



HAL
open science

De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var

Julie Casabianca

► To cite this version:

Julie Casabianca. De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02169811

HAL Id: dumas-02169811

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169811>

Submitted on 1 Jul 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 des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient
gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens
hospitaliers du Var**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Avril 2019

Par Madame Julie CASABIANCA

Née le 13 janvier 1990 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) GUIDA Pierre

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- 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 Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

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

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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
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)

PROFESSEURS EMERITE

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	RUF0 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	VIALETTE 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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
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

MATHIEU Marion
REVIS Joana

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)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-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 Médicale
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)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
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)
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)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

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 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) Disponibilité
 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)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (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)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

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)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-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)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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 Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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)
 CHRETIEN Anne-Sophie (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 D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; 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)

IMMUNOLOGIE ; 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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; 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)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**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)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

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

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

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)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (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)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**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)

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 (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

UROLOGIE 5204

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

Remerciements

Aux membres du Jury,

À mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Pierre GUIDA,

Je vous remercie de m'avoir formée, accompagnée, et soutenue dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Votre implication dans l'enseignement de la médecine générale est un exemple pour tous.

Veillez accepter l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie pour la pédagogie dont vous faites preuve auprès des étudiants et pour l'enthousiasme avec lequel vous nous faites profiter de vos enseignements. J'en garde un excellent souvenir.

Veillez accepter l'expression de ma profonde estime.

À Monsieur le Professeur Patrick DISDIER

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Roland SAMBUC

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Mattéo, Mon fils, non tu n'as pas facilité la rédaction de ce travail... Quoique, tu as quand même bien voulu t'endormir plus tôt, faire des siestes et des temps calmes... Je suis si fière de toi. Mon trésor, tu es de loin la plus belle chose qui me soit arrivée. J'apprends tant à tes côtés. Je ne connais rien qui ne me fasse plus de bien que ton rire. Je t'aime « à l'infini et au-delà »...

À Maman, Merci. Pour tout et tout le temps. Je n'ai jamais été avare de déclarations avec toi. Ma reconnaissance déborde, à l'image de la confiance que tu me portes et qui me porte. Tu es modèle, mon pilier. Qu'est ce que j'aurais fait sans toi ...

À Papa et Evelyne, milles mercis. J'ai été portée par votre amour, votre soutien, et les valeurs du travail que vous m'avez transmises.

À mes grands-parents maternels que j'aime tant.

À mes grands-parents paternels qui me manquent.

À Éric, mon Coucounou. Je me souviendrai toujours de ta joie le jour des résultats. Quel souvenir. Parmi tant d'autres... Merci.

À Renaud, le souvenir de ces études ne peut être dissocié de toi. Sans ton soutien je n'en serai pas là. Milles mercis, pour tout.

À Frédérique, Laërte, Andrée et Jean Claude, merci du fond du cœur pour votre accueil, votre bienveillance et votre aide tout au long de ces années. Frédérique, merci pour le coup de main sur ce travail, c'est un peu moins la honte grâce à vous !

À mes frères et sœurs, de sang et de cœur,

Thomas, mon grand frère, je t'aime

Pascal, Nathalie

Emma, par peur des représailles, je préfère écrire ton nom, avec quelque chose de personnalisé : prout.

Grand Thomas, Christine, je ne connais pas de personnes plus gentilles et bienveillantes que vous. Vous êtes un exemple pour moi.

À Fabrice, mes oncles et mes tantes, mes neveux et mes nièces c'est toujours une grande joie de vous retrouver et de partager du temps avec vous.

À mes amis de toujours, Sarah Alex et France. Quel bonheur de vous avoir à mes côtés. La famille de l'amitié va bientôt s'agrandir... Je vous attends les petits loulous !

À Damien, Pauline, Chong, Alizé, Doriane, Margaux, Clara, qui ont accompagné mes plus belles soirées marseillaises. Et bien plus encore...

À Myriam. Durant ces années d'études, j'ai fait la rencontre d'une Amie... et d'une secrétaire. Un soutien sans faille, pendant l'externat et l'internat. Les bons souvenirs ne manquent pas, et ce n'est que le début... Un long début parce que ces études sont un peu longues... bref, ça fait déjà un moment que j'ai la chance de t'avoir !

À Céline. Tu as rendu notre premier semestre plus beau, plus drôle. Le trio de la famillus. Ton premier conseil, au tout début de mon internat, était de loin le meilleur que j'ai reçu : « Google est ton meilleur ami ». Pour ça, et pour le reste, merci.

À Valérie, mon ancienne et (probable) future co-worker. Ok, ça peut valoir le coup, juste pour rire encore avec toi !

À mes copines du handball et du rugby, une bande de folles, indispensables pour décompresser. Merci de votre soutien !

Aux professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, aux côtés de qui j'ai tant appris et apprends encore.

Au Docteur Éric Placidi. Ta passion pour la médecine, et l'humanité avec laquelle tu l'exerces a été une vraie inspiration pour moi.

Aux patients, qui sont nos maîtres et nous font progresser chaque jour.

À la vie ...

Table des matières

I.	Introduction	3
1.	Objectifs de l'étude	3
2.	Contexte	4
2.1.	Le vieillissement de la population.....	4
2.2.	Conséquences du vieillissement sur la consommation de soin	5
2.3.	Le patient âgé dans un service d'Accueil des Urgences	6
2.4.	La filière d'admission directe	7
II.	Matériel et méthode	8
1.	Choix de la méthode.....	8
2.	Recrutement des participants	9
3.	Le guide d'entretien	12
4.	Déroulement des entretiens.....	13
5.	Analyse des données	14
III.	Résultats.....	16
1.	Présentations des échantillons	16
1.1.	L'échantillon « médecins libéraux »	17
1.2.	L'échantillon « médecins hospitaliers »	20
2.	Facteurs influençant l'utilisation d'une filière d'admission directe	22
2.1.	La relation ville-hôpital et la coordination des soins	22
2.1.1.	Mauvaise qualité de la relation ville-hôpital.....	22
2.2.3.	Un réseau défaillant.....	28
2.2.4.	Etablir le contact : une tâche difficile et chronophage.....	30
2.2.5.	Des refus décourageants.....	35
2.2.6.	Contraintes propres aux deux modes d'exercice	37
2.2.	Le manque de place.....	42
2.3.	Le motif d'admission	50
2.3.1.	Motifs nécessitant un passage par les urgences	50
2.3.2.	L'hospitalisation pour motif social	54
2.3.3.	Motifs facilitant le passage par une filière d'admission directe.....	56
2.4.	La difficulté d'accès au plateau technique.....	58
2.5.	Le manque de personnel	62
2.6.	La volonté du patient et de sa famille.....	67
3.	Impact du lieu d'exercice	71
3.1.	Des avis divergents.....	71

3.2. L'exception du Golfe de Saint Tropez	73
4. Intérêt de la filière d'admission directe : un avis unanime, ou presque	76
4.1. Alternative à un passage par les urgences jugé délétère	76
4.2. Un moyen de désengorger les urgences.....	80
4.3. Une meilleure coordination des soins.....	81
4.4. Des doutes exprimés.....	82
5. Mesures proposées pour améliorer la filière d'admission directe	85
5.1. Développer des outils facilitant la communication	85
5.1.1. Des moyens d'information	85
5.1.2. Une ligne téléphonique directe	87
5.1.3. Une plateforme téléphonique.....	89
5.1.4. Une fiche de liaison.....	91
5.2. Augmenter le nombre de lits disponibles	92
5.2.1. Majorer la capacité d'accueil des services hospitaliers.....	92
5.2.2. Réserver des lits à l'admission directe.....	93
5.2.3. Faciliter les sorties d'hospitalisation.....	94
5.3. Faciliter l'accès aux examens paracliniques	96
5.4. Augmenter les moyens humains	96
IV. Discussion	99
1. A propos de la méthode et des entretiens	99
2. A propos de l'objectif principal	104
3. A propos de l'objectif secondaire	113
4. Propositions de travaux futurs	120
V. Conclusion.....	122
VI. Bibliographie	124
VII. Annexes.....	132
1. Guides d'entretiens.....	132
1.1. Guide d'entretien avec les médecins hospitaliers	132
1.2. Guide d'entretien avec les médecins généralistes libéraux.....	134
2. Entretiens hospitaliers	136
3. Entretiens libéraux	201
4. Abréviations	270

I. Introduction

1. Objectifs de l'étude

Au cours de mes études, j'ai plusieurs fois été confrontée à la difficulté de la prise en charge de la personne âgée fragile. Tout d'abord en tant qu'interne au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'hôpital de la Timone, à Marseille. Comme dans tous les autres SAU, et en particulier en période hivernale, l'attente est longue, le personnel débordé, les conditions d'accueil et de confort difficiles. Nous avons tous eu la douloureuse expérience de voir une personne âgée patienter trop longtemps sur un brancard, sans avoir les moyens de mieux agir. J'ai pu constater à plusieurs reprises que des patients avaient recours aux SAU dans le seul but d'initier une hospitalisation. Lors du semestre effectué en médecine générale ambulatoire, je me suis confrontée cette fois à l'exercice de la coordination des soins. La difficulté d'organiser une hospitalisation par admission directe dans un service était d'autant plus grande que le patient était âgé et poly pathologique. Enfin, j'ai bénéficié d'un stage dans un service de médecine polyvalente. Les patients étaient pour beaucoup des patients âgés fragiles. Le recrutement se faisait essentiellement via le SAU et par entrée directe chaque fois que nous le pouvions. J'ai pu mesurer en partie les difficultés inhérentes à la pratique de la médecine hospitalière. Là encore, des patients âgés auraient pu bénéficier d'une hospitalisation sans passage préalable par le SAU. Nous nous sommes donc demandé comment mieux développer une filière d'admission directe. C'est ainsi qu'est né ce sujet : « de la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique : ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var ».

L'objectif principal est d'identifier auprès des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers de services de gériatrie ou de médecine polyvalente, les facteurs limitant l'admission directe d'un patient âgé dans le Var.

L'objectif secondaire est d'identifier les outils proposés par les médecins pour améliorer ce type de filière.

Pour cela, nous avons choisi de mener une étude qualitative, avec des entretiens individuels et semi-structurés, auprès des médecins généralistes et hospitaliers du Var.

L'intérêt de ce travail est de pouvoir ensuite proposer des solutions adaptées aux difficultés identifiées, pour une meilleure prise en charge du patient âgé fragile. Développer l'admission directe peut également participer à désengorger les SAU.

Ce travail répond à un problème d'actualité aux enjeux multiples : médical, social, économique et éthique.

2. Contexte

2.1. Le vieillissement de la population

Bien que le terme « vieillesse » connaisse plusieurs définitions, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en France, cela concerne un peu plus de 13 millions de personnes soit 20,3 % de la population en 2019 (1).

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la part des plus de 65 ans serait de 26% en 2040. La France devrait compter 76,5 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070 ; par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4

millions). La population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions) (2).

Le département du Var est particulièrement concerné par le vieillissement de la population : en 2015, près de 260 000 personnes ont plus de 65 ans, soit 24,6 % de la population varoise, pourcentage parmi les plus hauts de France. L'indice de vieillissement y est également très élevé : 115,6 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans, alors que l'indice de vieillissement national est de 76,1 (3).

2.2. Conséquences du vieillissement sur la consommation de soin

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle, le patient gériatrique est le plus souvent un patient de plus de 75 ans, avec des besoins spécifiques en rapport avec une fragilité importante ou un état polyopathologique (4). Il est à risque de perte d'autonomie ou d'aggravation de dépendance (5).

En présence de critères de fragilité (5), l'âge seul n'a plus d'effet significatif sur les dépenses de santé (6) . Si ces dépenses de santé sont essentiellement plus élevées pour les personnes âgées, c'est que le vieillissement est synonyme d'une prévalence plus élevée des maladies chroniques, de la fragilité, et des limitations fonctionnelles entraînant une perte d'autonomie.

Il est prouvé qu'en Europe, les personnes âgées fragiles consomment plus de soins (7–10).

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (11), en 2008, en France, les plus de 65 ans qui représentent alors 16,4% de la population, totalisent 57% du nombre total de journées d'hospitalisation et 38% du nombre de séjours. Les durées moyennes de séjour sont deux fois plus élevées après 85 ans qu'avant 65 ans. Toujours selon le même rapport, les dépenses de santé d'une personne âgée de plus de 80 ans sont de 3,2 fois supérieure à la moyenne et 3,7 fois supérieure en ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation.

