2 Caractéristiques démographiques des patients selon leur provenance	31
2.2.1 Site d'hospitalisation	31
2.2.2 Age	32
2.2.3 Sexe	33
2.3 Sévérité clinique des patients selon leur provenance.....	34
2.3.1 Durée d'hospitalisation	34
2.3.2 Valorisation du séjour	35
2.3.3 Diagnostics de sortie d'hospitalisation.....	36
2.4 Devenir des patients selon leur provenance.....	37
2.4.1 Modalités de sortie d'hospitalisation.....	37
2.4.2 Décès	38
2.5 Evaluation de l'impact de la permanence téléphonique sur le nombre de passages de patients âgés de 70 ans et plus au SAU de la Timone	39
 DISCUSSION.....	 40
I. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes	40
II. Critères de jugement secondaires.....	44
III. Points forts et limites de l'étude	48
 CONCLUSION	 50
 BIBLIOGRAPHIE	 52
 ANNEXE 1 : Fiche de liaison Allo Gériatrie	 56
 ANNEXE 2 : Réponses individuelles au questionnaire de satisfaction ...	 57
 SERMENT D'HIPPOCRATE.....	 66

INTRODUCTION

On assiste en France depuis plusieurs années au vieillissement progressif et continu de la population, du fait de l'accroissement de l'espérance de vie et de la diminution de la fécondité. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent aujourd'hui 19,6% de la population française et avoisineraient les 25% en 2040 selon les projections démographiques, avec l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby-boom.

La prise en charge des patients âgés présente des particularités du fait de leurs fragilités, liées à l'accumulation de pathologies chroniques et d'incapacités, pouvant aller jusqu'au stade de dépendance. De ce fait, des structures dédiées à la prise en charge des sujets âgés ont été créées au sein des centres hospitaliers, telles que les services de court séjour gériatrique et les équipes mobiles de gériatrie, afin de répondre aux besoins de santé spécifiques à la population gériatrique.

L'hospitalisation des personnes âgées en court séjour gériatrique s'effectue par deux voies principales : l'admission par le service d'accueil des urgences, ou l'admission directe sur appel du médecin traitant.

L'admission par le service d'accueil des urgences est la plus fréquente actuellement, du fait de difficultés rencontrées par les médecins libéraux à prendre contact avec un interlocuteur privilégié en milieu hospitalier.

Ainsi, le passage des sujets âgés par le service d'accueil des urgences est régulièrement un mode d'accès spécifique à une hospitalisation plutôt qu'une réponse à une pathologie nécessitant un traitement immédiat. Il s'agit pourtant d'un passage à risque pour les patients âgés fragiles, avec des durées de passage plus longues que pour les adultes jeunes et la survenue de complications liées à l'immobilisation plus fréquentes. Pour ces raisons, il est recommandé de privilégier l'admission directe des sujets âgés nécessitant une hospitalisation, en l'absence de risque vital ou fonctionnel immédiat.

Afin de répondre au besoin d'amélioration du parcours de soins des sujets âgés, plusieurs centres hospitaliers se sont dotés de permanences téléphoniques gériatriques, permettant aux médecins libéraux de contacter directement un médecin gériatre attaché au court séjour gériatrique et de faciliter l'organisation des hospitalisations directes.

A Marseille, une permanence téléphonique nommée « Allo Gériatrie » a été mise en place au sein du pôle de gériatrie GeST14 de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, à l'usage des médecins libéraux désirant organiser une hospitalisation directe pour un de leurs patients ne présentant pas de caractère d'urgence immédiate, ou obtenir un avis spécialisé pour une problématique gériatrique ambulatoire.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de cet outil dans l'amélioration du parcours de soins du sujet âgé en facilitant les relations ville-hôpital, à l'aide d'une enquête de satisfaction menée auprès des médecins ayant orienté un patient de 70 ans et plus en hospitalisation directe dans les 6 premiers mois suivant la mise en service de la ligne téléphonique.

GENERALITES

I. Le vieillissement de la population

Les données de recensement de la population publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ces dernières années tendent à montrer un vieillissement progressif et continu de la population française.

Ce vieillissement s'explique par la conjonction de 2 facteurs :

- Une diminution de la fécondité.
- Une augmentation de l'espérance de vie à la naissance (diminution de la mortalité et allongement de la durée de vie moyenne).

Le vieillissement de la population intervient en France et en Europe dans une situation de transition démographique, c'est-à-dire une situation où une fécondité et une mortalité fortes ont laissé place à une fécondité et une mortalité basses, conduisant à un moindre « renouvellement » de la population. [1]

1.1 En France

La population française recensée au premier janvier 2018 par l'Insee est de 67 186 638 personnes. [2]

A l'instar des autres pays européens, on constate que le vieillissement de la population se poursuit avec 19,6% de personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population française, contre 18,8% il y a deux ans, et 17,1% au 1^{er} janvier 2012.

Selon les scénarii de projections de population de l'Insee, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus atteindrait un habitant sur quatre d'ici l'an 2040.

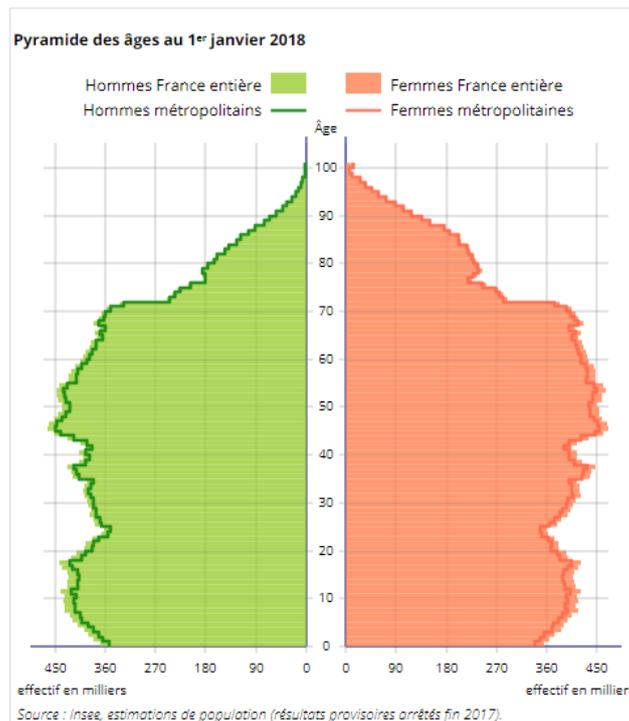


Figure 1 : Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2018 en France (Source : Insee)

Selon ces mêmes projections, la France pourrait compter en 2070, sur un total de 76,5 millions d’habitants, plus d’une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans, dont 270 000 centenaires.



Figure 2 : Pyramide des âges estimés en 2070 en France (Source : Insee)

1.2 En région Provence-Alpes-Côte d'Azur

1.2.1 Données démographiques de l'Insee

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), les scénarii de projections de l'Insee à l'horizon 2050 prévoient une forte augmentation du nombre de séniors, avec l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby-boom. [3]

On note une progression d'autant plus prononcée que l'on avance dans les tranches d'âges les plus élevées :

- La région PACA compterait en 2050 1,6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 600 000 de plus qu'en 2013, ce qui ferait passer à 3 personnes sur 10 le nombre d'habitants âgés de 65 ans ou plus contre 2 sur 10 actuellement.
- Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus doublerait pour avoisiner un million de personnes en 2050.
- Les plus de 85 ans quant à eux passeraient de 165 000 en 2013 à 408 000 en 2050, et représenteraient ainsi près de 8% de la population régionale en région PACA.

	population en		évolution en		évolution annuelle en %
	2013	2050	volume	%	
0-19 ans	1 133 600	1 100 500	-33 100	-2,9%	-0,1%
20-64 ans	2 799 200	2 608 100	-191 100	-6,8%	-0,2%
65 ans ou plus	1 020 800	1 619 700	598 900	+58,7%	1,3%
dont 75 ou plus	519 700	999 100	479 500	+92,3%	1,8%
dont 85 ou plus	165 000	407 700	242 700	+147,1%	2,5%
Ensemble	4 953 700	5 328 300	374 700	+7,6%	0,2%

Source : Omphale 2017, scénario central

Tableau 1 : Evolution de la population par classes d'âges entre 2013 et 2050 en région PACA selon le scénario central (Source : Insee)

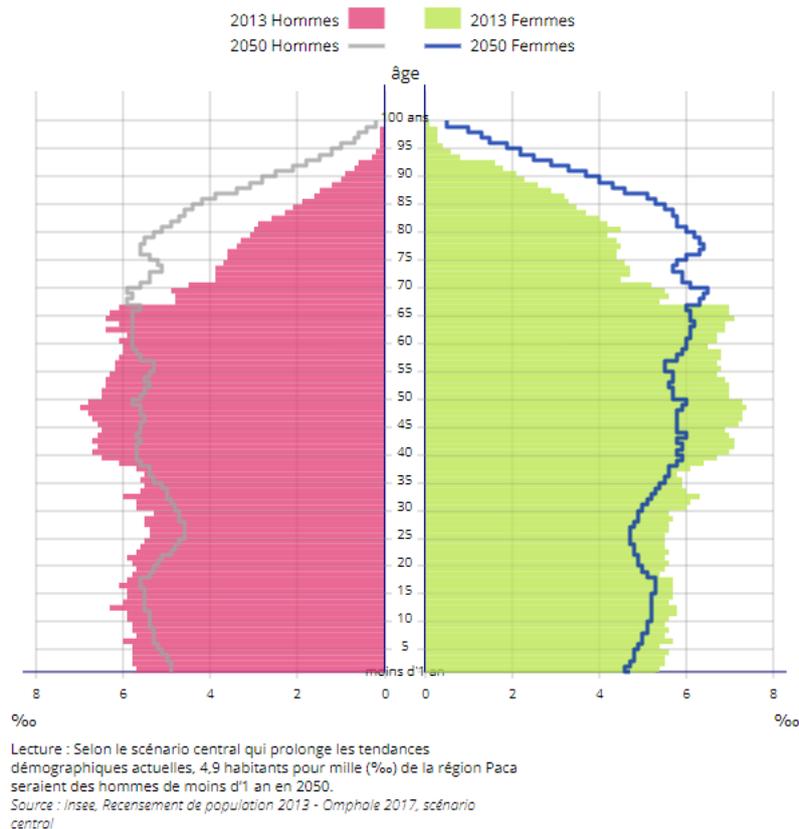


Figure 3 : Evolution de la pyramide des âges entre 2013 et 2050 en région PACA (Source : Insee)

Le vieillissement de la population impacte également la commune de Marseille, avec un nombre de personnes âgées de 60 ans et plus passé de 193 345 en 2009, soit 22,7% de la population totale recensée, à 205 521 en 2014, soit 23,9% de la population totale recensée. [4]

	2014	%	2009	%
Ensemble	858 120	100,0	850 602	100,0
0 à 14 ans	156 634	18,3	154 763	18,2
15 à 29 ans	167 001	19,5	173 236	20,4
30 à 44 ans	168 064	19,6	170 428	20,0
45 à 59 ans	160 901	18,8	158 830	18,7
60 à 74 ans	122 824	14,3	112 519	13,2
75 ans ou plus	82 697	9,6	80 826	9,5

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

Tableau 2 : Evolution de la population par classes d'âges entre 2009 et 2014 sur la commune de Marseille (Source : Insee)

1.2.2 Des effectifs âgés absolus importants

Il est important de tenir compte des effectifs absolus de personnes âgées afin de mieux appréhender la problématique du vieillissement sur le territoire français, notamment au niveau du littoral méditerranéen.

En effet, si l'on étudie la répartition des personnes âgées en France en termes de pourcentages de la population totale, il semble que le vieillissement de la population au niveau du littoral méditerranéen a été ralenti ces dernières années du fait d'une fécondité importante et d'un solde migratoire positif, la région attirant des migrants (français et étrangers) de tous âges.

Cependant, si on s'intéresse à cette même répartition en termes d'effectifs absolus de sujets âgés, il apparaît que le nombre de personnes âgées est plus important dans les cantons littoraux méditerranéens que dans le reste du territoire français. [1]

Il faut donc prendre en compte qu'il y a un grand effectif de personnes âgées en région PACA, avec toutes les problématiques que cela entraîne en termes de besoins sur le plan médical et social, et de nécessité de mise en place de moyens (matériels et humains) pour y répondre.

II. Modes de vieillissement et fragilité

On distingue 3 modes de vieillissement différents chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

2.1 La personne âgée robuste

Il s'agit d'un mode de vieillissement aussi qualifié de vieillissement « réussi », caractérisé par le maintien des capacités fonctionnelles ou leur atteinte très modérée. [5]

La personne âgée robuste est autonome, ne présente pas de pathologie invalidante, et l'objectif principal de la prise en charge médicale est la prévention, afin d'éviter un glissement vers le syndrome de fragilité.

Les sujets robustes représentent environ 50% des personnes âgées de 65 ans et plus.

2.2 La personne âgée fragile

La Société française de Gériatrie et Gérontologie définit, dans son consensus publié en 2011, la fragilité comme un « syndrome clinique caractérisé par une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress ». [6]

Il s'agit donc d'un « marqueur de risque d'évènements péjoratifs à venir », dont les conséquences les plus fréquemment observées sont : une augmentation de la mortalité globale, un déclin cognitif, des chutes, des hospitalisations ou une entrée en institution.

Deux grands modèles de fragilité ont été développés afin d'aider au repérage et à la prise en charge de ce syndrome [7] :

- Le modèle de Fried de 2001 ou « phénotype de fragilité », basé sur des critères physiopathologiques comprenant : la perte de poids involontaire (> 5kg en un an), la vitesse de marche lente, la sensation de fatigue, la diminution de la force musculaire (force de préhension) et un faible niveau d'activité physique. Le syndrome de fragilité selon ce modèle est défini par la présence de trois ou plus de ces critères. [8]
- Le modèle de Rockwood de 2005 ou « modèle du déficit cumulé », se base sur un indice cumulé de fragilité. Il s'agit d'une liste de 92 déficits, symptômes ou situations cliniques permettant d'obtenir un score ou « indice de fragilité ». Cet indice permet de dépister la fragilité, mais également de graduer le niveau de fragilité du patient. [9]

La fragilité se caractérise par une réversibilité, avec un retour possible à l'état antérieur de « personne âgée robuste », mais également un glissement possible vers la dépendance en l'absence de prise en charge adéquate, d'où la nécessité d'un repérage précoce du syndrome de fragilité, afin de mettre en place rapidement les mesures nécessaires à améliorer ou à stabiliser l'état du sujet âgé fragile.

Les sujets fragiles représentent environ 15% des personnes âgées de 65 ans et plus, et les sujets pré-fragiles environ 30% de cette même population.

2.3 La personne âgée dépendante

La perte de capacités peut être à l'origine d'une perte d'autonomie de la personne âgée fragile et entraîner *in fine* un état de dépendance.

La dépendance se définit par l'impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie quotidienne sans l'aide d'une tierce personne. Cela est souvent lié chez le sujet âgé à l'accumulation de pathologies chroniques invalidantes, mais également à un environnement matériel inadapté. [5]

En France, la prise en charge publique de la dépendance se fait par l'intermédiaire de l'allocation d'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

L'éligibilité à l'APA est déterminée grâce à une échelle de classification de la dépendance, la grille AG-GIR (Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources), comprenant 6 groupes iso-ressources (GIR) :

- Les GIR1 et GIR2 correspondent à une dépendance lourde.
- Les GIR3 et GIR4 correspondent à une dépendance moyenne.
- Les GIR5 et GIR6 correspondent à la non-dépendance.

Seules les personnes âgées de 60 ans et plus et classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de cette allocation.