2.3. Le patient âgé dans un service d'Accueil des Urgences

Il y a une augmentation, tous âges confondus, du recours aux SAU (12). La personne âgée se rend de manière plus fréquente aux urgences (10,13,14). A partir de 70 ans, le taux de recours aux SAU augmente fortement pour dépasser les 40% à 80 ans, alors qu'il n'est que de 15% pour toutes les tranches d'âges situées entre 30 et 70 ans (11).

Le passage aux urgences est un événement stressant pour la personne âgée. Les conditions d'accueil et le manque de personnel ne permettent pas une prise en charge adaptée à la fragilité de la personne âgée. Il sont reconnus comme pouvant être délétères.

Le temps d'attente (15) et de passage (11,13,16) y est plus long. La prise en charge n'y est pas toujours adaptée, notamment par la difficulté à dépister des troubles cognitifs (17). Le taux d'évènements indésirables à la sortie d'un SAU est plus important (13), et est associé à un déclin fonctionnel plus prononcé (18).

La personne âgée représente une charge de travail non négligeable pour le personnel du SAU. En plus du temps de passage important, la personne âgée nécessite davantage d'actes de soins et d'examen complémentaires (16,19), ce qui peut participer à la désorganisation de ces services.

Le passage par un SAU semble représenter un moyen privilégié d'admission en hospitalisation. A l'issue du passage aux urgences, « 56 % des patients âgés sont hospitalisés [...] la probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans, toutes choses égales par ailleurs » (19). Le recours aux urgences pour les entrées en hospitalisation représente en moyenne 41% des séjours pour les personnes âgées de plus de 80 ans (11).

2.4. La filière d'admission directe

Hospitaliser un patient âgé directement dans le service, sans passage préalable par un SAU est une alternative soutenue par les textes officiels depuis plusieurs années.

Tout d'abord avec la première circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques « L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique » (20). Elle est rappelée avec la circulaire DHOS du 28 mars 2007 (21) et constitue une des missions des services de Court Séjour Gériatrique (CSG).

Des études se sont intéressées aux bénéfices de l'admission directe. Comparée à une admission via un SAU, les patients admis directement dans le service présentent des rétentions aiguës d'urine moins fréquentes (22), des durées moyennes d'hospitalisation plus courtes (22), plus de retour à domicile sans majoration des aides (23) et un déclin fonctionnel à la sortie moins important (18). Les patients qui ont dû être réhospitalisés l'ont été moins rapidement après un séjour avec admission directe (22).

II. Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée après entretiens individuels, semi-structurés, auprès de médecins généralistes exerçant dans le département du Var d'une part, et d'autre part auprès de praticiens hospitaliers, gériatres ou généralistes, exerçant dans un service de CSG ou de médecine polyvalente dans les établissements hospitaliers publics du même département.

La méthode qualitative s'est naturellement imposée pour explorer la question de recherche puisqu'il s'agit là d'analyser des ressentis, des comportements, des expériences de terrain (24). En effet, la recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer, notamment dans l'étude des processus relationnels (par exemple ici la relation ville-hôpital) et des processus décisionnels (ici, comment les médecins décident-ils de faire admettre un patient directement en service ?). (25)

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou mesurer mais plutôt à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. (24)

Contrairement à la recherche quantitative qui teste des hypothèses et étudie des relations causales entre des variables, la recherche qualitative permet de créer des hypothèses et s'attache à la compréhension du contexte et à l'étude des sujets dans leur environnement.

Les entretiens sont semi-structurés avec l'aide d'un guide d'entretien. Les questions ne sont pas nécessairement posées dans un ordre préétabli. L'enquêteur est libre d'aborder spontanément d'autres questions. L'objectif est de laisser au maximum le participant s'exprimer librement, tout en le dirigeant pour que le débat

reste centré sur le sujet et que toutes les questions soient abordées à l'issue de l'entretien.

Afin que cette étude soit menée avec rigueur on s'est attaché à ce qu'elle réponde au mieux aux critères de qualité selon deux grilles :

- La grille « COREQ » (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) qui est référencée comme étant une grille évaluant la qualité d'une recherche qualitative. (26)
- La grille « Côté-Turgeon » qui est une grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (25).

La rédaction du guide d'entretien, la collecte des données et leurs analyses sont effectuées par une seule personne, l'auteur de la thèse.

2. Recrutement des participants

Concernant les médecins généralistes libéraux, les participants sont recrutés par appels téléphoniques. Le recrutement n'est pas réalisé totalement au hasard. L'objectif n'est pas d'avoir un échantillon représentatif, mais d'avoir un échantillon de médecins ayant des caractéristiques aussi différentes que possible, pour obtenir un panel de réponses le plus large possible. C'est ce qu'on appelle un échantillonnage en recherche de variation maximale.

Pour une zone géographique définie subjectivement, les médecins sont appelés les uns après les autres jusqu'à obtention d'une réponse favorable. Une répartition homogène sur le territoire du Var est recherchée en adaptant au fur et à mesure des entretiens la localité de recrutement. Les données collectées lors de la partie quantitative permettent également d'orienter le recrutement pour les entretiens

suivants. Les critères qui peuvent être alors anticipés sont notamment le sexe du praticien et l'exercice en groupe ou non, puisqu'il s'agit de données facilement vérifiables sur annuaire/internet.

Le recrutement des médecins libéraux est interrompu à saturation des données, c'est-à-dire lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments, et lorsqu'un maillage géographique acceptable est obtenu.

Concernant les médecins hospitaliers, ils doivent être praticiens généralistes ou gériatres, exerçant dans un CSG ou dans un service de médecine polyvalente du département rattaché à un centre hospitalier public.

Les services de médecine polyvalente sont inclus pour tenir compte de la réalité du terrain. En effet, les hôpitaux dit « de périphérie » ne sont pas toujours pourvus d'un CSG et au vu de la demande importante de soins, ce sont les services de médecine polyvalente qui sont le plus souvent responsables de la prise en charge de la patientèle âgée, en atteste la moyenne d'âge dans ces services.

Pour une répartition géographique homogène et une meilleure visualisation des différentes pratiques, au moins un médecin a été interrogé pour chaque service existant dans le département. Ils sont contactés par téléphone ou par mail. Les services de médecine polyvalente appartenant à une structure disposant déjà d'un court séjour gériatrique ne sont pas retenus.

Ainsi les services concernés sont :

- Service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Jean Marcel à Brignoles.
- CSG du Centre Hospitalier de la Dracénie à Draguignan.
- CSG du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus / Saint-Raphaël à Fréjus.
- Service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Golf de Saint Tropez à Gassin.

- CSG du centre Hospitalier d'Hyères les Palmiers, localisé dans le bâtiment principal.
- CSG du centre Hospitalier d'Hyères Les Palmiers, dit « Court Séjour Riondet » au centre de Gériatrie Riondet.
- CSG de l'Hôpital Sainte Musse du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne sur mer (CHITS) à Toulon.
- Service de médecine polyvalente de l'Hôpital George Sand du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne sur mer (CHITS) à la Seyne sur mer.

Que ce soit pour les médecins généralistes ou pour les médecins hospitaliers, la demande de rendez-vous par téléphone est standardisée :

« Bonjour, je m'excuse de vous déranger quelques minutes, Julie CASABIANCA, je suis interne en médecine générale dans le Var. Je travaille actuellement ma thèse, qui porte sur le ressenti des médecins généralistes et hospitaliers du Var sur la difficulté que l'on rencontre pour faire hospitaliser de manière directe les personnes âgées. J'espérais donc que l'on puisse se rencontrer et justement discuter de votre expérience et de vos ressentis sur ce sujet. »

La demande par mail, pour les médecins hospitaliers, lorsqu'ils n'étaient pas joignables par téléphone, est elle aussi standardisée :

« Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de la réalisation de ma thèse de Médecine Générale qui porte sur l'admission directe non programmée des patients âgés.

Elle s'intitule « de la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique : ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var ».

J'interroge les médecins généralistes d'une part, et au moins un praticien de chaque service de Gériatrie ou de médecine polyvalente du Var.

Je cherche donc à joindre un praticien hospitalier du service de médecine gériatrique de votre établissement (ou un praticien du service de médecine polyvalente) et pouvoir organiser avec lui un entretien.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à la présente demande. »

3. Le guide d'entretien

Les entretiens sont guidés par un canevas d'entretien préparé en amont. Deux guides d'entretiens sont réalisés « en miroir » pour chacun des deux types de médecins interrogés : libéral et hospitalier (consultables en annexe). Ils comportent 4 parties :

- La première partie est une courte introduction présentant le sujet de la thèse et les modalités de réalisation de l'entretien : enregistré, anonymisé. Il est rappelé qu'il s'agit d'une discussion autour de l'expérience personnelle du médecin, et en aucun cas d'un questionnaire auquel il faut répondre « correctement ».
- La deuxième partie expose une vignette clinique simple et fréquemment retrouvée en pratique courante. Elle permet à la fois de contextualiser le sujet, de susciter des souvenirs chez les médecins interrogés, et de servir de trame pour recentrer le débat en cas de réponse s'éloignant du sujet. La présentation de la vignette clinique aboutit sur une question de prise charge personnelle : « Généralement, que faites-vous dans cette situation ? ».

- La troisième partie est composée de questions ouvertes et de phrases de relance en cas de réponses fermées. Il ne s'agit pas seulement d'un questionnaire, mais surtout d'une liste de thèmes à aborder. Les questions servent d'amorce à la discussion et d'aide pour recentrer le débat en cas de divergence trop importante avec le sujet. Dans cette troisième partie, des questions libres non prévues par le guide d'entretien peuvent être ajoutées en fonction des échanges verbaux et non verbaux obtenus avec les différents médecins interrogés.
- La quatrième partie est un questionnaire quantitatif concernant les médecins interrogés : sexe, âge, localité et années d'exercice. Dans les groupes des médecins hospitaliers, l'existence ou non d'une ligne directe est précisée. Concernant les médecins généralistes libéraux, il est demandé le type d'exercice : seul ou en groupe, avec ou sans secrétariat, consultations avec ou sans rendez-vous, et enfin réalisation ou non de visites à domicile. Ces caractéristiques peuvent être recueillies au cours ou en fin d'entretien, selon le déroulement de ce dernier. Ces informations permettent de qualifier l'échantillon de médecins interrogés mais également orienter le recrutement des médecins pour les entretiens suivants.

4. Déroulement des entretiens

Après la prise de contact et un accord de participation à l'étude obtenu, un rendez-vous est fixé selon les disponibilités de l'interviewé. Aucun rendez-vous téléphonique n'est proposé. Les entretiens sont individuels et se sont donc déroulés en tête à tête, dans le bureau du médecin interrogé. Après accord de ce dernier, les entretiens sont intégralement enregistrés par dictaphone numérique de marque Olympus WS-831. Celui-ci est disposé dans une boîte, mis à l'écart du champ de vision du médecin interrogé. Le but est de rendre le dispositif plus discret pour limiter le biais de déclaration lié à la sensation d'être enregistré et donc d'obtenir une parole plus libre.

Des notes sont prises au cours des entretiens. Elles permettent d'identifier les idées évoquées par le médecin interrogé afin de le relancer facilement, sans pour autant l'interrompre. Au cours des échanges, une importance particulière est accordée à la reformulation des propos du médecin, dans le but de synthétiser et de s'assurer que les ressentis exprimés ont bien été compris.

Après chaque entretien, une relecture avant analyse des données n'est pas demandée. En revanche, il est systématiquement proposé à l'interviewé de pouvoir récupérer un exemplaire de la thèse une fois celle-ci terminée.

5. Analyse des données

Les entretiens sont intégralement retranscrits, les uns après les autres et dans un délai maximal de 72 heures après enregistrement. Ce délai relativement court permet de rapporter avec le plus de justesse possible les éléments de langage non verbaux constatés aux cours des différents entretiens, et de limiter ainsi les biais de mémoire.

Afin de respecter l'anonymat, la lettre « H » est attribuée aux médecins hospitaliers, la lettre « L » pour les médecins généralistes libéraux. Puis les entretiens sont numérotés. Ainsi « H1 » correspond au médecin hospitalier numéro 1. Les initiales de l'enquêteur « JC » sont utilisées pour distinguer ses interventions.

L'analyse des données en recherche qualitative naît d'un processus inductif, défini comme une « démarche intellectuelle consistant à rechercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers. Elle procède par inférence probable, c'est-à-dire en déduisant des lois par généralisation des observations. »
(27)

L'analyse des données a été réalisée par une seule personne, l'enquêteur, selon la méthode de la théorie ancrée qui est une « méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain. » (27)

Le codage est réalisé manuellement, à partir du logiciel de traitement de texte Word, en utilisant l'outil « commentaire » qui permet de lier chaque phrase à son code, dans une colonne à la droite du texte. Ainsi chaque phrase ou groupement de phrases est analysé dans le sens chronologique et étiqueté/codé selon sa signification. Puis les textes sont découpés en fragments, les codes sont extraits du texte initial avant d'être réagencés en sous-catégorie, puis en catégorie et thèmes jusqu'à la proposition d'une théorie explicative.

Plusieurs lectures fines des verbatims sont nécessaires pour ce travail de codage. Il est réalisé au fur et à mesure de l'avancée des entretiens.

III. Résultats

1. Présentations des échantillons

Le recrutement téléphonique s'est déroulé entre le 1^{er} octobre et le 14 décembre 2018. Les entretiens hospitaliers et libéraux ont eu lieu entre le 10 octobre et le 20 décembre 2018.

Au total, 14 entretiens avec des médecins libéraux, et 9 entretiens avec des médecins hospitaliers ont pu être menés. L'ensemble des entretiens est présenté en annexe.

La méthode de recrutement utilisée a permis une répartition géographique satisfaisante.

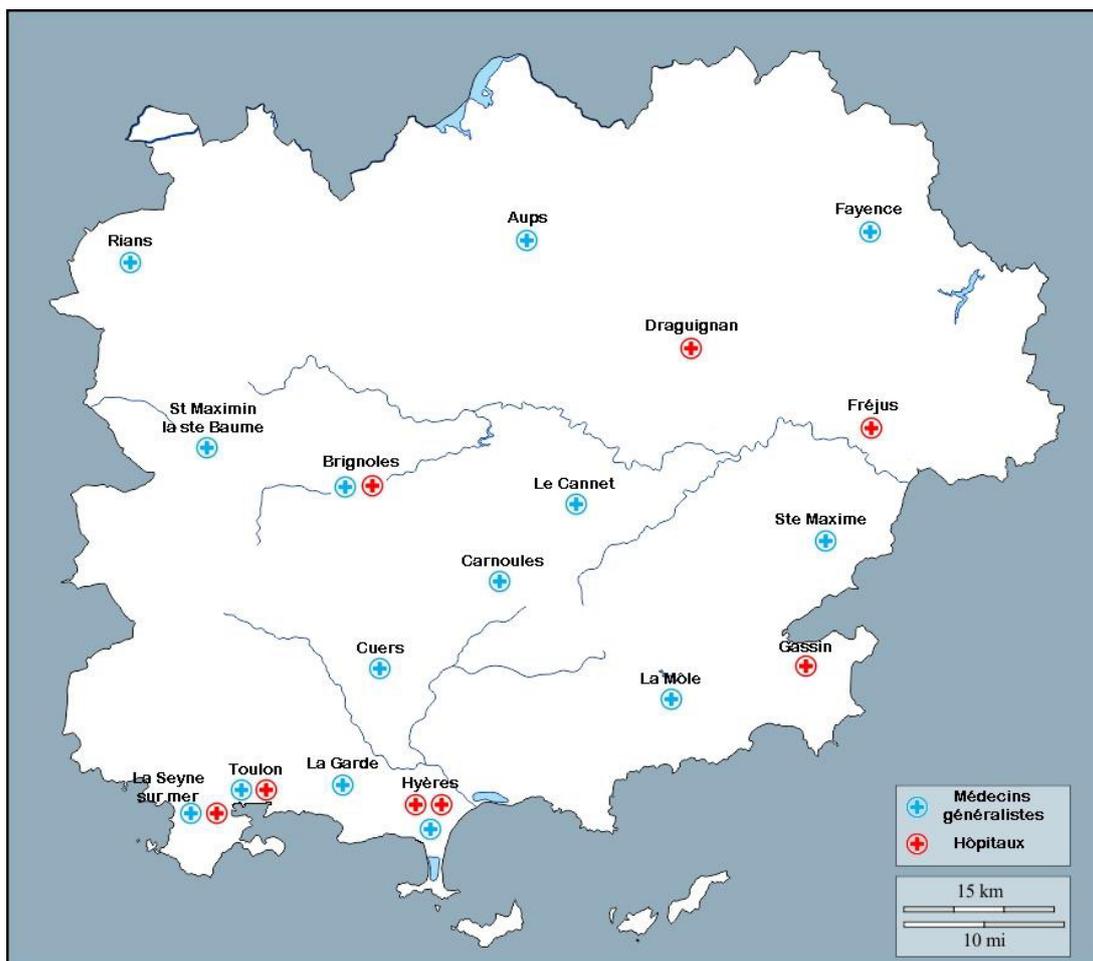


Figure 1 : Répartition géographique des entretiens

1.1. L'échantillon « médecins libéraux »

Au cours du recrutement, 46 médecins libéraux ont été démarchés :

- 23 appels sont restés sans réponses (50%) : soit parce qu'aucun interlocuteur n'a décroché, soit parce que le contact avec le secrétariat n'a pas abouti sur un rappel de la part du médecin, parfois malgré des relances.
- 14 accords (30,4%)
- 9 refus exprimés (19,6%)

Parmi ces 9 refus exprimés :

- 6 médecins ont refusé par manque de temps, dont 1 qui s'est rétracté après accord.
- 1 médecin avec accord de principe mais avec lequel aucune date n'a pu être trouvée. Le seul rendez-vous possible étant bien après la clôture des entretiens.
- 2 médecins ont refusé au motif qu'ils n'avaient rien à apporter à l'étude car ne rencontraient aucune difficulté. Pour information, ces deux médecins n'exercent pas dans le même cabinet, mais tous deux sont installés dans la région du Golfe de Saint-Tropez.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont décrites dans les tableaux 1 et 2.

Autant d'hommes que de femmes qui ont été interrogés. La moyenne d'âge est de 50 ans (âge minimum = 29 ans, âge maximum = 64 ans).

En moyenne, les médecins interrogés sont installés dans le même cabinet médical depuis 16 ans, avec des valeurs extrêmes allant de moins d'un an d'installation à plus de 37 ans.

La durée des entretiens avec les médecins libéraux varie entre 11 et 32 minutes, avec une moyenne à 18 minutes

D'après l'analyse des verbatims, 8 des 14 médecins utilisent quand ils le peuvent une filière d'admission directe pour leurs patients âgés, pour résoudre des situations aiguës ou subaiguës.

Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes libéraux interrogés (1/2)

TABLEAU 1	Sexe	Âge	Installation (années)	FAD	Durée d'entretien (min)
L1	F	30	1	Oui	13
L2	F	56	19	Non	12
L3	H	63	26	Oui	11
L4	F	35	1	Non	14
L5	H	60	30	Oui	20
L6	H	57	20	Non	13
L7	F	29	1	Oui	16
L8	F	36	4	Non	15
L9	H	59	16	Non	32
L10	H	60	6	Oui	24
L11	F	64	37	Non	19
L12	H	62	30	Oui	29
L13	H	59	30	Oui	28
L14	F	39	11	Oui	13

Tableau 2 : caractéristiques des médecins généralistes libéraux interrogés (2/2)

TABEAU 2	Milieu d'installation	Cabinet de groupe	Secrétariat	Consultations	VAD	FAD
L1	Urbain	Oui	Délocalisé	RDV	Oui	Oui
L2	Urbain	Non	Non	Libres	Oui	Non
L3	Péri urbain	Non	Sur place	RDV et libres	Oui	Oui
L4	Péri urbain	Oui	Sur place	RDV	Non	Non
L5	Péri urbain	Non	Non	Libres	Oui	Oui
L6	Urbain	Oui	Non	Libres	Oui	Non
L7	Péri urbain	Non	Non	RDV et libres	Oui	Oui
L8	Péri urbain	Non	Délocalisé	RDV	Oui	Non
L9	Rural	Non	Non	Libres	Oui	Non
L10	Rural	Non	Non	RDV et libres	Oui	Oui
L11	Péri urbain	Oui	Sur place	RDV et libres	Oui	Non
L12	Rural	Non	Non	RDV et libres	Oui	Oui
L13	Rural	Oui	Sur place	Libres	Oui	Oui
L14	Urbain	Oui	Sur place	RDV	Oui	Oui

1.2. L'échantillon « médecins hospitaliers »

Chaque structure hospitalière publique du Var comportant un service de CSG, ou à défaut de médecine polyvalente, est contacté.

Un praticien de chacun des 8 services hospitaliers détaillés plus haut a accepté un entretien. Un 9^{ème} entretien, initialement non prévu, avec un autre praticien d'un service visité a même été proposé.

Au total 100% des médecins hospitaliers démarchés ont répondu favorablement :

- 6 médecins hospitaliers gériatres, de 5 services de CSG différents.
- 3 médecins hospitaliers de service de médecine polyvalente, de 3 services différents.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont décrites dans le tableau 3.

Il y a 4 hommes pour 5 femmes interrogés.

La moyenne d'âge est de 45 ans (âge minimum = 30 ans, âge maximum = 59 ans).

En moyenne, les médecins pratiquent depuis 9 ans dans le service dans lequel ils ont été interrogés, avec des valeurs extrêmes allant de moins d'un an d'exercice à 14 ans.

La durée des entretiens avec les médecins hospitaliers varie entre 17 et 46 minutes, avec une moyenne de 30 minutes.

D'après l'analyse des verbatims, seulement une des 8 structures hospitalière a mis à disposition des généralistes un numéro d'accès direct au médecin du service. Pour tous les autres, hors contacts personnels, l'appel téléphonique transite d'abord vers le secrétariat, ou la cadre de santé, ou le numéro général du service.

Tableau 3 : caractéristiques des médecins hospitaliers interrogés

TABLEAU 3	Sexe	Âge	Type de service	Nombre d'années de pratique dans le service	Durée d'entretien (min)
H1	F	30	Médecins Polyvalente	1	18
H2	F	55	Médecins Polyvalente	14	17
H3	H	49	CSG	8	50
H4	F	35	CSG	5	18
H5	H	42	CSG	1	46
H6	F	41	CSG	8	30
H7	H	50	Médecins Polyvalente	20	25
H8	H	47	CSG	15	45
H9	F	59	CSG	9	23

2. Facteurs influençant l'utilisation d'une filière d'admission directe

2.1. La relation ville-hôpital et la coordination des soins

2.1.1. Mauvaise qualité de la relation ville-hôpital

La majorité des médecins interrogés, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, a le sentiment que la relation entre ville et hôpital n'est pas assez développée :

L4/ « Je pense qu'on ne se connaît pas. Alors pour le coup en ville, de l'hôpital on n'a que le souvenir de nos études. Et les hospitaliers bien souvent, ne sont pas passés en ville. Donc je pense que c'est de la méconnaissance. Méfiance je n'en sais rien, parce que quand même les nouvelles générations, j'ai l'impression que... bon je ne sais pas si ça a changé ou pas mais j'ose espérer que c'est un peu moins clivé quoi. »

L6/ « Il y a un manque de communication. Mais ce n'est pas forcément dû qu'aux hospitaliers. C'est aussi la médecine générale, on ne se mélange pas, parce que... *(réfléchit)* parce que je ne sais pas en fait ! *(Rit)* Mais ça a toujours été comme ça... »

H5/ « Il y a plein de jeunes médecins généralistes, plein de jeunes praticiens hospitaliers, il y a plein de générations qui s'entrecroisent, il y a plein de vieux généralistes qui ne nous connaissent pas... enfin voilà on n'a pas de lien direct avec eux. [...] C'est un problème de relation entre la ville et l'hôpital, ça c'est le premier truc »

Une partie des médecins les plus âgés ont la sensation qu'il y a un facteur générationnel dans ce manque de communication.