Dans l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » réalisée de 1998 à 2001 par l'Insee, environ 800 000 personnes de 60 ans et plus, soit 6,6% de cette tranche d'âge, étaient évaluées à des niveaux de perte d'autonomie équivalents aux GIR 1 à 4, correspondant à la population cible de l'APA. En 2002, le scénario central de projection prévoyait que le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors un total de 1 230 000 personnes. [10]

Cependant, d'après les enquêtes trimestrielles et annuelles de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), on dénombrait déjà 1,2 millions de bénéficiaires de l'APA en France métropolitaine en 2012, et les nouvelles projections établies en 2007 estimaient à 2,3 millions le nombre de personnes qui percevraient l'APA en 2060 selon l'hypothèse centrale. [11]

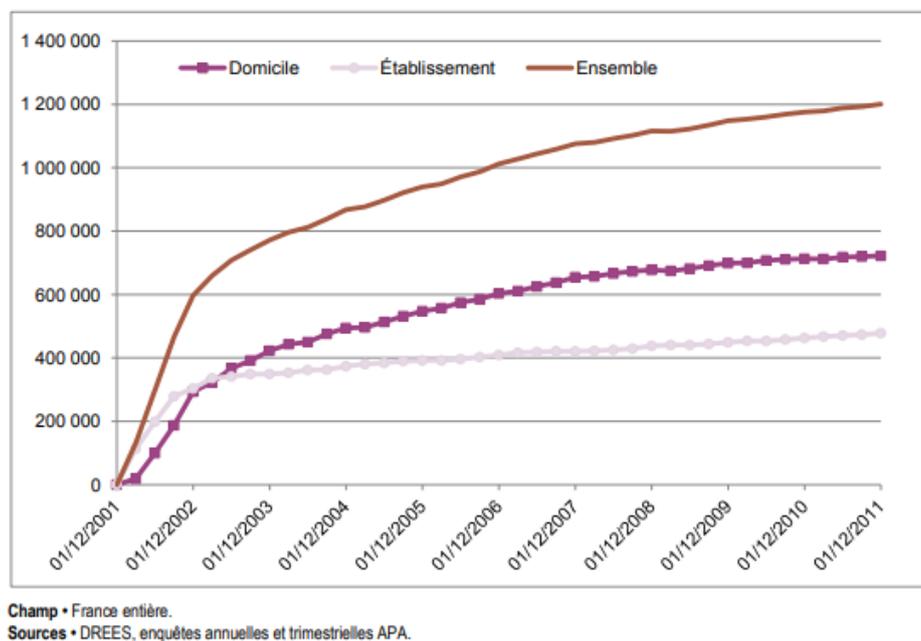
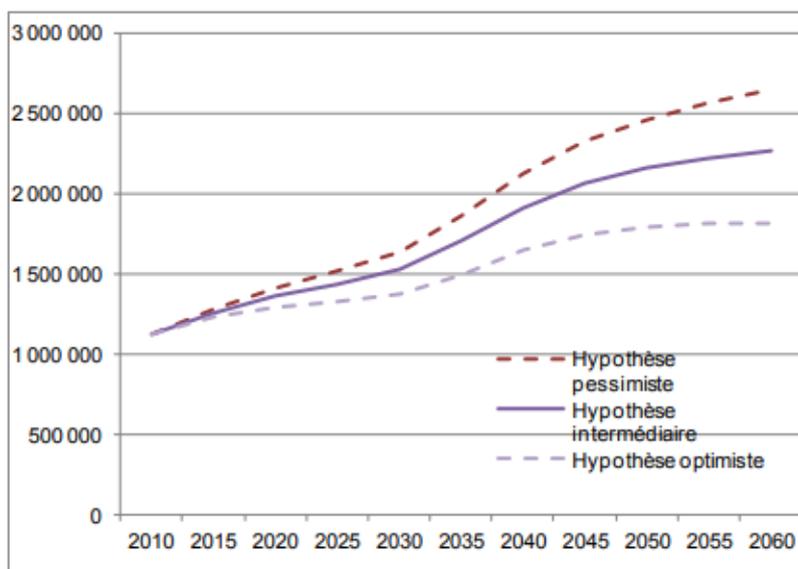


Figure 4 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2001 et 2011 (Source : DREES)

Dans tous les cas, on constate que la prévalence de la dépendance augmente à partir de l'âge de 75 ans, et croit ensuite de manière exponentielle avec l'âge des sujets.



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

Figure 5 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projections : pessimiste, intermédiaire et optimiste (Source : DREES)

Parallèlement à l'augmentation du nombre de sujets âgés dépendants, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne dépendante devrait diminuer d'ici 2040, du fait des changements sociétaux en cours et à venir, ce qui devra conduire à repenser et réorganiser les soins et les aides au domicile pour ces patients dépendants.

En effet, la dépendance, contrairement à la fragilité, est un état physiopathologique non réversible, et dont découlent des soins plus importants et plus coûteux (hospitalisations, institutionnalisations, etc...).

III. Parcours de soins de la personne âgée

3.1 La personne âgée aux urgences

3.1.1 Un nombre de passages plus important

Actuellement, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) est le mode d'entrée majoritaire pour l'hospitalisation non programmée des patients en général, et des sujets âgés en particulier, avec 50% d'admission *via* les urgences pour les sujets âgés de plus de 75 ans et 60% pour les sujets âgés de plus de 80 ans. [12]

Une enquête nationale sur les structures d'urgences réalisée sur 24 heures en juin 2013 par la DREES, en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence et en collaboration avec SAMU-Urgences de France et l'Association des médecins urgentistes de France, mettait en évidence que les patients âgés de 75 ans et plus représentaient 17% des passages au SAU de patients âgés de plus de 15 ans, alors que ce groupe d'âge ne représente que 11% des personnes âgées de plus de 15 ans en population générale.

Il y a donc une fréquentation plus importante des SAU par les personnes âgées que par les autres groupes d'âges (hors pédiatrie). [13]

Or, seulement environ 20% des passages au SAU des sujets âgés de plus de 75 ans sont considérés comme des urgences graves, et beaucoup de patients sont adressés en vue d'une hospitalisation lors d'une modification subaigüe de leur état de santé ou d'un maintien au domicile difficile, sans qu'il existe de réel critère de gravité nécessitant le recours aux urgences. [12]

3.1.2 Des durées de passage plus longues

Selon une étude publiée par la DREES en 2017, la durée moyenne de passage au SAU est plus longue pour les patients âgés de plus de 75 ans que pour les adultes jeunes, avec des durées médianes allant de 2 heures et 10 minutes pour les sujets âgés de 15 à 74 ans, contre 4 heures pour les sujets âgés de plus de 75 ans, en excluant les passages par les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). [14]

Par ailleurs, le risque que la durée de passage au SAU soit supérieure à 8 heures est deux fois plus élevé chez les sujets âgés de plus de 75 ans que chez les autres patients.

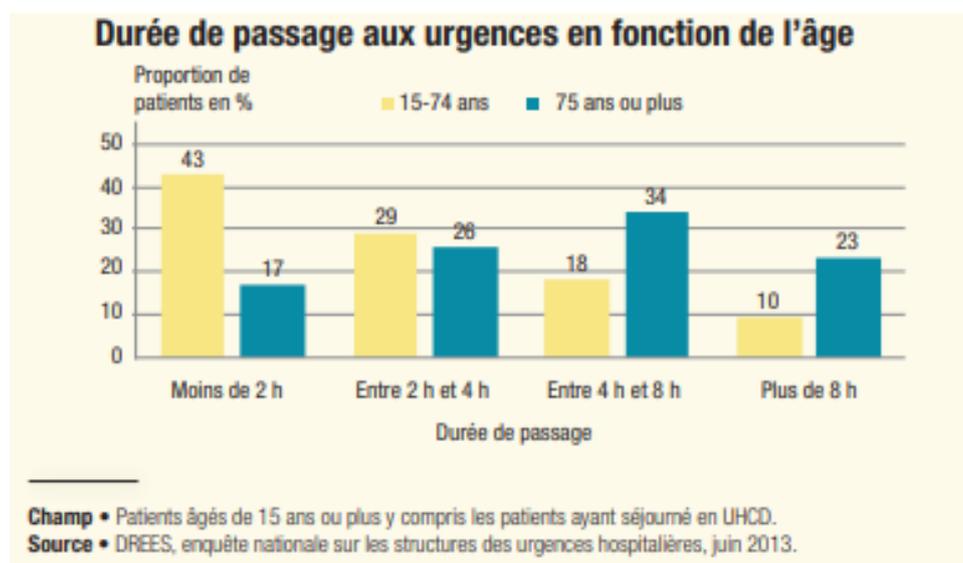


Figure 6 : Durée de passage au SAU en fonction de l'âge des patients (Source : DREES)

Cette différence est liée en partie au fait que les sujets âgés sont plus souvent hospitalisés que les adultes plus jeunes (56% d'hospitalisations chez les plus de 75 ans contre 17% chez les adultes de 15 à 74 ans) et que la nécessité d'une hospitalisation, quel que soit l'âge du patient, entraîne un allongement de la durée de passage au SAU.

3.2 Un parcours de soins à améliorer

3.2.1 Etat des lieux

Le grand nombre de passages et le temps passé au SAU par les patients âgés présentent des inconvénients à plusieurs niveaux :

- Sur le plan individuel, cela est à l'origine d'un inconfort et de la survenue plus fréquente de complications chez les sujets âgés, souvent fragiles. On note notamment la survenue plus fréquente de rétention aiguë d'urines chez les patients passés par les urgences que chez les patients admis directement en service hospitalier. [15]
- Sur le plan collectif, ces facteurs sont responsables en partie d'un engorgement des SAU, et donc d'un allongement de la durée de passage pour l'ensemble des patients. [13]

Pour toutes ces raisons, il est recommandé de privilégier l'admission directe des sujets âgés nécessitant une hospitalisation en service de court séjour gériatrique (CSG) lorsque cela est possible, mais en pratique les admissions directes représentent un faible pourcentage du total des admissions en CSG.

Les médecins généralistes interrogés sur les raisons qui les conduisent à adresser leurs patients aux urgences plutôt que directement en service de médecine avancent que l'absence d'une modalité leur permettant de joindre facilement et directement un interlocuteur qualifié à l'hôpital leur rend le recours au SAU plus rapide et plus efficace lorsqu'un de leurs patients requiert une hospitalisation. [12]

3.2.2 La législation

Dans l'optique d'améliorer le parcours de soin du sujet âgé, plusieurs textes de loi et circulaires ministérielles ont été publiés :

- La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques met l'accent sur la nécessité de développer le travail en réseau entre professionnels de santé et structures de soins, de favoriser les admissions directes en services de Gériatrie en proposant le principe d'une permanence téléphonique accessible aux médecins généralistes du secteur hospitalier, et la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie (EMG) rattachées aux services de CSG afin de dispenser un avis gériatrique dans l'ensemble des services hospitaliers, pour améliorer la prise en charge des sujets âgés en tenant compte de leurs particularités et fragilités. [16]
- Le rapport « Un programme pour la Gériatrie » publié en 2006 à la demande du ministère de la Santé et des Solidarités reprend la notion de « filière gériatrique » au sein des structures de soins dotées d'un SAU afin de coordonner les soins, ainsi que la mise en place d'EMG impliquées au sein même du service des urgences. [17]

- La circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique vient renforcer et compléter les notions développées dans celle de 2002, en intégrant notamment la notion d'équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières (EMGEH). [18]
- l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la possibilité de mettre en place des projets expérimentaux visant à améliorer le parcours de soins du sujet âgé en créant de nouveaux modes de coordination des soins. [19]

3.3 Les équipes mobiles de gériatrie aux urgences

3.3.1 Définition

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques a permis de préciser les missions des EMG au sein des hôpitaux.

« Il s'agit d'un dispositif qui permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences.

Elle s'intègre dans un établissement de forte capacité ou un centre hospitalier doté d'un CSG. Elle peut être rattachée à un pôle d'évaluation gériatrique dans sa mission d'évaluation.

Les missions proposées à ces unités sont multiples :

- Conseil, information et formation pour les équipes soignantes
- Évaluation globale (médico-psycho-sociale)
- Élaboration du projet de soin et du projet de vie
- Orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière
- Orientation à la sortie de l'hospitalisation
- Participation à l'organisation de la sortie. »

L'EMG est une équipe pluridisciplinaire, formée aux techniques d'évaluation gériatrique, coordonnée par un médecin gériatre, installée au sein d'un établissement siège d'un CSG et qui intervient dans les services hospitaliers et extrahospitaliers sur appel du service demandeur. [16]

En 2008, le recensement des EMG en France faisait état de 230 unités déclarées sur l'ensemble du territoire national.

L'évaluation des pratiques de 18 EMG réparties sur le territoire français dans l'Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France publié en 2012 dans la *Revue de Gériatrie* retrouve une certaine homogénéité de leur fonctionnement et de leurs pratiques. Les EMG sont principalement appelées pour un avis gériatrique ou une aide à l'orientation chez des patients très âgés et polypathologiques, admis principalement pour chute, pathologies aiguës, altération de l'état général (AEG) ou confusion, et utilisent toutes de nombreuses échelles d'évaluation gérontologique standardisée (EGS) pour évaluer les patients. [20]

Les interventions des EMG ont principalement lieu selon quatre axes et sites d'action différents :

- L'évaluation au sein des urgences et l'orientation depuis ce service.
- L'EGS dans les services de spécialités médicales et chirurgicales.
- L'évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination : liaison ville-hôpital
- L'évaluation au domicile du patient, comprenant les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), réalisée par les EMGEH. [21]

3.3.2 Rôle des équipes mobiles de gériatrie aux urgences

La circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique apporte des précisions particulières sur le rôle des EMG au sein des services d'urgences :

« Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe. » [18]

De nombreuses données de la littérature ont montré l'intérêt de réaliser une EGS des patients âgés notamment lors de leur admission aux urgences, comme le suggèrent les résultats d'une première revue de la littérature portant sur 22 études publiée dans la revue *Cochrane* en 2011, qui montrent que les patients âgés ayant bénéficié d'une EGS aux urgences ont plus de chance d'être en vie et à leur domicile à 6 mois (OR 1,25 [IC 95% 1.11-1,42 ; $p < 0,01$]) et 12 mois (OR 1,16 [IC 95% 1.05-1.28 ; $p = 0,003$]) de suivi par rapport aux patients n'en ayant pas profité. [22] Ces résultats sont confirmés par une deuxième revue de la littérature portant sur 29 études publiée dans la même revue en 2017, qui retrouve également que les patients ayant bénéficié d'une EGS lors de leur passage aux urgences sont plus souvent en vie et à leur domicile entre 3 et 12 mois de suivi par rapport aux autres patients âgés passés par le SAU (RR 1.06 [IC 95% 1.01-1.10 ; $p < 0,05$]). [23]

Les EMG ont également un rôle d'amélioration des pratiques de soins aux urgences par le biais d'une éducation, d'une sensibilisation et d'un accompagnement des soignants, afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes âgées, et de mettre en place de manière pérenne des actions de prévention des complications pouvant survenir au sein de ces services. L'objectif est d'adapter les urgences aux personnes âgées fragiles en mettant à la disposition des équipes des formations, des protocoles et des personnes référentes pour les problématiques gériatriques. Par exemple, la prévention des escarres par le repérage des situations à risque et l'utilisation de supports adaptés constitue une mesure préventive efficace à enseigner au personnel soignant des urgences. [21]

3.4 Les services de court séjour gériatrique

Selon le référentiel métier de la spécialité de Gériatrie adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2011, « l'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir-faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérontologique. » [24]

Ses missions sont définies comme suit dans la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique [18] :

- Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ;
- Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- Etablir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation ;
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Les textes prévoient que des services de CSG doivent être développés dans tous les hôpitaux disposant d'un SAU, et il faudrait au moins 25 CSG pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire de la filière gériatrique.

Les admissions en CSG se font soit directement depuis le domicile par l'intermédiaire du médecin traitant, *via* un appel téléphonique, soit par le biais du SAU.