H7/ « La nouvelle génération... je n'en vois pas beaucoup. L'ancienne génération, oui. Ils venaient même dans le service voir le dossier, le patient, on discutait ensemble. Avec les anciens il y avait une continuité de soin. »

L10/ « Donc moi je prends facilement mon téléphone. Ça se perd de plus en plus [...] Aujourd'hui je pense qu'il y a un problème de communication même si on a énormément de moyens de communication, paradoxalement on ne communique plus. Donc moi je suis un peu ancienne génération et je n'aime pas communiquer par mail, SMS ou je ne sais pas trop quoi. Je pense que prendre son téléphone et parler d'un cas c'est beaucoup plus simple que de communiquer par tout ce qu'on a d'autre. »

L12/ « J'ai l'impression qu'on a moins de relation avec les hospitaliers qu'avant [...] Avant on pouvait communiquer plus facilement. »

Le manque de relation entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux se fait également ressentir dans la communication d'informations relatives aux patients, ce qui peut être dommageable pour obtenir une coordination des soins de qualité.

Ces informations peuvent concerner le patient à son entrée en hospitalisation :

H1/ « Le problème c'est les traitements aussi... Les patients qui arrivent sans ordonnance. Ou sans lettre du médecin traitant aussi... Là, pour le coup je m'énerve, et je crie (*rires*). Non mais là ça m'énerve vraiment... Parce que c'est du « foutage de gueule » en fait. »

H3/ « En général, quand on a un peu de bol, on a un courrier (*sourire*) voilà ! Parce que de temps en temps ce n'est pas toujours le cas... c'est un petit peu le problème avec la médecine de ville en ce moment (*voix presque chuchotée*) »

Mais aussi à sa sortie d'hospitalisation :

L8/ « Il faut aussi améliorer le transfert d'information, je suis sur messagerie de santé et je ne reçois aucun document de sortie là-dessus, c'est encore sur papier, donc je les reçois 3 semaines après ».

H3/ « Déjà quand on fait un courrier de sortie peut être que le médecin traitant pourrait suivre la feuille de route qu'on lui propose, ce qui n'est pas toujours le cas »

H6/ « Oui, bon... parfois c'est compliqué, même nos courriers de sortie on a l'impression qu'ils ne les lisent pas. Les patients reviennent sans les modifications thérapeutiques faites... »

H7/ « Oui c'est ça mais malheureusement il y a des patients... (*agacé*) parfois je m'énerve... Parce que : je reçois le patient, on l'explore... et puis c'est une personne âgée, on finit par dire voilà on va arrêter les explorations. Par exemple, je dis n'importe quoi mais par exemple pour des transfusions itératives, je le marque en gros « si besoin, à l'hôpital de jour ». Et ben je retrouve le patient aux urgences, qui entre pour transfusion ! Et le parcours là... (*souffle*) »

Il en découle une méfiance de la part de certains médecins hospitaliers envers les médecins généralistes libéraux :

H1/ « Encore une fois c'est ceux qui nous connaissent qui utilisent ce système. Mais c'est vrai qu'il y en a d'autres qui abusent sur les motifs d'hospitalisation et qui ne peuvent pas mentir, mais cacher un problème social... grossir le tableau clinique alors que le problème est social. Ça c'est insupportable... »

H3/ « Ah ben c'est-à-dire qu'il y a certains médecins quand ils t'appellent tu sais que tu peux serrer les fesses. »

H3/ « Et puis surtout quel médecin j'ai en face de moi, est ce que c'est juste le mec qui va te la faire à « la voilà comme je te pousse » ou est-ce quelqu'un qui a des neurones. Je suis désolé de le dire. [...] Quand on va me dire c'est docteur « un tel » qui m'appelle ... (*siffle, fait mine d'éviter*). C'est que c'est bon j'ai compris.

A l'inverse, développer une communication de qualité semble favoriser l'utilisation d'une FAD. En tout cas, c'est ce que rapportent les médecins libéraux utilisant le plus cette filière.

L3/ « on change assez souvent d'interlocuteur, mais il n'y a que deux services de médecine [...] Non ça se passe assez bien, ils sont à l'écoute. »

L14/ « j'ai toujours été bien reçue en médecine polyvalente »

Les praticiens hospitaliers qui font le plus d'entrées directes ont eux aussi souligné l'importance de la communication avec la ville, et ont à cœur de la développer.

H2/ « On a de très bonnes relations avec nos confrères libéraux. [...] On a une bonne relation avec une grande majorité, pas tous naturellement, ce sont des relations humaines. Mais quand même la majorité, ils nous appellent, ils savent très bien qu'on prend les patients dans la journée. »

H2/ « on se rend compte que c'est vraiment une volonté de l'hôpital de s'ouvrir aux médecins généralistes, c'est une démarche qu'on veut avoir. [...] Moi j'ai demandé à tous les médecins du service d'appeler le médecin traitant quand quelque chose ne va pas. C'est ce qui fait que cette politique de communication régulière favorise vraiment une prise en charge rapide. »

H1/ « Après ce qui est facilitant c'est la communication ! [...] Donc maintenant quand j'appelle un généraliste, pour l'informer de l'hospitalisation d'un de ses patients ou pour avoir des informations, je le préviens qu'on fait des entrées directes, qu'on accepte les patients sans les faire passer par les urgences et s'ils ont besoin on est là pour les aider »

2.2.2. Méconnaissance de la filière d'admission directe

Une partie des généralistes interrogés utilise les urgences tout simplement parce qu'ils ne connaissent pas d'autres moyens de faire hospitaliser leur patient.

JC/ « *Et donc depuis que vous êtes installé, lorsqu'un patient a besoin d'une hospitalisation, la seule filière que vous utilisez, c'est le passage par les urgences ?* »

L9/ « Oui c'est ça. C'est la seule voie d'entrée que je connaisse, pour l'hôpital »

JC/ « Pourquoi actuellement vous privilégiez un passage par les urgences ? »

L4/ « Euh... (réfléchit plusieurs secondes) parce que là, euh... en fait je ne sais pas comment faire autrement quoi ! »

Certains pensent que la gestion des lits est faite par les urgences. Cela traduit de leur part une méconnaissance du système hospitalier et de son fonctionnement.

L2/ « Donc ça ne change rien, faut qu'il passe par les urgences pour être dispatché après. »

L9/ « Oui, mais ça me paraît relativement logique aussi. C'est comme ça que marchent les hôpitaux. Les patients arrivent aux urgences, et puis sont dispatchés. »

La plupart des médecins libéraux rapportent un manque d'information pour expliquer cette méconnaissance. Ils n'ont pas la sensation qu'une communication sur ce type de filière leur a été faite.

L4/ « C'est vrai que je n'ai rien reçu. Je n'ai pas de numéro ou une démarche à suivre... [...] Je n'étais même pas au courant que c'était possible ! [...] Il y a peut-être aussi un manque d'information des structures... »

L8/ « Si on avait des personnes référentes à contacter, dans chaque service, en leur expliquant les choses correctement, et puis qu'ils nous prennent en considération, ce serait plus simple ! Mais c'est vrai qu'en général... Moi je n'ai pas eu du tout cette information-là. »

Le manque d'information : c'est aussi ce que rapportent certains hospitaliers qui se demandent s'ils ont assez de visibilité auprès de la médecine de ville.

H4/ « Après est ce qu'il y en a qui ne sont pas au courant de ce système que l'on a ? ... (s'interroge) mais je suppose que depuis le temps qu'on le fait...ça devrait se savoir. »

H6/ « Après nous le service n'est pas si vieux que ça. Et même les nouveaux qui s'installent... s'ils ne viennent pas visiter ils ne savent pas. Je fais des consultations gériatriques et il y en a qui découvrent qu'on existe [...] on a mis du temps à avoir une visibilité en ville, et qu'on n'a encore probablement encore pas assez [...] c'est vrai qu'on n'a pas vraiment fait de « com » là-dessus. »

2.2.3. Un réseau défaillant

Au cours des entretiens, on a pu remarquer à plusieurs reprises qu'avoir un « réseau » apparaît comme un facteur essentiel à la bonne coordination des soins.

L6/ « C'est une histoire de réseau personnel. C'est pour ça que je dis que ce n'est pas forcément dû à l'hôpital ! Le médecin qui se fait un réseau il y arrive bien ! Celui qui ne se fait pas trop de réseau y arrive moins bien... »

L13/ Non, zéro difficulté... Mais par une adaptation qu'il faut bien saisir ! Le réseau, l'organisation [...] moi j'ai tous les portables de mes correspondants, ils ont le mien, et ça se passe comme ça. »

Certains jeunes généralistes ont le sentiment de ne pas avoir suffisamment de contacts privilégiés. La constitution d'un réseau est pour eux longue et difficile à établir. L'argument d'une activité qui aurait débuté récemment, mais aussi le fait d'avoir mené ses études dans une région différente de celle de son lieu d'installation expliquent cette difficulté.

L4/ « Alors moi la particularité c'est que je viens d'arriver dans le département. Je ne suis installée que depuis quelques mois. Donc je n'ai pas encore mes entrées... on va dire ... directes. Je ne connais pas les praticiens. »

L8/ « Ce n'est pas facile de ne pas faire ses études à l'endroit où on exerce après. Mais c'est vrai que je n'ai peut-être pas aussi non plus assez de lien avec ce que j'aurais pu avoir si j'avais été étudiante aussi. Petit à petit j'arrive à avoir des contacts mais un réseau c'est long à se faire, ce n'est pas toujours facile... »

Le manque de réseau, de connaissance, de contact, au moins téléphonique, n'est pas l'apanage des jeunes installés.

L2/ « Non, c'est vrai que c'est une filière peu utilisée... Mais déjà, est ce qu'ils ont un numéro ? »

L2/ « Je pense qu'un jeune installé qui a fait un stage à côté, connaît mieux l'hôpital, connaît mieux les médecins, et appelle plus facilement aussi. Je pense que c'est ça aussi. C'est tout bête, mais c'est plus facile peut être. »

L9/ « Je ne les connais pas. Moi j'appelle très rarement les hôpitaux. »

Et si le manque de diffusion d'informations est souvent reproché aux médecins hospitaliers, et d'ailleurs certains le reconnaissent, ces derniers en revanche demandent une réciprocité dans l'effort. Ils considèrent que connaître ses correspondants doit nécessairement faire partie des missions du médecin généraliste

H6/ « mais je pars aussi du principe que quand on est en ville on se crée aussi un réseau et on cherche ses correspondants. Donc de fait quand on s'installe on se fait son réseau, on doit connaître l'hôpital et les services à disposition. Autant l'hôpital doit aller vers la ville, autant la ville doit aller vers l'hôpital. »

2.2.4. Etablir le contact : une tâche difficile et chronophage

Un grand nombre de médecins généralistes rapporte une difficulté à établir un contact avec l'hôpital.

L1/ « Etablir le contact, c'est déjà une difficulté. »

L3/ « Ah ben joindre le service d'abord ! Quelquefois il faut rappeler, rappeler... »

L7/ « Bon rien que pouvoir les avoir c'est difficile »

L11/ « Parce que si ça sonne « occupé », ce qui est quand même fréquent (*rires*). Parce que tout le monde est occupé. »

Les médecins généralistes, pris par un emploi du temps chargé abandonnent parfois l'idée d'utiliser une filière d'admission directe tout simplement parce que joindre un médecin hospitalier est une démarche chronophage.

L6/ « Mais souvent c'est « ah mais il faudrait rappeler à telle heure » Il y a toujours un petit délai qui fait que ça prend un temps fou ! [...] Oui c'est difficile donc maintenant on... enfin JE passe directement par les urgences. »

L9/ « parce que techniquement ça demande trop de temps. »

H6/ « Et puis ils sont peut-être débordés, surbookés, ils n'ont pas envie de perdre un quart d'heure à trouver une place pour leur patient et que ça dépasse sur le reste quoi... c'est chronophage ! »

Le caractère chronophage est expliqué par le fait de ne pas disposer facilement d'un numéro d'appel standardisé, de ne pas obtenir le bon interlocuteur rapidement, ou que cet interlocuteur ne soit pas disponible au moment où le médecin généraliste cherche à le contacter :

L1/ « quand j'appelle, je tombe sur beaucoup de filtres avant de réussir à avoir le médecin qui va valider l'hospitalisation »

L6/ « on n'arrive pas à joindre le chef, le sous-chef n'est pas au courant, l'infirmière etc... donc on perd un temps fou. »

L6/ « c'est surtout d'avoir la personne qui décide et vous dit « oui, envoyez-le-moi ». C'est à chaque fois « ah mais moi je ne peux pas vous dire... vous pouvez appeler un tel mais il n'est pas là ou... »

L9/ « Déjà il faut tomber sur le bon interlocuteur, tomber sur l'infirmière qui sait s'il y a des places ou pas et ainsi de suite. C'est impossible. On n'a pas le temps ! »

L9// « Parce que d'abord quand j'appelle j'ai rarement une réponse satisfaisante, « il n'y a personne, il faut rappeler plus tard ». Il n'y a personne, il n'y a pas d'interlocuteur pour gérer ça en fait »

H5/ « Nous ça nous arrive aussi l'histoire du coup de fil qui rebondit de standard en standard ! Nous on a passé le cap de la ville à l'hôpital, mais à l'intérieur de l'hôpital c'est le même procédé. C'est infernal ! On finit par demander à nos secrétaires « essaie de m'avoir untel... » et on la laisse pendant des plombes attendre que ça réponde. Infernal, c'est in-fer-nal ! »

Certains hospitaliers ont effectivement la sensation de ne pas tout à fait être disponibles et ont conscience que ce manque de disponibilité peut être décourageant pour le médecin généraliste.

H5/ « Je pense que ce que je te disais au départ sur le fait que les médecins généralistes nous joignent par téléphone quand ils veulent, je pense que c'est la croix et la bannière, et quand nous on finit par les avoir ils ont en fait été bloqués 15 minutes sur un standard téléphonique, ils ont eu déjà du mal à rentrer en communication avec l'infirmière [...] Donc je pense que souvent ça se termine en « c'est bon j'en ai marre, je n'arrive à avoir personne, ben il va passer par les

urgences ». C'est un problème de relation entre la ville et l'hôpital, ça c'est le premier truc. »

H5/ « On leur demande d'appeler le matin pour pouvoir programmer des entrées l'après-midi, mais le matin on est sans cesse en train de leur répéter qu'on est occupé, qu'on fait la visite, et l'après-midi c'est trop tard. Alors c'est sûr ça accentue la guéguerre ville-hôpital : « à l'hôpital, les médecins ne nous écoutent jamais, ils ne répondent jamais ».

D'autres en revanche considèrent être facilement joignables. Selon eux, certains médecins libéraux sont responsables de cette non-relation avec l'hôpital et n'utilisent pas cette filière d'admission directe simplement par manque de volonté ou d'implication.

H8/ « Ce n'est pas compliqué pour nous joindre et comme je te dis il y en a toujours qui ne connaissent pas ce numéro... et ce n'est même pas à connaître ce numéro, mais juste à connaître le numéro du service. C'est dans tous les annuaires, sur internet... Et donc ce n'est pas compliqué. »

H8/ « Et à chaque fois, ce n'est pas parce qu'on n'est pas joignable ! Il y a toujours quelqu'un. Notre système est le plus simple possible. On a des secrétaires performantes, qui travaillent et qui répondent au téléphone. Dans les autres services, va appeler la secrétaire de cardio elle ne va pas te répondre. Donc on est toujours joignable. Donc, ce n'est pas un manque « que les gens n'arrivent pas à nous joindre »

Etablir un contact est donc pour beaucoup une difficulté. A l'inverse, on a pu dégager des facteurs facilitants :

- **La connaissance personnelle, qui permet d'avoir directement le médecin concerné, et de bénéficier d'une relation privilégiée, de confiance. Ce type de relation est probablement responsable de moins de refus.**

L1/ « Pour ma part c'est un peu particulier puisque la cadre de santé est un membre de ma famille. Donc ça m'arrive d'appeler et avec un simple appel, sans avoir trop à demander ou avoir le médecin référent j'ai déjà l'état des lits »

L13/ « quand je les hospitalise j'ai l'avantage d'avoir un carnet d'adresses bien rempli depuis X temps et que je suis très ami avec l'unité de gériatrie et l'unité de gériatrie aiguë »

L14/ « En général, c'est vrai que j'appelle le service de médecine polyvalente. Après j'ai le numéro de téléphone du Dr X (*cite le nom d'un des praticiens du service de médecine polyvalente*). Ça c'est très pratique parce que généralement elle est très disponible. Je n'ai jamais eu de refus. [...] C'est un numéro personnel, c'est une copine de promo. »

L5/ Alors avec Gassin et avec Fréjus. Mais je suis aussi PH urgentiste à Fréjus. Donc je connais bien la structure. [...] Et puis Gassin c'est l'hôpital de proximité et donc je connais tout le monde aussi. Fréjus il faut ... un peu plus d'arguments. Mais bon, comme je travaille là-bas, c'est un argument de plus, donc j'arrive à les faire entrer.

- **L'aide d'une secrétaire médicale au cabinet facilite les démarches, les rend moins chronophages :**

L11/ « c'est un appui ! Si on a besoin de joindre un service, on lui fait faire les numéros [...] elle appelle et nous les passe ensuite. Heureusement parce que ça prend du temps. »

L3/ « Ce qu'il y a c'est que c'est souvent difficile de les avoir, alors heureusement j'ai une secrétaire ! [...] C'est beaucoup plus facile comme ça. [...] Et puis elle me dit, il faut rappeler à telle heure. Moi je vais être pris par mon travail et oublier. Mais elle, elle va me dire « je vous passe le service ». C'est clairement grâce à ma secrétaire sinon je n'y arriverais pas ! C'est trop chronophage ! »

- **Le service qui a le plus développé la FAD parmi les services interrogés rapporte l'utilisation d'un outil facilitant la prise de contact : une hotline. C'est-à-dire un numéro de téléphone dédié au médecin généraliste et permettant d'avoir directement le médecin du service concerné. Au vu des résultats en matière d'admission directe de ce service, et des difficultés rencontrés par les médecins lorsqu'ils ne disposent pas de numéro d'accès direct, ce type d'outils laisse à penser qu'il s'agit d'un véritable facteur facilitant :**

H2/ Et puis la hotline, un coup de téléphone et c'est rapide. Là on a directement un médecin, pas plusieurs interlocuteurs ... Parce que quand vous téléphonez à Nice c'est parfois mission impossible.

2.2.5. Des refus décourageants

Il y a des médecins qui reconnaissent ne pas utiliser une telle filière car ils se sont à plusieurs reprises confrontés à un rejet de leur demande.

JC/ « Vous me dites « sans passer par les urgences c'est compliqué », pourquoi ? »

L8/ « Et bien parce que j'ai déjà essayé ! Et qu'en général quand on appelle dans les services ils nous disent « envoyez le aux urgences, on verra après ».

JC/ « Donc c'est à force d'avoir des refus de leur part... »

L8/ « Ah oui ! C'est certain ! Déjà, essayez d'avoir quelqu'un dans un service c'est LONG, alors si en plus c'est pour avoir un refus et recommencer au point de départ... Je ne vois pas trop l'intérêt. »

L9/ « Et puis on se casse souvent le nez aussi [...] Ben ce n'est pas la peine d'appeler ! On va directement aux urgences... »

C'est toujours à cause de refus récurrents, qu'un médecin généraliste qui déclare toujours tenter l'hospitalisation directe, songe dans le futur à ne plus faire « l'effort » de...

JC/ « Donc aujourd'hui vous tentez toujours de passer par le service. Mais à force d'avoir des refus est-ce que vous n'allez tout simplement pas arrêter de faire l'effort et allez plutôt envoyer directement les patients aux urgences ? »

L7/ « Sincèrement, oui, à un moment donné je risque de faire ça. Surtout que bon, pour l'instant je suis en début d'activité donc ça va. Mais le jour où je serai débordée... Oui ça me fait de la peine de le dire mais oui ! »

Les raisons données par les hospitaliers pour refuser l'entrée de manière directe peuvent être d'origine multiple, mais la finalité avancée est souvent la même : une demande de passage par le service d'accueil des urgences.

L4/ « Après moi, c'est vrai que j'ai tellement entendu répéter, et encore quand j'étais interne « il faut un passage aux urgences ! il faut un passage aux urgences ! Il faut un passage aux urgences ! » (*Lève les yeux au ciel*) de la part des services ! Qu'en fait moi ça m'est resté gravé et comme depuis je n'ai pas mis les pieds à l'hosto... Effectivement moi je suis restée là-dessus... »

L7/ « Mais dans la majeure partie des cas on me dit de passer par les urgences »

L11/ « Ben la réponse c'est « passez par les urgences ». Donc à force on ne téléphone même plus. »

Si certains ont le sentiment que le refus récurrent décourage, l'inverse est aussi rapporté, plus on utilise la filière et plus on sera amené à l'utiliser.

H6/ « Alors oui il y a sûrement quelques médecins, s'ils voient que le service marche une fois, puis deux puis trois fois... après ils vont prendre le pli. »

2.2.6. Contraintes propres aux deux modes d'exercice

La difficulté à établir un contact et le manque de réseau ne sont pas les seuls facteurs expliquant le déficit de relations entre les deux types

d'exercices. Beaucoup de médecins reconnaissent qu'il y a un fossé qui sépare les deux types d'exercices.

L12/ « J'ai vraiment l'impression que maintenant ce sont deux mondes qui roulent en parallèle. Il n'y a pas vraiment de moment où on peut espérer se rencontrer. Pas dans le sens physique mais... J'ai l'impression que l'hôpital est devenu une structure qui est autonome, avec moins de relation avec les professionnels libéraux. »

H3/ « Je pense qu'à un moment donné, on vit dans deux univers qui sont un petit peu différents. On a nos difficultés propres. Et c'est peut-être ça qu'il faut expliquer dans votre thèse, quelles sont les difficultés au sein d'un service gériatrique à l'hôpital ? Qu'est ce qui peut bloquer ? Et d'un autre côté, quelles sont les difficultés à la prise en charge gériatrique d'une personne âgée à la maison ? Une fois qu'on a identifié ça, quelles sont les passerelles qu'on peut mettre ? Comment on peut se faciliter le boulot ? »

Ces « deux mondes » ont une organisation, un fonctionnement et des contraintes qui leur sont propres. C'est pourquoi le médecin libéral a le sentiment de ne pas toujours avoir la possibilité d'entrer en contact avec le médecin hospitalier au moment opportun.

L2/ « Souvent moi quand je vais faire mes visites c'est souvent entre midi et deux il n'y a plus personne ou alors le soir après les consultations... Donc de toute façon je n'ai pas forcément la possibilité de pouvoir téléphoner donc ça passe aux urgences ! »

L3/ « Alors ça ne marche pas tous les jours, il faut appeler après 9h et après la visite. (*Grimace*) la visite... »

L6/ « Mais souvent c'est « ah mais il faudrait rappeler à telle heure » Il y a toujours un petit délai qui fait que ça prend un temps fou ! Parce ce qu'ils n'ont pas les mêmes horaires que nous ou que les patients qui appellent... Ou il est en visite, ou il fait la visite et n'est pas joignable... voilà il y a toujours... il n'y a pas une personne qui attend au téléphone ! »

Et effectivement le médecin hospitalier, du fait des contraintes de son exercice en rapport avec l'organisation du service, ne peut recevoir des demandes et y répondre favorablement qu'à des moments bien précis.

L'horaire d'appel est un facteur influençant l'admission directe ou le passage par les urgences. La grande majorité des hospitaliers préfère recevoir l'appel le matin.

H1/ « C'est sûr que celui qui m'appelle le matin, on va pouvoir programmer pour l'après-midi. Celui qui m'appelle à 16h c'est clair qu'avant le lendemain midi ce n'est pas possible... »

H4/ « Si vous nous appelez le matin quand on fait le point des lits, on sait ceux qu'on a, ceux qu'on récupère et tout ça, on peut s'arranger pour le récupérer le jour même. »

H8/ « Bon alors peut être que ce médecin a appelé à 19h, ou le samedi à 14h. Donc c'est normal qu'il ne trouve personne... »

H2/ « Il y a des médecins qui ont la spécialité de m'appeler sur les coups des 18h en nous disant « j'ai un patient qui à 5 d'hémoglobine il n'est pas très bien », là je lui dis « écoute tu le fais passer par les urgences, moi je réserve le lit ici, il y a un lit pour lui mais fais-le passer par les urgences ».