Le recensement des services de CSG en métropole dénombrait 204 CSG au total au 31 décembre 2004. [25, 26]

IV. Outils créés en France pour l'hospitalisation directe des personnes âgées

4.1 Equipes mobiles de gériatrie extrahospitalières

Le rapport « Un programme pour la Gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir » publié en 2006, met l'accent sur l'instauration d'un label filière gériatrique avec la création d'unités mobiles de gériatrie. La cinquième recommandation incite cette équipe à intervenir à l'extérieur de l'hôpital afin d'étendre sa mission aux structures partenaires de la filière. [17]

C'est la circulaire du 28 mars 2007 qui vient ajouter la notion d'EMGEH, afin de donner conseil aux intervenants extrahospitaliers et d'améliorer la qualité des relations ville-hôpital. Elle stipule qu'il est « souhaitable que l'équipe mobile gériatrique intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou d'un réseau de santé orienté personnes âgées, afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise ». [18]

Des EMG déjà existantes dans certains centres hospitaliers ont souhaité développer une activité extrahospitalière devant le constat d'une part d'une insuffisance de prévention des situations de crise en amont du recours hospitalier au niveau du domicile (EHPAD compris) qui contribue à engorger le SAU, et d'autre part d'une difficulté fréquente à trouver des lits d'aval. Il semblait donc important de mettre en œuvre des mesures préventives en collaboration avec les acteurs locaux afin d'éviter ce genre de situations.

L'hôpital Gérontologique et Médico-Social de la ville de Plaisir a par exemple développé une équipe mobile de liaison gériatrique avec un champ d'action exclusivement extrahospitalier. Cette équipe s'est donné pour missions [26] :

- D'effectuer des évaluations gériatriques au domicile des personnes âgées sur signalement des médecins libéraux, des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou de tout autre intervenant auprès du patient, la visite au domicile étant l'occasion de voir le patient dans son environnement habituel et d'en intégrer les composantes à la prise en charge globale.
- D'orienter la personne âgée dans la filière gériatrique de proximité.
- D'informer et de former les professionnels de santé extrahospitaliers à développer des compétences gériatriques.

Des résultats d'études concernant l'activité des EMGEH intervenant dans les EHPAD à la demande des médecins coordonnateurs ou des médecins traitants tendent à montrer que ces interventions permettent d'éviter certaines admissions non programmées et d'améliorer l'orientation dans la filière gériatrique. Ces interventions sont globalement appréciées des médecins traitants et des équipes travaillant au sein des EHPAD. [27]

A Marseille, l'EMGEH se déplace uniquement en EHPAD. Pour le domicile, il existe actuellement 5 réseaux gérontologiques (Nord, Sud, Est, Centre et Canton vert), composés chacun d'un binôme médecin gériatre coordonnateur et infirmier coordonnateur qui réalisent une évaluation gérontologique globale directement au domicile des patients âgés de 75 ans et plus, polypathologiques et présentant un état de dépendance. Ces réseaux s'organisent depuis le 2 octobre 2013 en Groupement de Coopération Sanitaire pour un Parcours Gérontologique dans l'Agglomération Marseillaise (GCS-PGAM). [28]

Les missions du réseau gérontologique sont :

- L'expertise gériatrique pour aider les médecins traitants dans la gestion des syndromes gériatriques en ambulatoire.
- L'évaluation gérontologique globale du patient et les actions de prévention.
- La coordination des acteurs intervenant auprès de la personne âgée au domicile.
- L'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé pour la personne âgée.
- L'orientation des patients au sein de la filière de soins gériatriques (le réseau travaille en liaison avec l'ensemble des structures hospitalières et extrahospitalières de la filière de soins gériatriques).
- Le soutien et l'information auprès des aidants.
- Les actions de formation des professionnels intervenant au domicile du patient, au travers de séances de formation continue et de rencontres interprofessionnelles.

Ces réseaux gérontologiques répondent donc à « la nécessité de développer le travail en réseau entre professionnels de santé et structures de soins » préconisée par les circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 relatives à la filière de soins gériatriques, et constituent une véritable équipe gériatrique d'appui pour les médecins traitants dans la prise en charge des patients âgés vivant au domicile et présentant une situation médicale aiguë ou subaiguë (hors urgences vitales).

4.2 Permanences téléphoniques

4.2.1 Généralités

Les médecins généralistes interrogés sur leurs pratiques font part de difficultés rencontrées pour prendre contact avec les services hospitaliers lorsqu'ils souhaitent obtenir un avis ou faire une demande d'admission directe, ce qui les pousse à avoir recours au service des urgences pour palier à ces difficultés de prise de contact. [12]

Dans 60% des cas, les demandes d'hospitalisation directe par des médecins généralistes, en absence de ligne téléphonique unique et directe, ne peuvent aboutir. Les motifs d'échec sont principalement l'absence d'un interlocuteur compétent disponible au moment de l'appel et l'absence de place disponible en service. La principale solution proposée aux médecins généralistes est alors d'adresser leur patient aux urgences, et parfois aucune solution alternative ne leur est proposée. [29]

En partant de ce constat, et devant la nécessité de favoriser les admissions directes en CSG, plusieurs centres hospitaliers (CH) en France ont mis en place des permanences téléphoniques au sein des pôles gériatriques afin d'améliorer le parcours de soins des sujets

âgés, parmi lesquels les CH de Bordeaux, Lyon, Limoges, Saint-Etienne, Clichy-la-Garenne, Dax, Bourg-en-Bresse, Dreux, Brest, Landerneau, Saint-Lô et de nombreux autres CH en France.

Il y a donc eu une généralisation de cette pratique ces dernières années, mais les études visant à évaluer le fonctionnement et les bénéfices liés à ces permanences téléphoniques dans la prise en charge des sujets âgés sont peu nombreuses.

Les études réalisées au sein des CH de Lyon, Bordeaux et Limoges montrent que les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de ces outils sont de deux types :

- Faciliter les demandes d'admissions directes afin d'éviter un passage par le SAU lorsque celui-ci n'est pas indiqué.
- Obtenir un avis spécialisé gériatrique.

L'étude réalisée à Lyon montre que les bénéfices ressentis par les médecins généralistes qui ont utilisé la permanence téléphonique gériatrique répondent à ces attentes. Cette ligne téléphonique permet également un gain de temps dans la gestion des situations aiguës gériatriques en médecine de ville. [30]

L'étude réalisée à Bordeaux fait ressortir que cet outil permet d'éviter certains passages au SAU en proposant des alternatives telles que des conseils de prise en charge, la programmation d'une consultation de gériatrie, une hospitalisation en Hôpital de Jour (HDJ) ou une admission directe en CSG. [31]

La thèse réalisée à Limoges en 2012 confirme quant à elle l'utilité de l'outil ressentie par les médecins de ville. [32]

Ces résultats laissent entrevoir que la permanence téléphonique gériatrique pourrait être un véritable outil de la pratique quotidienne en médecine générale, permettant d'orienter la prise de décision médicale, d'améliorer les relations ville-hôpital et ainsi d'optimiser la prise en charge des patients âgés.

4.2.2 Allo Gériatrie

A Marseille, le pôle gériatrique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille AP-HM (pôle GeST14) se compose [33] :

- D'une unité de CSG située à l'Hôpital Sainte-Marguerite, composée de 25 lits d'hospitalisation.
- D'une unité de court séjour à orientation Médecine Interne Post-Urgences située à l'Hôpital de la Timone, composée de 21 lits d'hospitalisation, que nous avons assimilé dans notre étude à un CSG car ce service fait partie intégrante du pôle GeST14 et reçoit majoritairement des patients âgés.
- De deux unités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) situées à l'Hôpital Sainte-Marguerite et composées de 50 lits d'hospitalisation au total, spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

- D'un HDJ gériatrique et oncogériatrique et d'une plateforme de consultations externes situés à l'Hôpital Sainte-Marguerite.
- De deux EMG intra-hospitalières situées à l'hôpital de la Timone et à l'Hôpital Nord et d'une EMGEH intervenant dans les EHPAD située à l'hôpital de la Timone.

Ce pôle gériatrique prend en charge chaque année près de 6000 patients âgés.

Afin de faciliter la prise en charge de ces patients et le travail en réseau avec les médecins généralistes de la ville, une permanence téléphonique nommée « Allo Gériatrie » a été mise en place le 3 mai 2017, et communiquée aux médecins généralistes du territoire, afin qu'ils puissent prendre contact directement avec un gériatre de l'EMG pour répondre à une question médicale gériatrique, et éventuellement organiser une hospitalisation directe vers l'un des services de CSG du pôle GeST14.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'efficacité de cet outil dans l'amélioration du parcours de soins du sujet âgé en facilitant les relations ville-hôpital, à l'aide d'une enquête de satisfaction menée auprès des médecins ayant orienté un patient de 70 ans et plus en hospitalisation directe dans les 6 premiers mois suivant la mise en service de la ligne téléphonique. Nous avons également interrogé les médecins traitants ayant utilisé la ligne téléphonique pour un avis gériatrique sans hospitalisation au décours sur leur niveau de satisfaction.

Dans un second temps, nous avons comparé les caractéristiques des patients âgés de 70 ans et plus hospitalisés en service de Gériatrie aiguë au sein du pôle GeST14 depuis les urgences ou en entrée directe par la permanence téléphonique, afin de déterminer si les profils différaient selon la provenance des patients. Enfin, nous avons cherché à évaluer si la ligne téléphonique avait eu un impact sur le nombre de passages de patients âgés au SAU de la Timone.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Afin d'évaluer l'efficacité de l'outil Allo Gériatrie en médecine générale, nous avons réalisé d'une part une enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes l'ayant utilisé sur la période des 6 premiers mois de sa mise en service, et d'autre part une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique au sein du pôle GeST14 de l'AP-HM, sur la même période de 6 mois allant du 3 mai au 3 novembre 2017, et portant sur les patients âgés de 70 ans et plus hospitalisés dans l'un des deux services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 (service de Médecine Interne Post-Urgences de la Timone ou service de CSG de l'Hôpital Sainte-Marguerite).

II. La régulation téléphonique en pratique

La ligne téléphonique Allo Gériatrie est opérationnelle du lundi au vendredi de 9h à 17h, depuis le 3 mai 2017.

Des campagnes d'information ont été menées (presse écrite, flyers, réseaux sociaux, radio, annotations ajoutées en bas de page des comptes rendus d'hospitalisation, appels téléphoniques...) afin de faire connaître l'outil aux médecins généralistes du territoire.

Les appels passés sont réceptionnés par l'un des trois médecins gériatres de l'EMG de la Timone rattachée au pôle GeST14, qui complète pour chaque appel une fiche de liaison préremplie, comprenant notamment le nom et l'âge du patient, le nom et la fonction de la personne à l'origine de l'appel ainsi que son numéro de téléphone, le nom du médecin traitant, la date et la durée totale de l'appel, le motif d'appel, et la décision prise au terme de la discussion (cf. Annexe 1).

Les gériatres de l'EMG font ensuite le lien avec les unités d'hospitalisation du pôle GeST14 afin d'organiser une hospitalisation depuis le domicile si cela est jugé nécessaire.

Les données recueillies à partir des fiches de liaison, remplies et conservées dans un classeur au sein du service de l'EMG, ont été saisies à l'aide d'un tableur EXCEL, ce qui a permis une prise de contact a posteriori avec les médecins ayant pris avis auprès de la permanence téléphonique entre le 3 mai et le 3 novembre 2017.

III. Critère de jugement principal

3.1 Définition

Le critère de jugement principal de cette étude est l'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes ayant orienté un patient de 70 ans et plus en hospitalisation directe par le biais de la permanence téléphonique Allo Gériatrie, entre le 3 mai et le 3 novembre 2017.

3.2 Questionnaire

Afin d'évaluer la satisfaction des médecins ayant fait hospitaliser un patient par le biais de la ligne téléphonique Allo Gériatrie, nous avons mis au point un questionnaire de satisfaction basé sur une échelle de Lickert en 5 items (Très satisfait/Plutôt satisfait/Ne sait pas/Plutôt insatisfait/Très insatisfait), après avoir pris avis auprès du Pr Stéphanie GENTILE (service de santé publique de la Timone) sur le type d'échelle le plus approprié à l'évaluation de ce critère.

Il s'agissait d'un questionnaire non anonyme, rédigé en ligne à l'aide de l'outil Google Form. Il se présentait sous la forme de 4 questions à choix multiples et d'une question ouverte, afin de limiter le temps de réponse nécessaire et d'améliorer le taux de participation à l'enquête.

Les questions posées étaient :

- Question 1 : Comment avez-vous connu l'outil Allo Gériatrie ?
 - Par un confrère médecin généraliste
 - Par le biais d'une information écrite (annotations sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)
 - Par le biais d'une information téléphonique
 - Par le biais d'internet et/ou des réseaux sociaux
 - Autre : Préciser

- Question 2 : Évaluez votre niveau de satisfaction suite à l'utilisation de la ligne téléphonique Allo Gériatrie pour la prise en charge de vos patients âgés de 70 ans et plus :
 - Très satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Ne sait pas
 - Plutôt insatisfait
 - Très insatisfait

- Question 3 : Recommanderiez-vous à vos confrères en médecine générale l'utilisation de l'outil Allo Gériatrie pour la prise en charge des patients âgés de 70 ans et plus ?
 - Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

- Question 4 : Le délai entre votre demande d'hospitalisation et l'entrée de votre patient en service hospitalier vous a-t-il paru adapté pour la prise en charge de votre patient ?
 - Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas

- Question 5 : Avez-vous des remarques particulières à faire concernant cet outil et son utilisation (points positifs, points négatifs, idées d'amélioration, etc...) ?

Ce questionnaire était envoyé par e-mail aux médecins après prise de contact téléphonique (numéro de téléphone communiqué par le médecin lui-même lors de son appel sur la ligne Allo Gériatrie ou appel passé au secrétariat) afin de collecter les adresses e-mail. Chaque questionnaire envoyé était accompagné d'un texte de présentation du sujet de thèse et d'explications concernant les modalités de réponse. Il était demandé aux médecins participants de remplir le questionnaire pour chaque patient adressé entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 en cas d'avis divergents, ou une seule fois en cas d'avis similaire pour l'ensemble des patients adressés.

Nous avons transmis ce questionnaire aux médecins ayant utilisé l'outil Allo Gériatrie avec ou sans hospitalisation au décours selon les mêmes modalités, afin d'évaluer la satisfaction liée à l'utilisation de la ligne téléphonique pour demande d'hospitalisation dans un premier temps, et pour demande d'avis gériatrique dans un second temps. Il était précisé aux médecins ayant utilisé la ligne téléphonique sans hospitalisation au décours de ne pas répondre à la question 4 concernant le délai d'hospitalisation.

3.3 Recueil de données

Un premier envoi des questionnaires a été effectué au mois de février 2018 après prise de contact téléphonique avec les médecins ou avec leur secrétariat, et collecte des adresses e-mail.

Une première relance par e-mail a été faite au mois d'avril 2018, et une deuxième relance téléphonique puis par e-mail a été effectuée au mois de mai 2018.

Le recueil de données a été interrompu le 31 mai 2018 afin de procéder à l'analyse statistique des données.

Les données recueillies par questionnaire ont été saisies et traitées sous forme d'effectifs à l'aide d'un tableur EXCEL, puis converties en pourcentages.

IV. Critères de jugement secondaires

4.1 Définitions

Les critères de jugement secondaires de cette étude sont :

- La comparaison des caractéristiques démographiques des patients hospitalisés en service de Gériatrie aiguë selon leur provenance (depuis le SAU ou depuis le domicile) : site d'hospitalisation, âge, sexe.
- La comparaison de la sévérité clinique des patients hospitalisés en service de Gériatrie aiguë selon leur provenance. Pour évaluer et comparer les groupes de patients en termes de sévérité, plusieurs critères ont été sélectionnés pour leur objectivité et leur pertinence : la durée d'hospitalisation, la valorisation du séjour hospitalier et les principaux diagnostics de sortie d'hospitalisation.
- La comparaison du devenir des patients hospitalisés en service de Gériatrie aiguë selon leur provenance : modalités de sortie d'hospitalisation et décès en cours d'hospitalisation.
- L'évaluation de l'impact de la mise en place de la permanence téléphonique sur le nombre de passages de patients âgés de 70 ans ou plus au SAU de la Timone entre le 3 mai et le 3 novembre de l'année 2016 et de l'année 2017.