Certains hospitaliers reconnaissent que leur disponibilité n'est pas totale, même aux heures supposées être facilitantes.

H6/ « Et nous le matin, on fait un peu barrage, on ne répond pas, ce n'est pas une hotline du tout ! Et même avec les médecins !! On dit « ben oui rappelez cette après-midi on fait la visite ». Alors aussi ce n'est pas une ligne dédiée pour ça, on a aussi toutes les familles qui appellent. Et on ne peut pas se laisser déborder par les familles qui appellent sinon on n'avance pas. »

H5/ « Je pense qu'on a un court laps de temps pour recevoir les appels. Donc il faut que ce soit dans la matinée, c'est le mieux. Et dans la matinée, mais que tu aies avancé ta visite, savoir quel patient sort, que tu aies une idée de la disponibilité des lits pour l'après-midi. »

Du fait de l'organisation du service, des contraintes de personnels, les hospitaliers interrogés favorisent un créneau horaire pour l'admission. Pour un des médecins interrogé, l'admission directe doit avoir lieu le matin :

H7/ « Donc l'après-midi ça nous perturbe beaucoup, il y a déjà les urgences, et il y a un mode de fonctionnement du service à respecter »

Pour la majorité des hospitaliers interrogés l'admission doit se faire l'après-midi, sur un lit qui se libère le jour même, et donc qui nécessite une préparation :

H5/ « Donc on leur dit que le meilleur créneau c'est entre 15 et 16h. Parce que concrètement il faut attendre que le lit soit libre. Donc que le patient d'avant soit parti. Il faut que les aides-soignantes aient eu le temps de faire la chambre »

H9/ « C'est plutôt en début d'après-midi. Comme on tourne en permanence avec des lits pleins ça se fait les trois quarts du temps... enfin trois quarts... (*se corrige*) plutôt 95% sur des sortants. Alors comme les gens sortent vers 11h, l'entrée se fait pour 14h. »

Mais cette admission l'après-midi ne peut pas non plus être faite à une heure trop tardive. Le patient doit pouvoir être examiné, son dossier médical analysé, et les prescriptions médicamenteuses faites. Il y a le critère médico-légal qui entre en jeu. Un patient admis doit voir un médecin. En cas d'admission avec un passage par le SAU, le patient va pouvoir, théoriquement, arriver à n'importe quelle heure dans le service. L'évaluation et les prescriptions étant faites par l'urgentiste, la responsabilité du médecin du service ne sera engagée que lorsqu'il reprendra le dossier du patient.

H5/ « Le médecin généraliste t'appelle à 16h, même si tu as des lits, il faut avoir le temps de prévenir la famille, d'appeler les ambulanciers, que les ambulanciers soient disponibles et qu'ils arrivent... [...] Il va être trop tard pour faire une admission dans le service »

H8/ « Il faut qu'elle arrive avant 18h-18h30... même le plus tôt possible ! Il faut qu'on puisse le voir et programmer des choses. Euh... (*réfléchit*) Non c'est tout... arriver le plus tôt possible qu'on ait le temps de les voir. »

H1/ « Les difficultés qu'on peut rencontrer... (*réfléchit*) Si l'heure d'admission est trop tardive... Ce qui empêche du coup la bonne prise en charge. Parce que plus tôt ils arrivent dans l'après-midi et plus vite on peut les voir et prescrire les examens et surtout les traitements »

H5/ « Le problème ça va être une histoire d'admission, de prescription médicale... Autant un patient des urgences pour lequel tu reçois un coup de fils à 18h, il te reste encore des places, c'est la fin de la journée, on t'appelle juste avant que tu partes « ouai c'est juste pour te prévenir je vais te faire rentrer quelqu'un « nananinana » ... ». Donc tu l'acceptes ou tu ne l'acceptes pas par rapport au profil, s'il relève de ton service ou pas, mais après ça ne pose pas de soucis par rapport à l'admission dans le service. Le dossier médical tout ça tu peux le reporter au lendemain, c'est l'urgentiste en fait qui gère le dossier, sur le plan thérapeutique et tout ça jusqu'au lendemain matin. Par contre le patient qui vient de l'extérieur, s'il n'y a pas de médecin qui le voit à l'admission, ben c'est un patient qui jusqu'au lendemain n'aura aucune prescription... euh c'est moyen pour les patients quoi ! »

2.2. Le manque de place

Le manque de places disponibles dans le service est une difficulté majeure ressentie par la quasi-totalité des médecins libéraux et hospitaliers interrogés.

Il s'agit d'un paramètre important : c'est la disponibilité ou non d'un lit pouvant accueillir le patient dans le service qui conditionne l'admission de ce même patient via la FAD.

H1/ « Bonjour, d'accord, je vais voir si j'ai de la place ». Si j'ai de la place je le prends. »

H3/ « soit effectivement j'ai un lit je le prends, soit je n'en ai pas, le médecin le fait hospitaliser et nous on se débrouillera pour le récupérer quand un lit se libère. »

L12/ « 9 fois sur 10, il n'y a pas de place ou il faut attendre qu'une place se libère et on ne sait jamais quand ça va être, donc ce n'est jamais très facile à faire »

L7/ Sinon on me dit « il n'y a pas de place, passez par les urgences ».

En l'absence de places dans le service sollicité et en cas de motif aigu nécessitant une prise en charge hospitalière dans la journée même, le médecin généraliste demandeur se voit donc contraint d'orienter le patient vers les urgences.

L11/ « Après quand c'est aigu, on leur téléphone, ils n'ont pas de places donc c'est par les urgences. On n'a pas tellement le choix. »

H9/ « Si ça ne peut pas attendre, on a la place, on prend le patient. Si ça ne peut pas attendre et qu'on n'a pas de place, on propose au médecin de faire passer le patient par les urgences. »

En cas de motif plus subaigu voir chronique, il est proposé aux médecins généralistes une admission directe retardée d'un à plusieurs jours. Selon les médecins interrogés la disponibilité des lits dans un service est donc un facteur qui influe sur la durée entre la demande d'hospitalisation de la part du médecin généraliste et l'hospitalisation effective du patient dans le service.

H4/ « Selon le nombre de places disponibles on essaie de faire des admissions directes, parfois ce n'est pas vraiment super urgent et ça peut attendre un jour ou deux le temps d'avoir la disponibilité »

H6/ « C'est essentiellement les places qui nous limitent pour les prendre rapidement parce qu'après effectivement dans la mesure où c'est de la gériatrie... pour nous pas de soucis. »

H7/ « Donc je n'ai pas de lit disponible pour dire aux médecins « c'est bon, je vous le prends le jour même, je vais m'en occuper, je vais le bichonner »

H8/ « Si on n'a pas de place, on leur demande de temporiser »

L2/ « Après c'est pour les places, ils n'en ont pas souvent, après eux doivent programmer une place donc ils rappellent. »

La carence de lits libres est un problème récurrent et bien connu de notre système de soins actuel.

Pour expliquer ce manque de lits, on retrouve des arguments politiques avec la suppression des lits au fil des ans :

H4/ « parce que comme le nombre de lits d'hospitalisation de médecine au total a été au fur et à mesure diminué au cours des années, il y a un manque cruel de lits d'hospitalisation. Ce qui veut dire que l'hôpital est en tension, SOUVENT, on se retrouvait avec des patients dans un hôpital en tension »

Pour beaucoup le manque de places résulte d'une augmentation de la demande. Les médecins interrogés expriment le sentiment d'être dépassés par le nombre de demandes, avec une certaine résignation.

H3/ « Le problème c'est que nous on croule sous les demandes !!! »

H5/ « il peut y avoir des matins où ton téléphone n'arrête pas de sonner. Tu peux avoir les urgences de Hyères, l'UHCD de Hyères, les urgences de Toulon, l'UHCD de Toulon, les urgences de St Anne, l'UHCD de St Anne, parce que tu es le seul à avoir des disponibilités. Et en plus tu peux avoir les médecins généralistes qui t'appellent »

H8/ « j'aurais beau avoir 100 lits il me manquera toujours de la place... La population gériatrique ou les besoins en gériatrie sont tellement importants... »

Le fait de ne pas pouvoir répondre favorablement aux demandes représentent un poids pour certains médecins qui se sentent obligés de préciser qu'il ne s'agit pas d'un défaut d'implication professionnelle de leur part :

H7/ « Donc on manque de lit par excès de demandes [...] Donc il y a une grosse grosse demande de lits. Et ce n'est pas par fainéantise. Je veux dire on est « au taquet » [...] Faire plus ce n'est pas possible. »

H8/ « C'est parce que je crois qu'il y a trop de demandes. Et tu pourrais avoir 300 lits, je pense qu'on les remplirait. On a 101% de taux d'occupation !!! Pour te dire ! On est « au taquet » ! Et ce n'est pas faute de, on n'est pas des fainéants, ce n'est pas faute de ne pas travailler »

Un grand nombre de praticiens rapportent plus de difficultés encore à pouvoir faire des entrées via la FAD lorsque l'activité des services de médecine polyvalente, de gériatrie ou des urgences est plus importante. C'est le cas lors de la période estivale, en particulier dans le département du Var, et lors des pics d'activités liés aux pathologies hivernales.

H5/ « Au-delà de ça, on a quand même une population gériatrique qui augmente en période estivale. Donc on a des moments où on fonctionne à flux tendu. »

H9/ « Ce qui est certain c'est que nous manquons de place... Il y a une demande qui est très importante, notamment en période d'épidémie, de grippe ou de gastro entérite, où là les urgences débordent de patients en attente d'une place... Donc bien évidemment c'est encore plus difficile d'avoir de la place pour les entrées directes dans ces moments-là »

Lorsque qu'il y a une inadéquation entre les moyens disponibles (lits d'hospitalisation, mais aussi personnels) et les besoins immédiats d'hospitalisations non programmées, ce qui est très souvent le cas lors des périodes d'épidémie de grippe saisonnière par exemple, il y a fréquemment un déclenchement du dispositif « Hôpital en tension ». Dans ce contexte, un médecin hospitalier nous rappelle que l'utilisation d'une FAD n'est de toute façon pas recommandée par le directeur d'établissement et le gestionnaire des lits :

H6/ « En plein milieu de l'hiver et de l'épidémie de grippe c'est plus long. Et puis on nous le dit ! Le bed-manager nous le dit « Ne prenez PAS d'hospitalisation programmée, ce n'est juste pas possible, on n'y arrivera pas » Donc c'est variable en fonction des périodes de l'année »

Même en dehors de ces périodes de tension, beaucoup d'hospitaliers reconnaissent donner une priorité aux patients déjà présents dans la structure hospitalière, aux urgences ou à l' Unité de Courte Durée d'Hospitalisation (UHCD). C'est une logique qui permet d'assurer le bon fonctionnement de la chaîne hospitalière et de participer à la prévention de situations de tension :

H5/ « t'essayes de prendre les problèmes et de les résoudre les uns après les autres. C'est-à-dire que si tu as peu de lits disponibles avec des urgences qui débordent au niveau gériatrique, tu vas prendre en priorité les gens qui sont d'abord aux urgences et tu vas essayer de temporiser tant que tu peux temporiser le patient qui est encore au domicile »

H6/ « on peut les prendre le jour même si on a de la place, si les urgences ne sont pas débordées. Parce que c'est vrai qu'on priorise d'abord les patients sur les brancards des urgences. »

H8/ « Je sais très bien que les urgences ont besoin de 4 lits par jour de gériatrie en moyenne. Donc déjà on va être un peu ric-rac ! Si en plus je prends, demain, une entrée directe qui n'est pas urgente, je bloque tout le système. »

Les sollicitations des urgentistes ne sont d'ailleurs pas toujours accueillies de manière positive ...