4.2 Population et recueil de données

Pour permettre l'étude des critères de jugement secondaires, les données concernant l'ensemble des patients âgés de 70 ans et plus hospitalisés dans l'un des deux services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 ont été recueillies de manière anonyme auprès du Département d'Information Médicale (DIM) de l'Hôpital Sainte-Marguerite.

Les patients ont été répartis en deux groupes initialement :

- Groupe 1 : patients hospitalisés depuis le SAU.
- Groupe 2 : patients hospitalisés sans passage préalable par le SAU.

Les patients du groupe 2 correspondaient principalement aux patients hospitalisés directement depuis le domicile, incluant les EHPAD, et plus rarement à des patients hospitalisés depuis une autre structure de soins, l'anonymat des données recueillies ne permettant pas de différencier ces deux groupes de patients.

Il est apparu que le nombre de patients hospitalisés sans passage préalable par le SAU était bien supérieur au nombre de patients hospitalisés *via* l'outil Allo Gériatrie, les services de CSG du pôle GeST14 ayant pour habitude de travailler en réseau avec certains médecins libéraux du territoire avant la mise en service de la ligne téléphonique.

Il a donc été décidé de répartir les patients en trois groupes dans un second temps, afin d'analyser les patients hospitalisés en entrée directe *via* l'outil Allo Gériatrie d'un côté, et ceux hospitalisés en entrée directe sans utilisation de l'outil Allo Gériatrie de l'autre, et d'éviter ainsi des biais liés à une analyse groupée de l'ensemble de ces patients.

Les analyses finales ont donc porté sur trois groupes de patients :

- Le groupe « Urgences » : patients hospitalisés en Gériatrie aiguë depuis le SAU.
- Le groupe « Allo Gériatrie » : patients hospitalisés en Gériatrie aiguë en entrée directe après orientation par la permanence téléphonique.
- Le groupe « Autre » : patients hospitalisés en Gériatrie aiguë en entrée directe sans passage par le SAU ni orientation par la ligne Allo Gériatrie.

Enfin, le nombre de passages de patients âgés de plus de 70 ans au SAU de la Timone entre le 3 mai et le 3 novembre de l'année 2016 et 2017 a également été recueilli auprès du Département d'Information Médicale de l'Hôpital Sainte-Marguerite.

4.3 Analyses statistiques des données

Pour l'analyse descriptive, les données ont été décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages.

L'analyse comparative des données recueillies a été réalisée à l'aide d'un test de Chi² de Pearson.

En ce qui concerne les diagnostics de sortie d'hospitalisation, la différence de répartition en fonction de la provenance ne pouvant être comparée par le test du Chi² en raison d'un effectif théorique inférieur à 5, ni directement par le test de Fisher en raison d'un effectif total trop important, la significativité du test de Fisher a été estimée avec un intervalle de confiance de 99% par la méthode de Monte Carlo.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des analyses est de $p = 0,05$.

RESULTATS

I. Critère de jugement principal

1.1 Généralités

1.1.1 Effectifs

Entre le 3 mai et le 3 novembre 2017, un total de 130 appels a été recensé par les gériatres en charge de la permanence téléphonique Allo Gériatrie, qui concernaient 115 patients différents.

Parmi tous ces appels, 56 ont abouti à une hospitalisation du patient soit 43% des appels, alors que les 74 autres ont donné lieu :

- A un avis téléphonique gériatrique pour 57 appels, soit 44% des cas.
- A une orientation vers le SAU pour 13 appels, soit 10% des cas.
- A une orientation vers l'HDJ de Gériatrie pour la réalisation d'une EGS pour 4 appels, soit 3% des cas.

Sur les 56 patients hospitalisés, un patient a été exclu de l'étude car âgé de moins de 70 ans au moment de l'hospitalisation.

Les 55 patients de 70 ans et plus hospitalisés *via* l'outil Allo Gériatrie dans les six premiers mois de mise en service de la ligne ont été adressés par 39 médecins généralistes différents.

Parmi ces 55 patients, 46 venaient du domicile soit 84% d'entre eux, et 9 venaient d'EHPAD soit 16% d'entre eux.

1.1.2 Fonction de l'appelant

L'appelant était :

- Un médecin dans 89,23% des cas (116 appels).
- Un Infirmier Diplômé d'Etat dans 5,4% des cas (7 appels).
- Un membre de la famille du patient dans 2,31% (3 appels).
- Un travailleur social dans 1,53% des cas (2 appels).
- Un secrétaire ou non renseigné dans 1,53% des cas (2 appels).

1.1.3 Délai d'hospitalisation

Le délai entre l'appel et l'hospitalisation était :

- Inférieur à 24h (le jour même de l'appel) dans 26 cas, soit 47% des cas.
- Compris entre 24 et 48h (le lendemain de l'appel) dans 14 cas, soit 26% des cas.
- Compris entre 48 et 72h (2 jours après l'appel) dans 4 cas, soit 7% des cas.
- Supérieur à 72h (> 2 jours après l'appel) dans 11 cas, soit 20% des cas.

1.2 Résultats du questionnaire

Au terme du recueil le 31 mai 2018, le questionnaire a été adressé par e-mail à 29 médecins sur les 39 ayant adressé des patients de 70 ans et plus en hospitalisation directe par le biais d'Allo Gériatrie entre le 3 mai et le 3 novembre 2017.

Parmi les médecins auxquels le questionnaire n'a pas pu être envoyé, 9 médecins étaient injoignables après plusieurs tentatives, et un médecin avait pris sa retraite avant le début du recueil de données.

Sur les 29 médecins ayant reçu le questionnaire par e-mail, 21 d'entre eux y ont répondu, soit un taux de participation de 72,4%, avec cependant un taux de répondants de 53,8% sur l'ensemble des 39 médecins initialement inclus dans l'étude. Les répondants ont tous rempli une seule fois le questionnaire, jugeant leur niveau de satisfaction identique pour l'ensemble des patients hospitalisés.

Aucune information n'a pu être recueillie sur les motifs de refus de participation des 8 médecins n'ayant pas répondu au questionnaire après envoi.

1.2.1 Modes d'information des médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes interrogés (14 médecins, soit 66,7% des répondants) a déclaré connaître l'outil Allo Gériatrie par le biais d'une information écrite, dans la presse ou sur les comptes rendus d'hospitalisation des patients ayant effectué un séjour dans l'un des services du pôle GeST14.

Six des médecins interrogés, soit 28,6% d'entre eux, ont connu l'outil par le biais d'une information téléphonique, et seulement un des médecins a déclaré avoir connu l'outil autrement, par le biais du GCS-PGAM.

Aucun médecin ayant répondu au questionnaire n'a connu l'outil par le biais d'internet ou du « bouche à oreille ».

Comment avez-vous connu l'outil Allo Gériatrie ?		Effectifs (n)	Pourcentage (%)
	Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)	14	66,7
	Par le biais d'une information téléphonique	6	28,6
	Autre : GCS-PGAM	1	4,8
	Par un confrère médecin généraliste	0	0
	Par le biais d'internet et/ou des réseaux sociaux	0	0
	Total	21	100,0
Données manquantes		18	
Total		39	

Tableau 3 : Modalités d'information des médecins généralistes sur l'outil Allo Gériatrie (réponses à la Question 1 du questionnaire de satisfaction)

Un médecin suggérait en commentaire qu'il était essentiel de faire connaître l'outil plus largement, « en renforçant la communication par e-mail par exemple, ou bien en utilisant le portail Améli Santé » et son « Espace Pro » dédié aux professionnels de santé, et largement utilisé par les médecins libéraux.

1.2.2 Satisfaction globale des médecins généralistes ayant orienté un patient de plus de 70 ans en hospitalisation directe par le biais de la permanence téléphonique Allo Gériatrie

L'enquête de satisfaction menée auprès des médecins généralistes retrouve une satisfaction globalement élevée, avec 66,7% des médecins se déclarant « très satisfaits » et 28,6% se déclarant « plutôt satisfaits » par l'utilisation de l'outil.

Seul un médecin ne s'est pas positionné sur son niveau de satisfaction à la suite de son appel à la ligne téléphonique.

Aucun des médecins interrogés ne s'est déclaré insatisfait de l'utilisation de cet outil.

Niveau de satisfaction global des médecins généralistes (échelle de Lickert)		Effectifs (n)	Pourcentage (%)
	Très satisfait	14	66,7
	Plutôt satisfait	6	28,6
	Ne sait pas	1	4,8
	Plutôt insatisfait	0	0
	Très insatisfait	0	0
	Total	21	100,0
Données manquantes		18	
Total		39	

Tableau 4 : Evaluation de la satisfaction globale des médecins généralistes ayant orienté un patient en hospitalisation directe via l'outil Allo Gériatrie (réponses à la Question 2 du questionnaire de satisfaction)

Les médecins ayant répondu au questionnaire ont estimé à 95,2% qu'ils seraient prêts à recommander l'outil Allo Gériatrie à leurs confrères médecins généralistes pour la prise en charge des patients âgés de 70 ans et plus.

Seul un médecin ne s'est pas positionné sur cette question, et aucun des médecins interrogés n'a déclaré qu'il ne souhaiterait pas recommander l'outil à ses confrères.

Recommanderiez-vous à vos confrères en médecine générale l'utilisation de l'outil Allo Gériatrie ?		Effectifs (n)	Pourcentage (%)
	Oui	20	95,2
	Ne se prononce pas	1	4,8
	Non	0	0
	Total	21	100,0
Données manquantes		18	
Total		39	

Tableau 5 : Les médecins généralistes recommanderaient-ils l'outil Allo Gériatrie à leurs confrères ? (réponses à la Question 3 du questionnaire de satisfaction)

Les commentaires font ressortir une « efficacité » et une « réactivité » des équipes en charge de la ligne téléphonique dans le traitement de la demande.

Les médecins se déclarent satisfaits « de pouvoir dialoguer directement avec un confrère sans intermédiaire ni temps d'attente », mais également d'obtenir « conseil pour une situation parfois compliquée » en médecine de ville, « en évitant un passage par les urgences parfois préjudiciable pour le patient et pour le service d'urgences ».

Selon l'un des médecins sollicités pour l'étude, l'outil est « utile pour la pratique de la médecine libérale » en cabinet ou à domicile, mais « également en EHPAD ».

Parmi les points négatifs soulevés par les participants à l'étude, un des médecins a noté un délai de réponse à l'appel long « compte tenu du fait que les appels se font souvent au domicile du patient », et un deuxième médecin a jugé les délais longs avant d'obtenir une place en hospitalisation.

Enfin, une amélioration a été suggérée par l'un des médecins interrogés quant au retour qui leur est fait après l'appel, « par exemple en recevant un e-mail confirmant l'entrée du patient en hospitalisation », car ce dernier a jugé qu'il n'avait « pas su ce qui avait été fait en pratique » à la suite de son appel téléphonique.

1.2.3 Satisfaction liée au délai d'hospitalisation des patients

Les médecins interrogés se sont déclarés satisfaits à 85,7% du délai d'hospitalisation de leur patient à la suite de leur appel, estimant qu'il s'agissait d'un délai « adapté » à la situation.

Cependant, deux d'entre eux ne se sont pas prononcés sur cette question, et un médecin a trouvé le délai inadapté à la prise en charge du patient adressé, expliquant qu'il avait trouvé le « délai de réponse assez long pour fixer une date d'hospitalisation » sans mentionner plus précisément les difficultés rencontrées.

Le délai entre votre demande d'hospitalisation et l'entrée de votre patient en service hospitalier vous a-t-il paru adapté ?		Effectifs (n)	Pourcentage (%)
	Oui	18	85,7
	Ne se prononce pas	2	9,5
	Non	1	4,8
	Total	21	100,0
Données manquantes		18	
Total		39	

Tableau 6 : Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes concernant le délai d'hospitalisation des patients orientés via l'outil Allo Gériatrie (réponses à la Question 4 du questionnaire de satisfaction)

1.2.4 Satisfaction globale des médecins généralistes ayant utilisé la ligne téléphonique sans hospitalisation au décours

Parmi les 115 patients pour lesquels un appel a été passé auprès de la ligne Allo Gériatrie, un avis téléphonique sans hospitalisation a été délivré pour 59 patients.

Pour ces derniers, 42 médecins traitants différents ont été renseignés sur les fiches de liaison complétées par le médecin gériatre lors de l'appel, et 2 médecins traitants n'ont pas pu être renseignés sur la fiche.

Le questionnaire de satisfaction a été adressé à 24 de ces médecins traitants, 14 d'entre eux n'étaient pas joignables par téléphone après plusieurs tentatives, 3 d'entre eux ont déclaré ne pas se souvenir avoir utilisé l'outil, et l'un d'entre eux a refusé l'envoi du questionnaire par manque de temps pour y répondre.

Finalement, 14 médecins ont effectivement répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 58,3% parmi les médecins ayant reçu le questionnaire, et un taux de répondants de 33,3% sur les 42 médecins initialement inclus dans l'étude. Les causes de refus de participation des 10 autres médecins auxquels le questionnaire a été envoyé ne sont pas connues.

Il est à noter que 2 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire avaient passé des appels pour plusieurs patients avec et sans hospitalisation au décours, et ont rempli le questionnaire une seule fois pour l'ensemble des patients. Ils ont été considérés comme des entités différentes dans chacun des deux groupes de médecins afin de faciliter l'analyse des résultats.

Le principal mode d'information déclaré par les 14 médecins traitants de ce groupe est également l'information écrite à 50% (n=7), vient ensuite le « bouche à oreille » dans 14,3% des cas (n=2) et l'information téléphonique dans 7,1% des cas (n=1). Quatre médecins généralistes, soit 28,6% d'entre eux, ont déclaré avoir connu l'outil par un autre biais que ceux proposés, l'un d'entre eux précisant l'avoir connu lors d'une période d'activité professionnelle au SAU de la Timone, les trois autres n'apportant pas de précision supplémentaire.

Le niveau de satisfaction globale dans ce groupe de médecins était de 57,1% de médecins « très satisfaits » (n=8), 28,6% de médecins « plutôt satisfaits » (n=4) et 14,3% de médecins ne se prononçant pas (n=2).

Par ailleurs, 85,7% (n=12) des médecins ayant répondu au questionnaire étaient prêts à recommander l'outil à leurs confrères, 7,15% (n=1) ne se prononçaient pas, et 7,15% (n=1) ne le recommanderaient pas.

Les commentaires libres font ressortir de nouveau l'« efficacité » et la « disponibilité » de l'équipe, ainsi que le caractère bénéfique de l'outil pour « renforcer le lien ville-hôpital ».

Un des médecins a déclaré n'avoir eu aucun retour sur sa demande, et avoir passé un « appel sans suite ».

II. Critères de jugement secondaires

2.1 Effectifs

Au total, 601 patients de 70 ans et plus ont été hospitalisés dans l'un des deux services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017.

La répartition des patients au sein des trois groupes était la suivante :

- 55 patients dans le groupe « Allo Gériatrie ».
- 418 patients dans le groupe « Urgences ».
- 128 patients dans le groupe « Autre ».

2.2 Caractéristiques démographiques des patients selon leur provenance

2.2.1 Site d'hospitalisation

La répartition des patients au sein des deux services hospitaliers de Gériatrie aiguë du pôle est significativement différente selon leur provenance, avec $p < 10^{-6}$.

Il y a significativement plus de patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne Post-Urgences de la Timone depuis les urgences qu'en entrée directe, avec 60% de patients venant des urgences contre respectivement 40% et 18% de patients dans les groupes « Allo Gériatrie » et « Autre », et inversement il y a significativement plus de patients hospitalisés dans le service de CSG de l'Hôpital Sainte-Marguerite en entrée directe, avec respectivement 60% et 82% de patients issus des groupes « Allo Gériatrie » et « Autre », que depuis le SAU, avec 40% de patients issus du groupe « Urgences » ($p < 10^{-6}$).

		Groupe						Total	Valeur de p	
		« Allo Gériatrie »		« Urgences »		« Autre »				
		Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)			Effectif (n)
Site	Sainte-Marguerite	33	60,0	167	40,0	105	82,0	305	50,7	10^{-6}
	Timone	22	40,0	251	60,0	23	18,0	296	49,3	
Total		55	100,0	418	100,0	128	100,0	601	100,0	

Tableau 7 : Répartition des patients hospitalisés au sein des deux services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.2.2 Age

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les trois groupes concernant l'âge qu'avaient les patients au moment de l'hospitalisation en service de Gériatrie aiguë.

La moyenne d'âge était de 88,38 ans [IC 95%, 86.51-90.25] dans le groupe « Allo Gériatrie », de 86,66 ans [IC 95%, 86.03-87.29] dans le groupe « Urgences » et de 86,39 ans [IC 95%, 85.24-87.53] dans le groupe « Autre », soit un âge moyen dans les trois groupes de 86,76 ans [IC 95%, 86.23-87.29], avec $p = 0,146$.

	Groupe			Total	Valeur de p
	« Allo Gériatrie »	« Urgences »	« Autre »		
Effectif (n)	55	418	128	601	
Moyenne (ans)	88,38	86,66	86,39	86,76	0,146
Ecart-type (ans)	6,904	6,538	6,529	6,580	
Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	Borne inférieure (ans)	86,51	86,03	85,24	86,23
	Borne supérieure (ans)	90,25	87,29	87,53	87,29
Minimum (ans)	70	70	70		
Maximum (ans)	104	103	98		

Tableau 8 : Age moyen des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

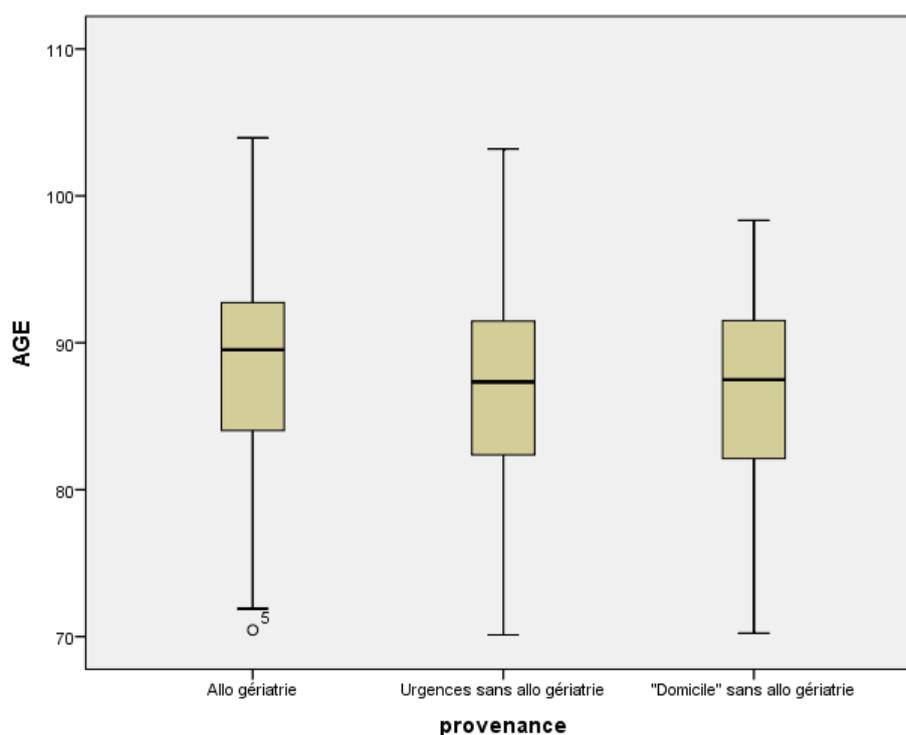


Figure 7 : Diagramme des âges des patients hospitalisés en service de Gériatrie aiguë entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance ($p = 0,146$)

2.2.3 Sexe

On note une prédominance féminine dans l'ensemble des trois groupes étudiés, avec 80% de femmes dans le groupe « Allo Gériatrie », 64,8% de femmes dans le groupe « Urgences » et 61,7% de femmes dans le groupe « Autre ».

Cette prédominance est plus marquée dans le groupe « Allo Gériatrie » puisqu'il y a significativement plus de femmes dans ce groupe que dans les deux autres groupes de patients, avec $p = 0,048$.

		Groupe						Total	Valeur de p	
		« Allo Gériatrie »		« Urgences »		« Autre »				
		Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)	
Sexe	Masculin	11	20,0	147	35,2	49	38,3	207	34,4	0,048
	Féminin	44	80,0	271	64,8	79	61,7	394	65,6	
Total		55	100,0	418	100,0	128	100,0	601	100,0	

Tableau 9 : Sexe des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.3 Sévérité clinique des patients selon leur provenance

2.3.1 Durée d'hospitalisation

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes concernant la durée du séjour en Gériatrie aiguë seul (Résumé d'Unité Médicale = RUM) qui est en moyenne de 12,52 jours [IC 95%, 11.87-13.17] pour l'ensemble des groupes de patients, avec $p = 0,947$.

De même, la durée du séjour hospitalier total (Résumé de Sortie Standardisé = RSS), qui correspond à la durée de séjour depuis l'enregistrement administratif jusqu'à la sortie administrative, et comprend donc le cas échéant la durée de passage au SAU ou dans un autre service hospitalier de l'AP-HM, est en moyenne de 13,07 jours [IC 95%, 1.41-13.73] pour l'ensemble des groupes de patients sans différence significative, avec $p = 0,651$.

		Durée de séjour en service de Gériatrie aiguë (RUM)				Valeur de p	Durée totale de séjour (RSS)				Valeur de p
		« Allo Gériatrie »	« Urgences »	« Autre »	« Total »		« Allo Gériatrie »	« Urgences »	« Autre »	Total	
Effectif (n)		55	418	218	601		55	418	218	601	
Moyenne (jours)		12,85	12,50	12,45	12,52	0,947	12,85	13,27	12,52	13,07	0,651
Ecart-type (jours)		8,195	7,658	9,398	8,094		8,195	7,899	9,358	8,249	
Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	Borne inférieure (jours)	10,64	11,76	10,80	11,87		10,64	12,51	10,88	12,41	
	Borne supérieure (jours)	15,07	13,23	14,09	13,17		15,07	14,03	14,15	13,73	
Minimum (jours)		1	1	1			1	1	1		
Maximum (jours)		50	55	74			50	55	74		

Tableau 10 : Durée de séjour des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.3.2 Valorisation du séjour

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les groupes en termes de valorisation des séjours hospitaliers des patients.

Le montant des séjours par Groupes Homogènes de Séjours (GHS) est en moyenne de 5384,956 euros [IC 95%, 5234.604-5535.309] dans l'ensemble des groupes, avec $p = 0,818$.

Le montant total des séjours est en moyenne de 5470,089 euros [IC 95%, 5301.646-5638.531] dans les trois groupes de patients, avec $p = 0,693$.

	Montant GHS RSS				Valeur de p	Montant total RSS				Valeur de p
	« Allo Gériatrie »	« Urgences »	« Autre »	Total		« Allo Gériatrie »	« Urgences »	« Autre »	Total	
Effectif (n)	55	418	128	601		55	418	128	601	
Moyenne (Euro)	5240,954	5409,156	5367,805	5384,956	0,818	5246,541	5481,232	5529,754	5470,089	0,693
Ecart-type (Euro)	1705,6300	1949,4096	1707,5077	1876,8235		1709,0859	2171,1679	2035,0001	2102,6372	
Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	Borne inférieure (Euro)	4779,858	5221,732	5069,155	5234,604	4784,511	5272,487	5173,823	5301,646	
	Borne supérieure (Euro)	5702,050	5596,580	5666,456	5535,309	5708,572	5689,977	5885,684	5638,531	
Minimum (Euro)	782,3	583,2	590,8			782,3	583,2	590,8		
Maximum (Euro)	12240,5	22679,3	9368,4			12240,5	30322,3	17857,9		

Tableau 11 : Valorisation du séjour des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.3.3 Diagnostics de sortie d'hospitalisation

Les principaux diagnostics de sortie d'hospitalisation des patients, selon une analyse globale de l'ensemble des catégories diagnostiques, sont significativement différents entre les groupes, avec $p < 0,005$ (borne supérieure de l'intervalle de confiance à 99% de $p < 0,005$ selon la méthode de Monte Carlo).

Le profil des patients en termes de diagnostics de sortie semble similaire entre les groupes « Allo Gériatrie » et « Autre », et semble différer du profil des patients du groupe « Urgences ».

Ainsi, il semble que les patients issus du SAU soient admis principalement pour des pathologies infectieuses (18,7%), des AVC (18,4%) et autres pathologies cardio-vasculaires (15,1%), tandis que les patients admis en entrée directe le sont principalement pour des pathologies hématologiques ou oncologiques (21,8% dans le groupe « Allo Gériatrie » et 24,2% dans le groupe « Autre ») ainsi que pour des démences et autres troubles cognitifs ou comportementaux (18,2% dans le groupe « Allo Gériatrie » et 14,1% dans le groupe « Autre ») et des pathologies de l'appareil locomoteur (16,4% dans le groupe « Allo Gériatrie », 12,5% dans le groupe « Autre »).

		Groupe						Total		Valeur de p
		« Allo Gériatrie »		« Urgences »		« Autre »		Effectif (n)	Pourcentage (%)	
		Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)			
Diagnostic de sortie d'hospitalisation	Infectiologie	6	10,9	78	18,7	16	12,5	100	16,5	<0,005
	AVC	3	5,5	77	18,4	13	10,2	93	15,5	
	Oncologie et hématologie	12	21,8	39	9,3	31	24,2	82	13,6	
	Démence	10	18,2	51	12,2	18	14,1	79	13,1	
	Autre	7	12,7	52	12,4	17	13,3	76	12,6	
	Appareil cardio-vasculaire	3	5,5	63	15,1	9	7,0	75	12,5	
	Appareil locomoteur	9	16,4	28	6,7	16	12,5	53	8,8	
	Trouble métabolique	5	9,1	30	7,2	8	6,3	43	7,2	
Total		55	100,0	418	100,0	128	100,0	601	100,0	

Tableau 12 : Diagnostics de sortie des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.4 Devenir des patients selon leur provenance

2.4.1 Modalités de sortie d'hospitalisation

Pour l'étude de ce critère de jugement, les modalités de sortie d'hospitalisation ont été définies comme suit :

- « Retour à domicile » : incluant tous les patients retrouvant leur lieu de vie habituel, qu'il s'agisse de leur domicile ou d'un EHPAD.
- « Autre » : incluant les transferts vers un autre établissement, les mutations vers un autre service (médecine, chirurgie ou SSR) et les décès.

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne le mode de sortie d'hospitalisation, mais on note une tendance en faveur du groupe « Allo Gériatrie », dont les patients semblent retourner à leur domicile plus souvent que dans les deux autres groupes.

En effet, 83,6% des patients du groupe « Allo Gériatrie » retournent au domicile, contre 68,4% des patients du groupe « Urgences » et 69,5% des patients du groupe « Autre », avec $p = 0,069$.

		Groupe						Total	Valeur de p	
		« Allo Gériatrie »		« Urgences »		« Autre »				
		Effectifs (n)	Pourcentage (%)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)			Effectifs (n)
Modalité de sortie d'hospitalisation	Retour à domicile	46	83,6	286	68,4	89	69,5	421	70,0	0,069
	Autre	9	16,4	132	31,6	39	30,5	180	30,0	
Total		55	100,0	418	100,0	128	100,0	601	100,0	

Tableau 13 : Modalités de sortie des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.4.2 Décès

Il y a eu sur la période des six mois de notre étude 3,6% de décès parmi des patients du groupe « Allo Gériatrie », 4,8% parmi les patients du groupe « Urgences » et 7,8% parmi les patients du groupe « Autre », sans différence significative entre les groupes, avec $p = 0,094$.

	Groupe						Total	Valeur de p	
	« Allo Gériatrie »		« Urgences »		« Autre »				
	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)	
Décès	2	3,6	20	4,8	10	7,8	32	5,3	0,094

Tableau 14 : Nombre de décès en cours d'hospitalisation des patients hospitalisés au sein des services de Gériatrie aiguë du pôle GeST14 entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 selon leur provenance

2.5 Evaluation de l'impact de la permanence téléphonique sur le nombre de passages de patients âgés de 70 ans et plus au SAU de la Timone

On ne constate pas de diminution du nombre de passages de patients âgés de 70 ans ou plus au SAU de la Timone sur la période des six premiers mois de mise en service de la ligne téléphonique Allo Gériatrie par rapport à l'année précédente, puisqu'il y a eu 7902 passages entre le 3 mai et le 3 novembre 2016 et 8130 passages sur cette même période en 2017.

	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Total
Année 2016 (n)	1277	1272	1308	1338	1247	1409	51	7902
Année 2017 (n)	1327	1280	1319	1427	1341	1364	72	8130

Tableau 15 : Nombre de passages de patients âgés de 70 ans et plus au SAU de la Timone entre le 3 mai et le 3 novembre 2016 et 2017

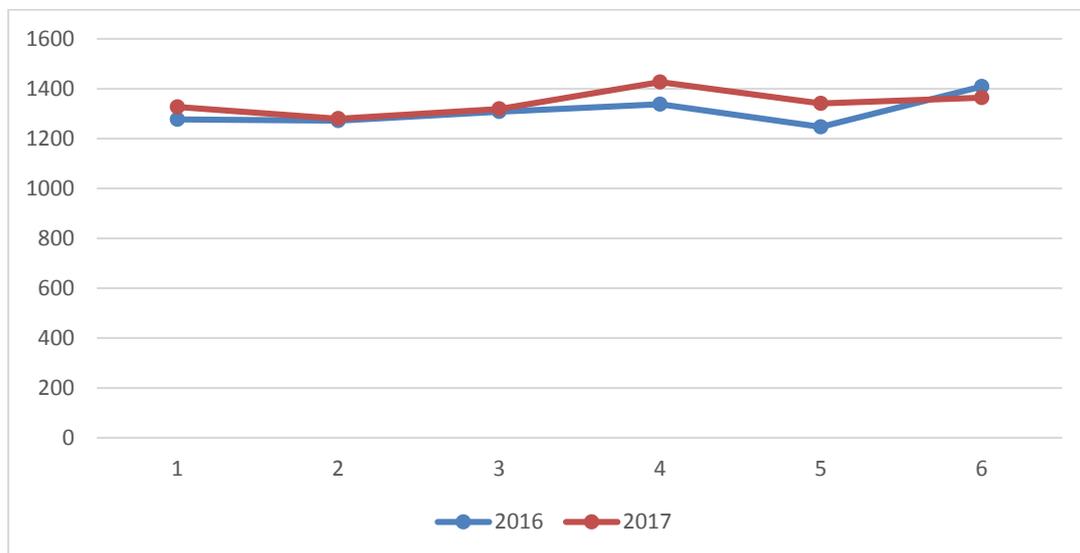


Figure 8 : Courbes comparatives du nombre de passages de patients âgés de 70 ans et plus au SAU de la Timone entre le 3 mai et le 3 novembre 2016 et 2017

DISCUSSION

I. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes

Le taux de participation des médecins généralistes libéraux à notre étude était de 72,4%. Il s'agit d'un taux en accord avec le taux de participation retrouvé dans les autres études de la littérature évaluant la satisfaction des médecins libéraux suite à la mise en place d'une permanence téléphonique, qui est de 70,8% dans l'étude menée à Rennes sur l'Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide (UADTR) [34], de 61,4% dans la première thèse réalisée à Limoges en 2012 [32], de 67,21% dans la deuxième thèse réalisée à Limoges en 2017 [35], et de 76% dans la thèse réalisée au sein du service de CSG de l'hôpital de Beaujon à Clichy [36]. Il est à noter cependant que sur les 39 médecins initialement inclus dans notre étude, le taux de répondants est de 53,8% seulement car le questionnaire n'a pas pu être envoyé à 10 d'entre eux, faute d'avoir pu obtenir leur adresse e-mail. Il serait donc utile de recueillir ces données par exemple au moment de l'appel, et d'adresser le questionnaire de satisfaction immédiatement après celui-ci, afin de limiter le délai entre l'utilisation de la ligne Allo Gériatrie par le médecin traitant (MT) et le début du recueil de données et d'améliorer la participation à l'étude.