H7/ « Vous savez, nous, on fonctionne avec les urgences en priorité, parce qu'il faut dégorger les urgences [...] Le problème c'est que tout converge vers les urgences, et du coup on est bouffé par les urgences ! »

Un médecin hospitalier rapporte qu'il ne privilégie pas de manière systématique l'admission via les urgences mais qu'il tente plutôt d'équilibrer les deux modes d'entrée, en partant d'une autre réflexion tout aussi logique :

H9/ « parce qu'on privilégie aussi bien le programmé que le non programmé. Le problème c'est que si on ne prend pas les patients des urgences, on va se retrouver avec des urgences débordées, saturées ; et si on ne prend pas d'entrée programmée ils vont se retrouver aux urgences ! Donc on est obligé de jongler avec les deux ! »

Un seul médecin hospitalier rapporte qu'il privilégie l'entrée directe :

H2/ « Nous les entrées directes on arrive à 70 à 75 % de l'activité du service (*sourit, avec une certaine fierté*). Moi, je privilégie les entrées directes plutôt que les urgences. »

Une partie des médecins interrogés rapporte également une difficulté à libérer des lits d'hospitalisation, donc à réduire la durée d'hospitalisation.

Le manque de lit d'aval et notamment de SSR en est une raison pour certains :

H3/ « Avoir de la place. Sauf que pour nous avoir des lits d'aval c'est une calamité. Tous les jours on se bat pour que nos malades soient admis dans des SSR. »

H4/ « Oui les places, et pour ceux qui sont hospitalisés on a du mal à faire des sorties parce qu'on n'a pas assez de lit d'aval, de SSR, c'est ça aussi le problème »

H8/ « Il est vrai que je pourrais tourner un peu plus vite si j'avais plus de SSR gériatriques [...] cette dame (*pointe un nom avec le doigt*) chute et entorse de la cheville, qui vit seule, ça doit aller en SSR, mais avant d'aller en SSR, il faut aller en court séjour, (ton excédé) mais qu'est-ce qu'elle fait en court séjour ?? Alors elle est gentille la pauvre, mais elle m'emboucane ! Elle me bloque un lit ! A cause d'elle je ne peux pas prendre quelqu'un ! Mais je suis obligée de la garder ! Tant que je n'ai pas une place en SSR »

Certains médecins estiment que la durée d'hospitalisation est allongée en attente de résolution de difficultés d'ordre social. Ces problèmes-là agacent fortement les médecins qui en font part. Les patients hospitalisés pour motif social embolisent le service aux dépens de patients qui pourraient en bénéficier pour des raisons médicales.

H8/ « Ensuite, cette dame qui vient parce que son toit s'est effondré, GIR 2 et sa famille ne peut pas s'en occuper. Mais qu'est-ce qu'elle fait là ?? Ça m'emboucane, ça me prend un lit ! [...] Ce n'est pas le médical qui bloque ! C'est le social ! Ici en court séjour ! Alors parfois j'ai du social, que je bascule en SSR, qui donc me prend une place en SSR... voilà c'est ça ! »

H4/ « Alors nous on nous demande de diminuer la DMS, mais si nous on n'a pas de lit d'aval et que les patients ne peuvent pas rentrer à la maison, et ben... on ne peut pas les mettre sur le trottoir. Donc on a du mal à faire les sorties, donc du mal à récupérer du monde. »

Le problème social est particulièrement fréquent en médecine gériatrique.

Il naît de la difficulté d'accompagner une personne âgée fragile dans son quotidien, notamment en cas de troubles cognitifs ou tout simplement lorsque la perte d'autonomie est importante.

H5/ « Après je crois que la grosse difficulté c'est l'épuisement des aidants [...] Alors après c'est des hospitalisations qui s'éternisent avec des familles qui te disent « vous avez demandé une convalescence ? Parce que là il n'est pas trop comme avant ». Mais non, faut leur dire (*cite un échange avec une famille de patient*) « Ce N'EST PAS de la convalescence. Et une évolution favorable sur la pathologie chronique on n'en aura pas. Donc si on n'envisage pas autre chose... » « oui mais quoi ? » « Par exemple un EHPAD si le maintien à domicile était déjà compliqué avant, c'est qu'il faut peut-être penser ça » « ah oui mais l'EHPAD on en a déjà parlé je n'en veux pas » ... Donc ça des fois ça prolonge un peu les hospitalisations. Et puis de temps en temps tu as de vrais gros dossiers sociaux, avec des familles qui se tiraillent, des tutelles, des expertises médico-judiciaires... Là ça prolonge des hospitalisations, mais bon on n'a pas tellement le choix non plus. »

L12/ « C'est vrai qu'il y a des familles qui traînent des pieds... Que quand l'ancêtre est à l'hôpital, eux ça leur permet de respirer. Et qu'après, ils poussent encore pour qu'il aille en SSR ou un truc comme ça pour avoir 3 semaines de « rab ». Ça c'est un paramètre qui nous échappe. »

2.3. Le motif d'admission

2.3.1. Motifs nécessitant un passage par les urgences

Le motif d'hospitalisation tient une place importante dans la décision de la voie d'hospitalisation. Le tableau clinique est donc un critère essentiel.

Il est évident que les patients présentant des pathologies mettant en jeu le pronostic vital de manière rapide ou nécessitant des soins urgents seront orientés vers un SAU.

H2/ « Alors naturellement si le patient sort d'une urgence, est en décompensation respiratoire, si votre pneumopathie est vraiment sévère il passera par les urgences. Pour ça il faut un plateau technique rapide, donc ça c'est pour les urgences »

H5/ « Le patient GRAVE. Le patient AIGU grave. Et encore pour celui-là je pense qu'on n'a même pas le coup de fil. Pour ça le médecin généraliste ne ment pas, il n'essaye pas de le placer comme ça. Il passe par le SAMU, c'est réglé. »

L3/ « Une détresse respiratoire en épidémie de grippe je vais l'envoyer tout de suite aux urgences, je ne vais pas... calculer, réfléchir ! Donc c'est aussi en fonction du tableau clinique. »

Mais la notion d'urgence est différente d'un praticien à un autre, d'un service à un autre. Ainsi, plusieurs médecins interrogés considèrent que si l'hospitalisation ne peut être décalée de 48h, si le médecin ne peut temporiser la situation au domicile alors l'admission via le SAU est justifiée.

H1/ « Au pire je l'accepte dans les 48h et je l'hospitalise. De toute façon si le médecin traitant ne peut pas temporiser 48h c'est que c'est trop aigu et le patient doit aller aux urgences »

H8/ « Parfois on n'y arrive pas et on est obligé de leur dire « envoie le aux urgences parce que là je n'ai pas de place avant 2 ou 3 jours » ou « j'ai une place mais que

dans 2 jours » et puis là s'il me dit « ah non ça ne peut pas attendre » alors c'est que c'est une urgence, ce n'est pas la peine de passer par moi. »

Tout autre motif médical aigu nécessitant des examens paracliniques rapides, biologiques et encore plus radiologiques, justifie pour une grande majorité des interviewés hospitaliers un passage par le SAU.

H6/ « Donc il faut que ce soit un patient stabilisé pour lequel il n'y a pas d'examen avec caractère d'urgence dans la demi-journée parce que ça on ne l'aura pas »

H8/ « L'urgence, ou l'impossibilité de pouvoir faire des examens rapides. Donc le tableau clinique »

L3/ « Après s'il y a des examens complémentaires à faire en urgence, je vais essayer de les avoir en ville avant l'hospitalisation. Si je ne les ai pas, il passera par les urgences si vraiment c'est un examen fondamental à faire avant. »

La nécessité d'obtenir des examens paracliniques s'explique lorsque les résultats de ces examens peuvent modifier l'orientation du patient.

H5/ « Par contre la seule chose que j'essaie de ressentir par téléphone, sur la description clinique, c'est effectivement le patient... (*cherche un exemple*) sur les motifs pseudo chirurgicaux... la douleur abdo fébrile... là je demande un passage par les urgences, pour avoir une imagerie, pour être sûr que le patient soit bien orienté. »

L8/ « je trouve que ça peut être délicat aussi d'amener directement le patient en hospitalisation, parce que parfois aux urgences, il y a quand même des examens de débrouillages qui sont aussi importants pour pouvoir orienter. »

Ou bien, selon la structure hospitalière, le passage aux urgences se justifie par la difficulté d'accès aux examens paracliniques une fois le patient admis dans le service. C'est un point qui sera développé plus loin.

H4/ « Ben après ça dépend ... par exemple... (*réfléchit*) s'il y a une suspicion d'AVC par exemple il faut certainement le faire passer par les urgences parce qu'après nous une fois dans le service on a vraiment du mal à avoir les examens complémentaires type scanner, tout ça. »

H1/ « Quand j'ai l'impression qu'il faut réaliser un bilan biologique dans la journée. Mais après ça, ça dépend de la structure dans laquelle on se trouve. »

La présentation clinique « pure » n'est pas le seul critère de demande d'hospitalisation rapide. Les comorbidités tout comme la situation sociale du patient influent sur l'indication et le délai d'hospitalisation à envisager.

L14/ « Après (*liste les arguments pour un passage aux urgences*) l'inquiétude de la famille ... Effectivement s'il est vraiment tout seul ... S'il y a des signes de détresse respiratoire ... selon les comorbidités... »

L10/ « on voit, on essaie de faire un diagnostic puis voir s'il peut rester à la maison. Alors la décision de garder la personne âgée au domicile dépend aussi de son

environnement à la maison. Une personne qui vit toute seule, qui est un peu fragile etc. [...] Une fois que j'ai décidé que la personne, de par sa pathologie, de par son environnement, ne peut pas rester à la maison, ben j'essaye de me débrouiller. »

2.3.2. L'hospitalisation pour motif social

Les médecins hospitaliers rapportent des demandes récurrentes et inadaptées concernant des motifs d'ordre social. La difficulté de maintien au domicile et l'épuisement des aidants, sont des problèmes très fréquents et particuliers à la médecine gériatrique.

H6/ « Non quand on a le médecin au téléphone c'est toujours pour un motif médical... Ou au moins médico-social, mais il y a toujours au moins une décompensation de quelque chose, ou une altération de l'état général, voilà ça c'est normal c'est gériatrique ! »

Mais en l'absence d'une cause médicale accompagnant le tableau, l'hospitalisation pour motif social est bien souvent non acceptée.

H1/ « Là je dis oui parce que c'est un problème médical aigu. Mais si c'est un problème (*liste*) social, de placement, d'aggravation de troubles cognitifs progressifs depuis X temps... Ça, dans le cadre de l'hospitalisation en médecine gériatrique ou en médecine polyvalente, ça n'a pas lieu, à mon sens, de faire partie des demandes. [...] Donc je n'ai aucun obstacle... Sauf avec certains motifs comme on l'évoquait tout à l'heure, purement sociaux. Ça c'est un problème. L'hôpital n'est pas un hôtel et moi je ne suis pas assistante sociale. Mais à partir du moment où la demande est au moins un peu médicale, je n'ai pas d'obstacle. »

H3/ « Le court séjour gériatrique c'est fait pour faire de la médecine aiguë au même titre que la cardiologie, la pneumologie, la gastro entérologie ou tout autre spécialité de médecine aiguë. Ce n'est pas fait pour faire du maintien à domicile »

H8/ « Il gère les admissions, donc il t'écoute « voilà donc je voudrais faire hospitaliser madame Untel parce que... parce qu'il faut qu'elle aille en maison de retraite » « Ah non ! Ce n'est pas pour nous ! Maison de retraite c'est un accueil temporaire démerdez vous »

Malheureusement les refus engendrés par ces motifs rédhibitoires aux yeux des médecins hospitaliers ont conduit certains généralistes dans l'impasse à devoir cacher ou au moins minimiser la partie sociale. Ce manque de franchise sur les demandes d'admissions a dégradé la relation de confiance entre libéraux et hospitaliers.

H1/ « cacher un problème social... grossir le tableau clinique alors que le problème est social. Ça c'est insupportable... »

H2/ « il y a toujours celui qui va prendre le côté médical et qui va nous le forcer pour nous mettre une perte d'autonomie en attente de placement. »

H1/ « Moi, vraiment, le truc qui me met hors de moi, et qui va me faire remettre en question les hospitalisations directes, ce sont les motifs cachés ! Quand on n'est pas honnête les uns envers les autres, et qu'il y a un motif social ou un problème complexe au niveau de la famille, du maintien au domicile etc., là je ne vais pas être contente ! Si on me le dit d'emblée et que je l'accepte en connaissant le problème, très bien ! Mais si on ne me donne pas toutes les informations... Voilà c'est ça... le truc qui pourrait m'énerver c'est qu'on ne me donne pas toutes les informations. »

2.3.3. Motifs facilitant le passage par une filière d'admission directe

Les motifs facilitant l'hospitalisation directe selon les médecins hospitaliers interrogés sont les motifs classiquement rencontrés en pratique gériatrique. Le plus souvent ce sont des motifs pouvant bénéficier d'une programmation d'hospitalisation non urgente.