Dans notre étude, l'existence de la ligne téléphonique avait été rendue publique aux médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD du territoire par le biais de campagnes d'information dans la presse écrite, à la radio, sur internet et sur les réseaux sociaux, par téléphone, et grâce à l'ajout systématique d'une annotation en bas de page des comptes rendus d'hospitalisation édités par les services de gériatrie du pôle GeST14.

Les médecins traitants interrogés ont déclaré avoir été informés de l'existence de l'outil Allo Gériatrie majoritairement par écrit (courrier, annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite). Il n'est pas possible de savoir si cela est dû au fait que l'information a été menée principalement par écrit ou parce que les médecins traitants utilisent plus les supports écrits pour s'informer. Cependant, il est à noter que c'est également par ce biais que les médecins ont déclaré avoir eu connaissance des permanences téléphoniques dans les autres études de la littérature : dans l'étude d'évaluation de l'UADTR à Rennes, 97% des médecins connaissaient la ligne téléphonique par le biais des annotations ajoutées aux comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation. [34]

Le nombre total d'appels reçus sur la période des six premiers mois de mise en service de la ligne est peu élevé, et pourrait résulter d'un défaut d'information des médecins généralistes. Plusieurs médecins interrogés dans notre étude suggèrent d'ailleurs qu'il faudrait renforcer la communication sur l'outil afin de le faire connaître par un plus grand nombre.

De même, pour la thèse réalisée à Limoges en 2012 sur la régulation téléphonique gériatrique, un questionnaire a été envoyé aux 417 médecins généralistes de la région Haute-Vienne recensés par le Conseil de l'Ordre des Médecins, et parmi les 256 répondants, 72,3% ne connaissaient pas la ligne téléphonique, ce qui tend à montrer également un manque d'information pour porter l'outil à la connaissance des médecins libéraux. [32]

Une deuxième thèse réalisée au sein du CH de Limoges en 2017 montrait de nouveau que 66,7% des médecins généralistes de la région Haute-Vienne interrogés ne connaissaient pas la ligne téléphonique gériatrique, et qu'après une nouvelle diffusion du numéro aux médecins généralistes de la région, il y avait une majoration statistiquement significative de 7,69% ($p = 0,0116$) des appels passés sur cette ligne téléphonique [35]. Il serait donc utile de renforcer et de répéter régulièrement les campagnes de communication auprès des médecins généralistes, notamment en mettant l'accent sur les supports écrits, qui semblent avoir plus d'impact.

Par ailleurs, les appels passés à la ligne téléphonique Allo Gériatrie provenaient de médecins dans environ 89% des cas. D'autres appels provenaient de professionnels de santé paramédicaux (5,4%), mais un certain nombre d'appels ont également été passés par des personnes sans lien avec le corps médical, telles que des membres de la famille du patient, des travailleurs sociaux ou d'autres professions extra-médicales (environ 5,3%).

Or la permanence téléphonique a été mise en place dans un but d'amélioration des relations entre médecins de ville ou coordonnateurs d'EHPAD et médecins hospitaliers, afin de prodiguer des conseils médicaux spécialisés ou de programmer des hospitalisations lorsque l'indication a été posée au préalable par un médecin de ville. Il semble donc nécessaire de réaxer les campagnes de diffusion du numéro de la ligne téléphonique et d'en préciser le contenu afin d'en limiter l'usage aux médecins libéraux uniquement, et d'éviter ainsi une surutilisation de la ligne par des non professionnels de santé, avec un éventuel engorgement de cette ligne à terme.

Il ressort de notre étude une satisfaction globalement élevée des médecins généralistes ayant organisé l'hospitalisation d'un de leurs patients âgés par le biais de l'outil Allo Gériatrie, avec 66,7% de médecins se déclarant très satisfaits et 28,6% plutôt satisfaits. Aucun médecin ne s'est déclaré insatisfait ou très insatisfait, et 95,2% des médecins interrogés se disaient prêts à recommander l'outil à leurs confrères, confirmant ainsi que cet outil est considéré comme fonctionnel et bénéfique pour la pratique de la médecine libérale. Les principaux points positifs qui ressortaient des commentaires des médecins interrogés étaient la possibilité de pouvoir dialoguer directement avec un confrère sans intermédiaire, afin d'obtenir soit un conseil pour une situation gériatrique jugée compliquée, soit une hospitalisation directe, évitant ainsi un passage injustifié au SAU, mais également la rapidité et la disponibilité de l'équipe permettant un gain de temps précieux lorsqu'on est en médecine de ville.

Ces résultats sont en accord avec ceux de l'ensemble des études de satisfaction réalisées auprès des médecins traitants ayant utilisé une permanence téléphonique gériatrique.

Ainsi, l'évaluation de l'UADTR à Rennes retrouvaient parmi les attentes formulées par les MT ayant utilisé la ligne téléphonique la possibilité d'obtenir un avis gériatrique, d'organiser une hospitalisation directe en évitant le passage par le SAU, ou de programmer une consultation spécialisée en gériatrie. L'UADTR était considérée comme plutôt efficace par 77% des MT, et comme alternative largement ou totalement efficace au passage aux urgences par 80% des MT. [34]

Quatre thèses ont également été réalisées afin d'évaluer le niveau de satisfaction lié à l'utilisation de permanences téléphoniques en gériatrie par des médecins libéraux :

- Une thèse réalisée au CH de Beaujon à Clichy-la-Garenne retrouvait un taux de satisfaction des MT de 90%, avec comme intérêts principaux soulevés par les médecins interrogés la possibilité d'éviter un passage aux urgences lorsqu'il n'était pas justifié, d'obtenir un avis rapide et direct, de programmer une hospitalisation directe, et la perception d'un soutien par le médecin traitant. [36]
- Une première thèse réalisée au CH de Limoges en 2012 mettait également en exergue parmi les principales attentes des MT l'accès à une aide rapide pour l'orientation des patients et aux conseils d'un spécialiste afin de limiter le passage au SAU. Les médecins interrogés dans cette étude jugeaient le service utile dans 86,3% des cas, mais le niveau de satisfaction après utilisation de la ligne était globalement moins élevé que dans les autres études, avec seulement 30,4% de médecins très satisfaits, 34,8% moyennement satisfaits, et 20,3% peu satisfaits. [32] Cependant, la deuxième thèse réalisée en 2017 au CH de Limoges retrouvait des résultats plus proches de ceux de notre étude, avec 90,13% de médecins se déclarant extrêmement satisfaits ou très satisfaits ou satisfaits à la suite de leur appel téléphonique à la régulation. [35]
- Une thèse réalisée au CH de Grenoble a évalué la mise en place d'une permanence téléphonique de gériatrie pour l'aide à l'orientation des patients âgés à l'usage des médecins de SOS Médecin, et retrouvait, parmi les 47 patients régulés, 34 médecins satisfaits ou très satisfaits du contact téléphonique avec le gériatre, soit 72,3%, et 26 médecins satisfaits ou très satisfaits de l'aide à la prise en charge apportée par cet outil, soit 55,3%. [37]

Par ailleurs, une étude qualitative réalisée en 2015 par le CH Edouard Herriot à Lyon concernant la ligne unique et directe d'appel téléphonique en Gériatrie faisait ressortir que les médecins traitants orientaient leurs patients âgés directement au SAU lorsqu'une hospitalisation était nécessaire car ils éprouvaient des difficultés à contacter un médecin hospitalier. [30] Leurs attentes vis-à-vis d'une permanence téléphonique gériatrique étaient de pouvoir organiser une hospitalisation directe de leurs patients âgés en service de Gériatrie aiguë afin d'éviter un passage au SAU en l'absence d'indication, ou de bénéficier d'un avis spécialisé en cas de problématique gériatrique en ville afin d'adapter la prise en charge (PEC) et d'orienter au mieux le patient, et ce grâce à une réponse rapide et optimale par le biais d'un numéro unique et d'un médecin référent disponible. Les bénéfices perçus par les MT interrogés dans cette étude ayant utilisé la ligne téléphonique lyonnaise étaient : un gain de temps lié à une réponse immédiate et la disponibilité du médecin en charge de la ligne téléphonique, un soutien et un échange sur des problématiques gériatriques en ville et la possibilité d'éviter au patient une hospitalisation ou un passage par le SAU lorsque cela n'était pas indiqué. On note dans cette étude que les bénéfices perçus par les médecins traitants ayant utilisé la ligne étaient en adéquation avec les attentes exprimées par ceux ne l'ayant pas utilisé, et correspondent en outre aux points positifs mentionnés par les médecins ayant participé à notre étude à Marseille.

Il est à noter dans notre étude que la satisfaction des médecins généralistes ayant utilisé l'outil sans hospitalisation au décours est comparable à celle des autres médecins, avec 57,1% de médecins se déclarant très satisfaits et 28,6% se déclarant plutôt satisfaits, leurs commentaires faisant ressortir les mêmes points positifs que ceux mentionnés par les autres médecins interrogés. Les études précédemment citées ont évalué la satisfaction de l'ensemble des

médecins ayant utilisé la ligne téléphonique (avec ou sans hospitalisation au décours) et ont trouvé des résultats similaires à ceux de notre critère de jugement principal, semblant confirmer que les médecins ont tous des niveaux de satisfaction identiques quelle qu'ait été l'issue de l'appel téléphonique.

Concernant les points négatifs mentionnés par les médecins traitants ayant utilisé la ligne téléphonique dans notre étude, deux points principaux étaient retrouvés :

- Un délai de réponse aux appels jugé long par l'un des médecins interrogés. Il s'agit peut-être d'un cas d'appels simultanés à la ligne téléphonique, puisque la permanence est une ligne unique gérée par un seul médecin (3 médecins en alternance sur la semaine), donc il est impossible de prendre en charge plusieurs appels passés au même moment. Afin d'améliorer cela, il est donc important de rappeler dans les campagnes d'information l'usage réservé aux professionnels de santé, afin d'éviter l'engorgement de la ligne et l'allongement des délais d'attente.
- Un manque de retour d'information aux médecins généralistes quant à la suite de la prise en charge après l'appel a été évoqué, pour lequel il a été suggéré l'envoi systématique d'un e-mail de confirmation d'entrée en hospitalisation du patient au MT. Cependant, cette option, qui avait été envisagée initialement, n'a pas pu être mise en place car la transmission d'informations médicales sur des boîtes mail ordinaires est impossible, et la plupart des MT ainsi que les services hospitaliers ne possèdent pas actuellement de systèmes sécurisés.

Les commentaires ne permettaient pas de mettre en exergue d'autres points négatifs retenus par les médecins les moins satisfaits car beaucoup d'entre eux n'ont pas rédigé de commentaire libre, la question étant facultative.

Aucun autre article de la littérature n'a mis l'accent sur les points jugés négatifs et à améliorer concernant les permanences téléphoniques de gériatrie.

II. Critères de jugement secondaires

Les patients ne présentaient pas dans notre étude de différence en termes d'âge, quelle que soit leur provenance, avec un âge moyen de 86,76 ans [IC 95%, 86.23-87.29 ; $p = 0,146$].

Ceci diffère des résultats de l'étude de *Neouze et al* parue en 2012, qui retrouvait que les patients hospitalisés en service de Gériatrie aiguë depuis le SAU étaient en moyenne plus âgés que ceux admis *via* la filière Urgence Médecin Traitant (UMT), la moyenne d'âge des patients issus du SAU étant de 88 ans contre 86 ans chez les patients issus de la filière UMT, avec $p = 0,04$. [15]

De même, la thèse réalisée au CH de Limoges en 2012 retrouvait une différence d'âge entre les patients hospitalisés *via* la régulation téléphonique, âgés en moyenne de 85,5 ans, plus jeunes que les patients hospitalisés depuis le SAU, âgés en moyenne de 87,5 ans, avec $p = 0,006$ [32], mais cette différence n'est pas retrouvée dans la deuxième thèse réalisée au sein du même service du CH de Limoges en 2017, ni dans aucune des autres études parues sur ce sujet.

Par ailleurs, dans l'ensemble des groupes de notre étude, il existait une prédominance féminine. Cette caractéristique est conforme à la réalité puisque les groupes étudiés sont des groupes de populations gériatriques, et que les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes (en France, en 2017, l'espérance de vie à la naissance était de 85,3 ans pour les femmes et de 79,5 ans pour les hommes selon les données de l'Insee [2]), il existe donc une prédominance de femmes dans les populations d'âge élevé. De plus, il y avait significativement plus de femmes dans le groupe de patients hospitalisés par le biais d'Allo Gériatrie que dans les autres groupes ($p = 0,048$). Cette différence n'est pas retrouvée dans les données de la littérature comparant des groupes de patients admis en CSG depuis le SAU ou depuis leur domicile, et peut s'expliquer en partie par l'absence de randomisation dans notre étude, qui ne permet pas d'avoir des groupes comparables en tout point.

Les patients de notre étude hospitalisés dans le service de CSG de l'hôpital Sainte-Marguerite étaient en majorité des patients venant du domicile et admis en entrée directe (patients du groupe « Allo Gériatrie » ou du groupe « Autre »), et ceux hospitalisés dans le service de Médecine interne Post-urgences de la Timone étaient majoritairement des patients orientés depuis le SAU (patients du groupe « Urgences »), avec une différence significative ($p < 10^{-6}$). Cette différence peut s'expliquer par la situation géographique des deux services hospitaliers, le second étant situé dans le même établissement que le SAU, ce qui facilite le transport des patients, tandis que le premier est plus à distance donc moins accessible pour les patients venant du SAU. De plus, le service de la Timone est un service à orientation post-Urgences, dont l'une des missions est par définition d'accueillir et de prendre en charge les patients provenant du SAU. De ce fait, le service de CSG de l'hôpital Sainte-Marguerite a davantage développé le travail en réseau avec les professionnels de santé du territoire depuis plusieurs années, et ceci explique que les patients du groupe « Autre », admis en entrée directe sans passer par l'outil Allo Gériatrie, soient plus fréquemment hospitalisés dans ce service.

La régulation téléphonique dans notre étude n'avait pas d'impact significatif en ce qui concerne la durée de séjour en Gériatrie aiguë, de 12,52 jours en moyenne [IC 95%, 11.87-13.17 ; $p = 0,947$], ni sur la durée totale du séjour, de 13,07 jours en moyenne [IC 95%, 1.41-13.73 ; $p = 0,651$], ni en ce qui concerne sa valorisation en termes de coût total du séjour, qui était de 5470,089 euros en moyenne [IC 95%, 5301.646-5638.531 ; $p = 0,693$]. On peut donc envisager que la sévérité clinique des patients ne diffère pas entre les groupes, selon les critères de jugement de la sévérité clinique sélectionnés dans notre étude que sont la durée et la valorisation du séjour, qui ne sont cependant pas des critères exhaustifs.

Ceci est en accord avec les résultats retrouvés dans la thèse réalisée à Limoges en 2012, qui retrouvait des durées de séjours similaires entre les groupes, de 9,5 jours en moyenne avec $p = 0,8568$ [32], ainsi que dans l'article de *Neouze et al*, dans lequel la durée moyenne de séjour était de 14,7 jours dans la filière SAU et 13,1 jours dans la filière UMT avec $p = 0,1$ [15], et dans une thèse réalisée au CH Universitaire de Lille, qui retrouvait des durées de séjour en Gériatrie aiguë comparables entre les groupes avec $p = 0,48$. [38]

Ces résultats laissent supposer que le médecin gériatre en charge de la permanence téléphonique ne sélectionne pas les patients lors des appels. Il ne prend pas en hospitalisation uniquement les patients nécessitant une hospitalisation de courte durée ou des soins moins importants.

Ainsi l'outil de régulation semble permettre l'hospitalisation des personnes âgées quelle que soit la sévérité du tableau clinique initial, en dehors des urgences vitales immédiates qui sont orientées vers le SAU. On peut donc supposer que les hospitalisations en CSG *via* la permanence téléphonique étaient médicalement justifiées dans notre étude.

Il est à noter qu'une thèse publiée à Saint-Etienne et réalisée au sein du service de Gériatrie et Gériatrie clinique du CH Universitaire, retrouvent des résultats différents de ceux de notre étude, avec des durées d'hospitalisation moins longues pour les patients venant du domicile, en moyenne de 11,6 jours [IC 95%, 10.8-12.3], contre 14,1 jours [IC 95%, 13.5-14.7] pour les patients hospitalisés par le SAU ($p < 0,05$), suggérant des profils de sévérité probablement en partie différents entre ces patients. [39] Il ne faut cependant pas oublier que la durée d'hospitalisation ne dépend pas uniquement de la sévérité clinique du patient mais également de nombreux autres facteurs, tels que l'organisation du retour au domicile en pratique, avec la nécessité de résoudre les problèmes sociaux existants, de communiquer avec les familles et d'obtenir une adhésion au projet de soins, tout ceci jouant un rôle important dans la durée totale de séjour en CSG.

D'autres études doivent donc être réalisées devant le manque de données actuelles afin de préciser et comparer les profils de sévérité des patients hospitalisés en CSG depuis le domicile *via* une hotline ou *via* le SAU, en choisissant des critères d'évaluation objectifs et exhaustifs.

La comparaison des principaux diagnostics de sortie d'hospitalisation des patients de notre étude fait ressortir que les profils diagnostiques sont significativement différents selon le mode d'admission, en entrée directe ou depuis le SAU ($p < 0,005$). Bien que nous n'ayons pu faire qu'une analyse globale, permettant de mettre en évidence cette différence sans pouvoir la préciser plus finement en prenant chaque catégorie diagnostique séparément, il semble que les patients issus du SAU soient admis principalement pour des pathologies infectieuses (18,7%), des AVC (18,4%) et autres pathologies cardio-vasculaires (15,1%), tandis que les patients admis en entrée directe le sont principalement pour des pathologies hématologiques ou oncologiques (21,8% dans le groupe « Allo Gériatrie » et 24,2% dans le groupe « Autre ») ainsi

que pour des démences et autres troubles cognitifs ou comportementaux (18,2% dans le groupe « Allo Gériatrie » et 14,1% dans le groupe « Autre »). Les groupes « Allo Gériatrie » et « Autre » avaient des profils diagnostiques proches car les patients issus de ces deux groupes étaient admis en CSG selon des modalités similaires, directement depuis leur domicile sur appel du MT pour la plupart d'entre eux.

Les mêmes profils diagnostiques sont retrouvés dans les études de la littérature. Seules deux autres études ont pris en compte le diagnostic de sortie d'hospitalisation, selon le codage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :

- L'article de *Neouze et al*, qui retrouvait une majorité d'étiologies neurologiques (33 % contre 18 %, $p = 0,03$) et infectieuses (22,7 % contre 4 %, $p = 0,001$) dans le groupe de patients admis depuis le SAU, et une majorité de diagnostics hématologiques (8 % contre 1 %, $p = 0,04$) dans le groupe de patients en admission directe. [15]
- La thèse réalisée à Lille, qui retrouvait une majorité de pathologies infectieuses (48,98% contre 23,08%) et de chutes (22,45% contre 12,31%) chez les patients issus du SAU, et une prédominance de troubles cognitifs (35,38% contre 18,37%) et d'AEG (29,23% contre 10,20%) chez les patients en admission directe ($p < 0,0001$). [38]

Il est à noter dans notre étude que les pathologies de l'appareil locomoteur semblaient prédominer dans les groupes « Allo Gériatrie » (16,4%) et « Autre » (12,5%) par rapport au groupe « Urgences » (6,7%), alors que d'autres études telles que la thèse réalisée à Lille retrouvaient une prédominance de chutes et de motifs traumatologiques chez les patients issus du SAU.

Il n'y a pas d'explication pour ce résultat discordant avec les données de la littérature dans notre étude. Cependant, le motif d'hospitalisation « chute » est généralement un diagnostic d'entrée en service hospitalier, et le diagnostic étiologique est souvent défini en cours d'hospitalisation après un bilan complet. Il est donc possible que les diagnostics de sortie diffèrent selon que l'on considère la chute ou l'étiologie de la chute comme diagnostic final.

Ces résultats tendent à montrer que les profils diagnostiques et des indications d'hospitalisation chez les patients admis depuis le domicile différents de ceux que l'on retrouve chez les patients hospitalisés depuis le SAU, et pourraient donc permettre de mieux cibler les patients concernés par la régulation téléphonique gériatrique. Cela semble justifier la mise en place d'outils visant à faciliter les hospitalisations directes dans le cas de ces profils ciblés, qui ne relèvent pas de l'urgence et dont la gestion en médecine de ville est compliquée. Il serait cependant utile de poursuivre les investigations afin de mieux définir ces profils diagnostiques, les analyses statistiques de notre étude ayant été limitées par le faible effectif de patients inclus.

Les patients hospitalisés par l'intermédiaire de la ligne Allo Gériatrie ont une tendance à retourner au domicile ou en EHPAD après hospitalisation plus souvent que les autres patients ($p = 0,069$). On ne note cependant pas plus de décès parmi les patients hospitalisés depuis le SAU que parmi les autres groupes de patients ($p = 0,094$). Ces résultats s'accordent avec ceux retrouvés dans la littérature. Dans l'étude de *Neouze et al*, les patients du groupe UMT rentraient significativement plus à leur domicile sans aides supplémentaires (53% contre 30%, $p = 0,001$) alors que ceux du groupe SAU étaient plus souvent transférés en SSR (48% contre 31%, $p = 0,04$) [15]. De même, dans la thèse réalisée à Lille en 2014, les patients hospitalisés en entrée directe retournaient à leur lieu de vie antérieure dans 75,56% des cas contre 59,54% des patients hospitalisés par les urgences ($p = 0,0031$), et les transferts vers un SSR concernaient

majoritairement les patients issus des urgences (26,01% contre 12,59% chez les patients en admission directe, $p = 0,031$) [38]. Les données actuelles, en accord avec nos résultats, laissent donc penser que les patients hospitalisés depuis leur domicile en CSG *via* une hotline retournent plus fréquemment à leur domicile, mais d'autres études doivent être réalisées afin d'évaluer le devenir des patients. Il pourrait être intéressant notamment d'évaluer le devenir des patients hospitalisés *via* l'outil Allo Gériatrie à plus long terme. Dans cet esprit, la thèse réalisée à Saint-Etienne en 2017 retrouvait des délais plus courts avant ré-hospitalisation pour les patients issus des urgences, en moyenne de 24,1 jours [IC 95%, 20.4-27.8], que pour les patients issus du domicile, en moyenne de 29,5 jours [IC 95%, 23.6-35.4], $p < 0,05$ [39]. D'autres critères d'évaluation comme le maintien à domicile ou la nécessité de mise en place ou de majoration des aides à domicile à la suite de l'hospitalisation pourraient être étudiés.

Sur la période des 6 premiers mois de mise en service de la ligne téléphonique Allo Gériatrie, celle-ci n'a pas permis une diminution du nombre de passages de personnes âgées de 70 ans et plus au SAU de la Timone, puisqu'on dénombre 7902 passages entre le 3 mai et le 3 novembre 2016 et 8130 passages sur cette même période en 2017. Ceci s'explique probablement par le faible effectif d'appels passés et de patients régulés par la ligne téléphonique sur cette période (115 patients régulés dont 55 patients hospitalisés) en comparaison avec le grand nombre de passages de personnes âgées de 70 ans et plus au SAU de la Timone, car il s'agit du début de la mise en place de la ligne.

Un article de *Salles et al* paru en 2014 et évaluant la ligne téléphonique gériatrique du CH de Bordeaux s'est intéressé à connaître quelle aurait été la prise en charge des MT en absence de permanence téléphonique, et s'ils auraient adressé leurs patients aux urgences dans ce cas. Cet article mettait en évidence que la hotline a permis d'éviter un passage au SAU dans 81,4% des cas [31]. Aucun article comparant le nombre de passages au SAU avant et après la mise en service et la diffusion d'un outil téléphonique d'aide à la prise en charge en gériatrie n'a encore été publié. En revanche, la thèse réalisée au CH de Limoges en 2017 a comparé le pourcentage d'admissions appropriées et inappropriées aux urgences de patients âgés de plus de 75 ans adressés par un médecin généraliste, avant et après nouvelle diffusion du numéro de la permanence téléphonique aux médecins de la région. [35] Le caractère approprié ou non de l'admission au SAU était évalué par relecture des dossiers par un examinateur unique pour tous les patients, qui se basait sur la grille Appropriateness Evaluation Protocol français (AEPf) de la Haute Autorité de Santé. Les résultats retrouvaient des groupes avant et après comparables en ce qui concernait la définition d'admission « appropriée » ($p = 0,48494$). Deux résultats ressortent de cette étude :

- D'abord, le nombre d'admissions directes en service de Gériatrie aiguë était significativement majoré de 23,21% après renouvellement de l'information aux médecins généralistes ($p = 0,0011$).
- Ensuite, il y avait significativement plus d'admissions inappropriées au SAU de patients âgés de plus de 75 ans adressés par un médecin généraliste avant nouvelle diffusion du numéro qu'après (33,43% contre 26,39%, $p = 0,000567$).

D'autres études sont à réaliser afin d'étudier l'impact que peuvent avoir les lignes téléphoniques gériatriques sur les passages de personnes âgées au SAU, en termes d'effectifs et d'indications.

III. Points forts et limites de l'étude

Les points forts de cette étude sont :

- Un sujet d'étude encore peu développé dans la littérature médicale, les principales études retrouvées sur ce thème étant des thèses de Doctorat en Médecine, et très peu d'articles publiés dans des revues médicales.
- Des résultats en accord avec les données de la littérature actuellement existantes sur l'évaluation des permanences téléphoniques gériatriques.
- La méthodologie du questionnaire de satisfaction, qui a été construit en suivant les recommandations du guide pratique pour la réalisation d'une étude de satisfaction édité par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, avec utilisation d'un questionnaire court pour optimiser le temps de réponse, ajout d'une question ouverte afin de recueillir les éléments exprimés spontanément par les MT, envoi d'un e-mail personnalisé expliquant les grandes lignes de l'étude à l'ensemble des MT, et envoi de plusieurs relances à intervalle de temps régulier pour maximiser le taux de participation. [40]
- L'anonymat des données concernant les patients hospitalisés a été respecté.

Les limites et biais de cette étude sont :

- Le fait qu'il s'agisse d'une étude monocentrique.
- L'absence de randomisation, puisqu'il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, qui peut être à l'origine de biais de confusion en ne garantissant pas la comparabilité des groupes, comme nous avons pu le constater concernant le sexe des patients, significativement différent entre les groupes.
- Le critère de jugement principal, qui est l'évaluation de la satisfaction des MT par un auto-questionnaire, est un critère subjectif.
- On constate que ce sont régulièrement les mêmes médecins qui appellent la ligne téléphonique. Le fait de connaître les médecins traitants peut impacter sur la prise de décision et le devenir des patients, car cela induit de meilleurs rapports entre les MT et les médecins gériatres en charge de la ligne téléphonique, donc possiblement une perte d'objectivité sur certaines situations.
- Un biais de mémoire : le fait d'avoir adressé le questionnaire à partir du mois de février 2018 pour des appels passés entre mai et novembre 2017 induit que les MT aient pu oublier leurs impressions au moment de l'appel et de la PEC, ou aient pu utiliser la ligne Allo Gériatrie pour d'autres patients entre temps et émettre un avis différent de celui qu'ils auraient donné lors de la première utilisation de la ligne.

- L'absence d'anonymat dans la réponse (l'adresse e-mail du médecin était renseignée dans le questionnaire afin de pouvoir gérer au mieux les relances) qui peut être un frein à l'expression de l'insatisfaction des MT.
- Un biais lié à l'existence de patients admis en CSG sans passer par les urgences ni par la régulation téléphonique. Un troisième groupe constitué de ces patients a été individualisé puis inclus dans les analyses finales devant son grand effectif, afin de limiter justement ce biais. Bien qu'on ne puisse pas connaître la provenance exacte de ces patients du fait de l'anonymat des données, il est probable que la majeure partie soit des patients hospitalisés depuis le domicile, car les analyses statistiques retrouvent des caractéristiques similaires au groupe « Allo Gériatrie », et nous savons que les services de CSG du pôle GeST14, en particulier le CSG de Sainte-Marguerite, avaient déjà pour habitude de travailler en réseau avec les MT du territoire SUD avant la mise en place de la ligne téléphonique. Dans ce cas, on peut s'interroger sur l'intérêt de la ligne Allo Gériatrie dans ce contexte. Il s'avère que, si le service de l'Hôpital Sainte-Marguerite travaillait déjà en réseau avec les MT, le service de la Timone recevait principalement des patients du SAU, et la mise en place de la ligne téléphonique permet donc d'élargir le territoire couvert par la permanence téléphonique. De plus, la ligne téléphonique unique permet une meilleure coordination du travail en réseau et de l'organisation des hospitalisations depuis le domicile, notamment en ce qui concerne la gestion des places.
- Enfin, l'étude ayant été réalisée sur les six premiers mois de la mise en service de la ligne téléphonique Allo Gériatrie, le recul est faible et l'effectif de patients inclus l'est également. De ce fait, les analyses statistiques pour la comparaison des catégories diagnostiques ont été limitées, et l'évaluation de l'impact de la ligne sur les urgences également. Cette étude s'inscrit donc comme première étape d'un travail d'évaluation de la permanence téléphonique, qui mériterait d'être poursuivi sur le plus long terme.

CONCLUSION

Notre enquête confirme l'utilité et l'efficacité d'une régulation téléphonique gériatrique auprès des médecins généralistes, conformément aux données de la littérature. Les médecins ayant utilisé la ligne Allo Gériatrie pour l'hospitalisation directe de patients âgés de plus de 70 ans en sont globalement satisfaits.

Les médecins généralistes bénéficient aussi par l'intermédiaire de cet outil de conseils spécialisés et d'une aide à l'orientation au sein de la filière gériatrique, et en sont également satisfaits.

La ligne téléphonique Allo Gériatrie semble donc faciliter l'accès des professionnels de santé libéraux à la filière gériatrique hospitalière. Le développement et la multiplication de ce type d'outils au sein des courts séjours gériatriques pourraient être bénéfiques pour la pratique de la médecine générale, en permettant de renforcer le lien ville-hôpital et la coordination entre les différents acteurs de soins, et ainsi d'améliorer le parcours de soins de la personne âgée.

Des améliorations restent à apporter en ce qui concerne la communication et la diffusion du numéro de téléphone aux médecins traitants, afin qu'un plus grand nombre de patients puissent bénéficier des services de la ligne téléphonique, et qu'il y ait un impact positif visible sur le parcours de soins des personnes âgées et leur passage au sein du service des urgences, élément sur lequel nous ne pouvons pas conclure actuellement devant le faible effectif de patients de notre étude.

Dans notre étude, le profil des patients hospitalisés par la permanence téléphonique gériatrique est comparable à celui des patients hospitalisés par les urgences en ce qui concerne la sévérité des tableaux cliniques, selon les critères retenus de durée et de valorisation des séjours hospitaliers, mais diffère sur le plan diagnostique. Les patients admis en entrée directe semblent être hospitalisés principalement pour des décompensations de démences et de pathologies onco-hématologiques, alors que ceux issus des urgences semblent l'être principalement pour des motifs vasculaires et infectieux. Ceci tend à justifier la mise en place de permanences téléphoniques gériatriques afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant une indication d'hospitalisation sans nécessité de passage préalable par les urgences.

Enfin, les patients hospitalisés par le biais de la ligne téléphonique tendent à retourner à leur lieu de vie antérieure immédiatement après l'hospitalisation plus fréquemment que ceux hospitalisés depuis les urgences, mais leur devenir à plus long terme n'est pas connu.

Notre travail ouvre sur d'autres perspectives.

Pour compléter l'enquête de satisfaction globale, il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude, en mettant en place l'envoi systématique d'un questionnaire de satisfaction aux médecins directement après leur appel à la ligne téléphonique, afin de s'affranchir du biais de mémoire et d'optimiser le taux de participation.

On pourrait également étudier le devenir des patients hospitalisés par le biais de la régulation téléphonique à plus long terme, en prenant en compte par exemple les ré-hospitalisations, le niveau d'autonomie, la nécessité de mise en place d'aides à domicile ou d'institutionnalisation au décours de l'hospitalisation.

Enfin, il serait intéressant de réaliser de nouveau une étude comparant le nombre de passages de patients âgés de 70 ans et plus au SAU de la Timone, en y ajoutant éventuellement la notion d'admission appropriée ou non, en prenant plus de recul et après avoir renouvelé les campagnes d'information auprès des médecins généralistes du territoire afin d'avoir un effectif de patients plus conséquent.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Doignon Y. Le vieillissement géographique en Méditerranée : Convergences territoriales et spatiales [Thèse de Doctorat d'Université, Géographie]. Aix-Marseille : Université d'Aix-Marseille Faculté de Géographie ; 2016.
- [2] Albertini H, Altéa MJ, Besbes M, *et al.* Tableaux de l'économie française. Collection Insee Références Edition 2018.
- [3] Chauvot N, Pougnaud J. Provence-Alpes-Côte d'Azur : Un million de 75 ans ou plus en 2050. Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur 2017;(47).
- [4] Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. (page consultée le 27/05/18). Évolution et structure de la population en 2014 – Commune de Marseille (13055), [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2874200?sommaire=2874226&geo=COM-13055>
- [5] Jeandel C. Les différents parcours du vieillissement. Les Tribunes de la santé 2005;7(2):25- 35.
- [6] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, *et al.* La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 2011;9(4):387-90.
- [7] Blain H, Bloch F, Borel L, *et al.* Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Collection Expertise collective, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale 2015.
- [8] Fried LP, Tangen CM, Walston J, *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2001;56(3):146-57.
- [9] Rockwood K, Song X, Mc Knight C, *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal 2005;173(5):489- 95.
- [10] Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales – La société française 2006;613-9.
- [11] Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation. Solidarité et Santé 2013;(43).
- [12] Raynaud N. L'entrée en hospitalisation de la personne âgée fragile. Contribution du Directeur des Soins dans l'organisation de cette étape du parcours de soins [Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique] ; 2014.

- [13] Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 2017;(1007).
- [14] Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 2017;(1008).
- [15] Neouze A, Dechartres A, Legrain S *et al.* Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement* 2012;10(2):143-50.
- [16] Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D N° 2002-157 du 18 Mars 2002 Relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
- [17] Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P, *et al.* Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Ministère de la Santé et des Solidarités, France. 2006. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000419.pdf>
- [18] Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Ministère de la Santé et des Solidarités, France. Disponible sur : <http://www.sgca.fr/textes/circfilgeronmars2007.pdf>
- [19] Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 – Article 70. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/12/21/BCRX1125833L/jo/article_70
- [20] Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *La Revue de Gériatrie* 2012;37(9):738-68.
- [21] Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, *et al.* Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). *Annales de Gérontologie* 2008;1(1):17-26.
- [22] Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Library : Database of Systematic Reviews* 2011;(7):1-87.
- [23] Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane Library : Database of Systematic Reviews* 2017;(9):1-108.

- [24] Jeandel C, Aquino JP, Berrut G, *et al.* Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie. Dans: Collège Professionnel des Gériatres Français. Livre Blanc de la Gériatrie française. ESVProduction 2011;94-16.
- [25] Kuffler L. Motivations d'admission par le médecin traitant des personnes âgées de 75 ans et plus dans un court séjour gériatrique [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nice : Université Sophia Antipolis Faculté de Médecine ; 2012.
- [26] Rousseau AC, Bastianelli J (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins. Paris : La Documentation française 2005; Rapport N° 2005 053.
- [27] Decelle G. Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 2011.
- [28] Couderc AL, Gérard C, Fabriès S, *et al.* Infirmière coordinatrice et médecin coordonnateur dans un réseau gérontologique. Soins Gérontologiques 2017;(124):17-23.
- [29] Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste : Evaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. La Presse Médicale 2005;34(12):847-50.
- [30] Maréchal F, Kim BA, Castel-Kremer E, Comte B. Evaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie 2015;15(90):316-22.
- [31] Salles N, Floccia M, Videau MN, *et al.* Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. Journal of the American Geriatrics Society 2014;62(4):782-4.
- [32] Bussy M. Etude de l'impact de l'hospitalisation par la régulation téléphonique sur la prise en charge des patients hospitalisés en médecine gériatrique au CHU de Limoges [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Limoges : Université de Limoges Faculté de Médecine ; 2012.
- [33] Réseau CHU. (page consultée le 27/05/18). Personnes âgées : leurs médecins de ville en contact direct avec l'AP-HM *via* une Hotline, [en ligne]. <https://www.reseau-chu.org/article/personnes-agees-leurs-medecins-de-ville-en-contact-direct-avec-lap-hm-via-une-hotline/>
- [34] Perlat A, Frin M, Decaux O, *et al.* Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. La Revue de Médecine Interne 2010;31(11):776-9.

- [35] Alais M. Admissions inappropriées des personnes âgées aux urgences : impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Limoges : Université de Limoges faculté de Médecine ; 2017.
- [36] Alimi J. Une ligne téléphonique ville-hôpital pour la prise en charge des personnes âgées : quelle utilisation par les médecins généralistes du territoire ? Expérience de l'unité de gériatrie aiguë de l'hôpital Beaujon à Clichy-la-Garenne (92) [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris: Université Paris Diderot Faculté de Médecine ; 2014.
- [37] Bohyn E. La Prise en charge des « situations complexes » chez les personnes âgées de 75 ans et plus, vues à leur domicile par SOS Médecins Grenoble et susceptibles de nécessiter une hospitalisation : étude de faisabilité d'un outil d'aide au repérage et d'une régulation téléphonique par les équipes gériatriques hospitalières [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Faculté de Médecine ; 2009.
- [38] Favre J, Maunoury T. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences ? Une étude prospective en court séjour gériatrique. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2014.
- [39] Dijon J. Comparaison de deux modes d'hospitalisation en gériatrie soit directement grâce à une ligne téléphonique soit après un passage aux urgences [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] Saint-Etienne : Université Jean Monnet Faculté de Médecine Jacques Lisfranc ; 2017.
- [40] Secrétariat Général pour la modernisation de l'action publique. (page consultée le 30/01/18). Une approche renouvelée des études de satisfaction – Guide pratique pour réaliser don étude de satisfaction pas à pas, [en ligne]. http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/guide_partie_pratique.pdf

ANNEXE 2 : Réponses individuelles au questionnaire de satisfaction

Médecins dont les patients ont été hospitalisés après l'appel :

Questionnaire médecin 1 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Il faut faire connaître cet outil plus largement par mail, courrier, voire par téléphone ou bien par Améli le portail Pro pour ceux qui l'utilisent

Questionnaire médecin 2 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 3 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Très bonne initiative pour la communication ville-hôpital, à développer

Questionnaire médecin 4 :

Question 1 : Autre : GCS-PGAM

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Cet outil est opérationnel et efficace, non seulement en pratique de médecine libérale mais aussi pour les EHPAD

Questionnaire médecin 5 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Non

Question 5 : Un délai de réponse assez long pour fixer une date d'hospitalisation

Questionnaire médecin 6 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 7 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 8 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 9 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Ne se prononce pas

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 10 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 11 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Ne sait pas

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 12 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Ne se prononce pas

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 13 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 14 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Cet outil permet d'éviter un passage par les urgences parfois préjudiciable pour le patient et pour le service d'urgences. Réactivité. Conseil pour une situation parfois compliquée. Un bon outil

Questionnaire médecin 15 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aspect positif primordial de pouvoir dialoguer directement avec un confrère sans intermédiaire ni temps d'attente. Délai de réponse pourrait être un peu raccourci car les appels se font le plus souvent au domicile des patients qui sont impatients d'une réponse, mais on connaît (et comprend) les problématiques de lit à hôpital

Questionnaire médecin 16 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 17 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 18 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 19 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 20 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 4 : Oui

Question 5 : Manque de retour sur la suite de la prise en charge, on ne sait pas immédiatement ce qui a été fait en pratique suite à l'appel. Suggestion : recevoir un mail confirmant l'entrée du patient en service

Questionnaire médecin 21 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Ne se prononce pas

Question 4 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Médecins dont les patients n'ont pas été hospitalisés après l'appel :

Questionnaire médecin 1 :

Question 1 : Par un confrère médecin généraliste

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 2 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 3 :

Question 1 : Autre : ne sait plus

Question 2 : Ne sait pas

Question 3 : Ne se prononce pas

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 4 :

Question 1 : Autre

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Outil efficace et équipe disponible

Questionnaire médecin 5 :

Question 1 : Autre

Question 2 : Ne sait pas

Question 3 : Non

Question 5 : Appel sans suite

Questionnaire médecin 6 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 7 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 8 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Délai de réponse un peu long

Questionnaire médecin 9 :

Question 1 : Autre : lors d'un stage aux urgences Timone Adultes, dans le cadre de mon internat

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Point positif : médecin agréable au téléphone, disponible, professionnelle, compétente et réactive

Questionnaire médecin 10 :

Question 1 : Par un confrère médecin généraliste

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Je n'ai eu qu'une expérience, mais qui m'a paru positive. Il faut continuer dans cette voie pour renforcer le lien ville-hôpital

Questionnaire médecin 11 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 12 :

Question 1 : Par le biais d'une information téléphonique

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 13 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Plutôt satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Aucun commentaire

Questionnaire médecin 14 :

Question 1 : Par le biais d'une information écrite (annotation sur les comptes rendus d'hospitalisation, presse écrite...)

Question 2 : Très satisfait

Question 3 : Oui

Question 5 : Une aide précieuse qui vient compléter l'excellent travail du réseau gérontologie et l'hôpital de jour

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

La population française vieillit, et la fréquentation des services d'urgences par les personnes âgées est de plus en plus importante. De nombreux patients y sont adressés en vue d'une hospitalisation, bien que cela ne soit pas toujours indiqué par le contexte clinique, car les médecins généralistes peinent à adresser leurs patients en hospitalisation directe. En mai 2017, le pôle de gériatrie GeST14 de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a mis en place une ligne téléphonique nommée « Allo Gériatrie », qui permet aux médecins généralistes de contacter directement un médecin gériatre.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes ayant fait hospitaliser un patient par le biais de cet outil. Les objectifs secondaires sont de comparer les caractéristiques des patients admis en entrée directe ou par les urgences, et d'évaluer l'impact qu'a eu la permanence téléphonique sur le nombre de passages de patients âgés aux urgences de l'hôpital La Timone.

Une enquête de satisfaction composée d'un questionnaire a été adressée aux médecins traitants ayant fait hospitaliser un patient de plus de 70 ans par le biais de la ligne téléphonique dans les 6 premiers mois de sa mise en service. Une étude observationnelle rétrospective comparant les patients de plus de 70 ans hospitalisés entre le 3 mai et le 3 novembre 2017 depuis le SAU ou en entrée directe a été réalisée.

Vingt-neuf médecins (72,4%) ont répondu au questionnaire, 66,7% se sont déclarés « très satisfaits » et 28,6% « plutôt satisfaits » de l'utilisation de la ligne téléphonique.

Par ailleurs, 601 patients ont été inclus dans l'étude observationnelle : 55 dans le groupe « Allo Gériatrie », 418 dans le groupe « Urgences » et 128 dans le groupe « Autre ». Les patients étaient âgés en moyenne de 86 ans [IC 95%, 86.23-87.29 ; $p = 0,146$]. La sévérité clinique était comparable entre les groupes selon les critères de durée de séjour, en moyenne de 13 jours [IC 95%, 1.41-13.73 ; $p = 0,651$] et de valorisation du séjour, en moyenne de 5470 euros [IC 95%, 5301.646-5638.531 ; $p = 0,693$]. Les profils diagnostiques des patients étaient significativement différents ($p < 0,05$) : ceux admis depuis les urgences semblaient l'être plus pour des pathologies infectieuses, des AVC ou d'autres maladies cardiovasculaires, et ceux admis depuis le domicile plus pour des décompensations de démences ou de pathologies onco-hématologiques. Les patients hospitalisés *via* l'outil Allo Gériatrie avaient tendance à retourner plus souvent à leur lieu de vie antérieur que les autres ($p = 0,069$). Enfin, on ne notait pas de diminution du nombre de passages de patients âgés aux urgences de la Timone dans les 6 mois suivant la mise en place de la ligne téléphonique.

La permanence téléphonique gériatrique satisfait aux attentes des médecins généralistes, et permet d'améliorer le lien ville-hôpital. Les profils diagnostiques des patients hospitalisés diffèrent selon leur provenance, et cela justifie le développement de permanences téléphoniques gériatriques pour des profils ciblés.

Mots clés : personne âgé, permanence téléphonique, satisfaction, médecin généraliste, urgences, gériatrie.

ABSTRACT

The French population is getting older, and the attendance of the emergency department by the elderly is becoming more important. Many patients are sent there to be hospitalized although it is not always indicated by the clinical context, because general practitioners have difficulty in sending their patients in direct hospitalization. In May 2017, the geriatric pole GeST14 within the Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille set up a hotline called « Allo Gériatrie » which allows the general practitioners to contact a geriatrician directly.

The main objective of this study is to assess the satisfaction of the general practitioners who used the hotline to have one of their patients hospitalized. The secondary objectives are to compare the characteristics of patients whether they were hospitalized from the emergency or directly from home, and to estimate the impact the hotline may have had on the number of elderly patients attending the emergency department of La Timone Hospital.

A satisfaction survey consisting in a questionnaire was sent to the general practitioners who had used the hotline in the first 6 months to hospitalize patients aged 70 and more. A retrospective observational study was conducted to compare the patients aged 70 and more hospitalized from the emergency department or from home between May 3rd and November 3rd, 2017.

Twenty-nine doctors (72.4%) answered the questionnaire, 66.7% were « very satisfied » and 28.6% were « rather satisfied » with the use of the hotline.

Besides, 601 patients were included in the observational study: 55 in the group « Allo Gériatrie », 418 in the group « Emergency » and 128 in the group « Other ». Patients were 86 years old on average [IC 95%, 86.23-87.29; $p = 0.146$]. The clinical severity was comparable between the groups according to two criteria: the length of the stay, 13 days on average [IC 95%, 1.41-13.73; $p = 0.651$], and the cost of the stay, 5470 euros on average [IC 95%, 5301.646-5638.531; $p = 0.693$]. The diagnoses were significantly different between the groups ($p < 0.05$): the patients hospitalized from the emergency department seemed to have more infectious pathologies, strokes and other cardiovascular diseases, whereas those hospitalized from home seemed to have more dementia or onco-haematological pathologies decompensations. The patients hospitalized *via* the hotline tended to return home more often than the others ($p = 0.069$). Finally, we did not notice any decrease in the number of elderly people attending the emergency department of La Timone Hospital after the first 6 months the hotline had been set up.

The geriatric hotline satisfies the general practitioners and helps improve the city-hospital link. The diagnoses differ from one patient to another whether they come from home or from the emergency department. Therefore, the development of geriatric hotlines for specific profiles of patients is justified.

Key words: elderly people, hotline, satisfaction, general practitioner, emergency department, geriatric unit.