H3/ « Mais les gros motifs d'hospitalisation en gériatrie c'est quoi ? (*Dénombrer avec les doigts*) Chutes à répétition, perte d'autonomie, troubles cognitifs accutisés, euh... de novo ou pas, la confusion, l'anémie, le bilan biologique catastrophique »

H4/ « Oui c'est anorexie, syndrome de glissement, chutes à répétition, ou parfois troubles cognitifs décompensés avec maintien à domicile difficile avec isolement du patient qui n'a pas trop de famille et tout ça. »

H5/ « le patient gériatrique qui doit être de base, orienté sur un court séjour gériatrique parce qu'il n'y a pas d'événement chirurgical, il n'y a pas de prise en charge en soins continus, il n'y a pas de grosse décompensation on va dire, on a le temps de faire des prises de sang, on a le temps de faire des radios, on a le temps de programmer les trucs... Le patient standard qu'on aimerait ne pas faire passer par les urgences. »

H8/ « Le médecin, lui il te dit « je vous adresse monsieur Machin pour AEG avec perte de 20 kilos en 3 mois ». C'est un cas classique d'entrée programmée, qui n'a rien à faire aux urgences. »

Les bilans et prises en charge d'anémies semblent être pour certains un motif particulièrement adapté à la FAD.

H2/ « surtout pour les anémies, les transfusions, pour ça on est très très au point. »

H4/ « après ça nous arrive parfois quand vraiment c'est urgent, l'anémie à transfuser mal tolérée, des trucs comme ça chez le patient poly pathologique ET qu'on a une place on va le prendre le jour même, dans l'après-midi et on va laisser quelqu'un qui est à l'UHCD ne le récupérer que le lendemain, pour favoriser la prise en charge rapide et éviter le passage par les urgences, ça on le fait aussi. »

H7/ « par exemple pour des transfusions itératives, je le marque en gros « si besoin, à l'hôpital de jour ».

Les patients fragilisés par une pathologie cancéreuse et en particulier les patients en fin de vie aussi représentent une population privilégiée pour l'utilisation d'une telle filière.

H7/ « Après je le dis aux familles, notamment j'ai beaucoup de cancéro et de soins palliatifs. Alors là je n'envoie pas que le courrier, j'en parle aussi à la famille « si ça ne va pas trop à la maison, appelez le service ».

En dehors de ces situations particulières, il y a d'autres facteurs pouvant influencer positivement le recours à une FAD. Notamment lorsque le diagnostic est déjà établi.

L1/ « Ensuite quand on a un diagnostic simple, clair, déjà établi, je pense que c'est plus facile d'hospitaliser de façon directe »

Ou bien lorsque le patient est autonome, lorsque les examens paracliniques ont déjà été faits en ville :

H7/ « Les après-midis on évite parce que... Bon là je viens de prendre une entrée directe, un monsieur autonome, ascite, avec déjà l'écho faite en ville, vu ce matin au cabinet [...] il est autonome, c'est moins lourd pour les équipes donc je peux le prendre cette après-midi. »

2.4. La difficulté d'accès au plateau technique

De nombreux médecins hospitaliers rapportent les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir rapidement des examens paracliniques en particuliers radiologiques, pour les patients hospitalisés, hors urgence.

H1/ « une radio, c'est le lendemain le plus souvent... Un scanner c'est plusieurs jours voire une semaine ! Hors urgence... »

H3/ « Aujourd'hui on sait que comme l'accès au plateau technique se raréfie, il faut que l'examen complémentaire serve à la guérison rapide du malade, si c'est une suspicion de néo et qu'il faut 15 jours pour avoir son scanner, et bien son scanner il ira le faire en ville... [...] Aujourd'hui on nous dit « si le malade est sortant vous n'attendez pas 2 semaines pour avoir le scanner. »

H8/ « Je suis un service de médecine... Je n'ai une radio thoracique qu'en 48 heures... [...] Un scanner ? Le prochain scanner, la prochaine plage horaire de scanner que j'ai c'est vendredi... Mais pas demain !! Vendredi prochain ! «

Pour un certain nombre d'entre eux, obtenir un examen d'imagerie dans l'urgence est quelque chose d'encore plus difficile :

H7/ « s'il y a une imagerie à faire on ne peut pas la faire l'après-midi même. Donc ça ce n'est pas possible... »

H4/ « on en a eu des surprises avec les admissions directes (*insiste avec un mouvement de tête*) avec le patient pour qui il fallait faire la radio, le scanner en urgence etc. etc. et que du coup on galère pour avoir les examens »

L'obtention d'examens d'imagerie en urgence est chronophage et à l'origine d'une désorganisation des services d'hospitalisation conventionnelle et de radiologie, notamment parce qu'elle mobilise du personnel hospitalier.

H1/ « Et demander un examen en urgence c'est pareil, c'est le même problème, ça fait du mouvement, ça prend du temps, faut appeler les brancardiers, faut négocier avec la radiologie... Parce qu'en plus ici l'après-midi c'est un privé qui s'occupe des scanners. »

H9/ « Parce que déjà, pour nous, ça va être compliqué pour l'équipe, et puis nos confrères vont nous dire « vous vous foutez du monde, s'il était passé par les urgences ça aurait été plus simple ».

L'accès aux examens de laboratoire aussi représente une difficulté en particulier dans les structures hospitalières n'ayant pas de laboratoire sur place.

H1/ « Oui parce que le laboratoire n'est pas sur place ! »

H5/ « Et le labo, donc en fait le problème c'est qu'ici le laboratoire a été délocalisé, donc nos prises de sang partent avec un coursier, à Sainte Musse »

H6/ « La bio on ne l'a pas, pas en urgence en tout cas, en plus c'est délocalisé à Toulon, donc même si c'est piqué dans l'après-midi nous on ne l'a pas. On dépend du coursier. »

Les examens biologiques peuvent représenter une contrainte pour le personnel hospitalier intervenant avant l'analyse au laboratoire.

H1/ « Puis faut que l'infirmière se détache pour faire un bilan en plus de l'admission, faut descendre le bilan pour que le coursier le récupère... Rien que ça, ça désorganise le service »

Du fait du temps nécessaire à l'obtention des résultats, les examens de laboratoires sont aussi un obstacle pour le personnel médical et posent le problème de la responsabilité médicale. Le prescripteur du bilan sanguin, selon l'heure de prélèvement, ne reçoit les résultats qu'après sa fin de journée supposée. Il peut choisir de rester à son poste pour attendre les résultats, les interpréter, et prendre des décisions en fonction, ou bien déléguer ces tâches aux confrères du service des urgences. Dans les deux cas, on comprend aisément que ce n'est pas une pratique qui peut et doit arriver fréquemment.

H5/ « le patient arrive à 15h, il n'a pas été piqué en ville, il arrive, il peut être prélevé tout de suite. Par contre les résultats ... [...] euh pour récupérer les résultats, souvent ça va tomber vers 18 ou 19h, les médecins ne sont plus là et c'est pour les urgentistes. Bon oui parce qu'après la nuit, l'astreinte médicale est gérée par les urgences. Donc ça peut poser problème. »

Le problème de délai d'obtention des résultats est superposable dans le domaine de la radiologie.

H8/ « Et même !! Même !! Si le radiologue me dit maintenant « ok je te le fais en urgence » ... le scanner je ne l'ai pas avant 2 heures ! Et par fainéantise, (*parle plus bas, comme pour me livrer une confidence*) je ne vais pas attendre ici 2 heures... enfin faut un peu comprendre qu'on a notre vie aussi »

La difficulté d'accès aux examens paracliniques est ressentie comme un obstacle à l'admission via une FAD. Cet accès est facilité lors d'un passage par les urgences.

H1/ « Mais on pourrait peut-être avoir moins peur d'une entrée pas tout à fait stable... Si on avait la biologie et l'imagerie rapidement aussi ! [...] Donc c'est clair que s'il faut un examen radiologique urgent c'est qu'il faut passer par les urgences. »

H6/ « Bon après à l'inverse, nous étant loin du plateau technique, ça nous arrive aussi de dire « non là on a besoin d'une imagerie, faites-le passer par les urgences »

JC/ Pour quelles raisons vous privilégiez le passage par les urgences ?

L6/ Parce que je me dis qu'il va avoir un bilan complet, tout de suite... Enfin tout de suite (*souriant comme pour faire référence au temps d'attente aux urgences*) en théorie... Donc prise de sang et radio rapidement

L10/ « Enfin il nous demande un passage par les urgences c'est parce que les urgences c'est l'avantage d'avoir une radio, une prise de sang qui sont faites et tout de suite »

Le praticien hospitalier qui déclare avoir le taux d'admission directe le plus important, ne rapporte aucune difficulté d'accès aux examens paracliniques. De fait, l'accès facilité au plateau technique semble être un facteur favorisant le développement de la FAD

H2/ « on a un accès facile avec le laboratoire, s'il s'avère être très instable, je peux faire mon bilan, je téléphone à la radio il est prioritaire j'ai tout de suite ma radio mon scanner mon angioscanner et puis si ça ne va pas je peux même le mettre à l'UHCD pour avoir un lit monitoré. »

2.5. Le manque de personnel

Pouvoir développer l'admission directe nécessite du temps et donc du « temps-soignant ». Or, plusieurs médecins interrogés se plaignent du manque de personnel.

H1/ « Il faudrait plus de personnel médical ou infirmier »

H3/ « Alors nous, notre particularité c'est qu'en général on est en effectif réduit »

L11/ « Oui ! Il manque de personnel. Il y a des difficultés de recrutement, mais surtout des difficultés d'argent. »

Ce manque de personnel touche tous les membres de l'équipe soignante, à commencer par le personnel infirmier. Les effets sont nombreux : épuisement des soignants, désorganisation du service, FAD qui ne peut être utilisée de façon optimale...

H1/ « C'est clair que le personnel paramédical est en sous-effectif et que le service est lourd. Alors si je le demande elles le font c'est clair, mais bon ça peut donner du retard dans les autres soins, dans la distribution des médicaments... Et puis alors s'il y a en plus, en même un patient hospitalisé qui décompense là c'est terminé c'est le bordel ! C'est pour ça qu'on ne peut pas se permettre de prendre un patient instable ! On n'est pas assez ! »

H4/ « Ah oui ! Parfois si on a juste 2 infirmières à la place de 3 il faut éviter de faire certaines choses. »

H7/ « J'ai eu une réunion récemment avec le personnel du service, il y a un turn over important et ils sont un peu épuisés [...] Et vu la charge de travail qu'il y a en ce moment, parce que le personnel est en sous-effectif, je ne peux pas l'accueillir dans de bonnes conditions, et ça ce n'est pas bien pour le patient [...] Au-delà de 15h je n'ai plus personne. Je n'ai que les deux infirmières. C'est pour ça que c'est difficile »

H8/ « Il y a 52 lits, donc si t'as un truc urgent qui vient, tu as l'infirmière de mon unité qui va s'en occuper, et une autre d'une autre unité qui va aussi l'aider, parce que si

c'est une urgence il faut deux infirmières. Donc tu déshabilles Paul pour habiller Jacques. »

Dans un service de gériatrie, ou de médecine polyvalente accueillant un grand nombre de personnes âgées, la kinésithérapie est importante en particulier dans la prise en charge de la perte d'autonomie ou sa prévention. Là aussi, il y a le sentiment auprès des hospitaliers de manquer de ce corps de métier.

H4/ « On ne peut pas inventer un court séjour gériatrique si on n'a pas les soignants qui sont formés pour, si on n'a pas le kiné et que le patient vient sur ses deux jambes et ressort grabataire ... ça aussi c'est compliqué ... si on n'a pas de place d'aval rapide le patient risque de se détériorer parce qu'on n'a pas assez de kinés, pas assez de personnel »

Le personnel médical n'est bien sûr pas épargné.

H3/ « 31 lits, 3 praticiens, et un pour l'équipe mobile. Donc quand il y en a un qui est en congé ... ben On se débrouille !!! »

L11/ « Bon après ce ne sont que des humains, ils sont surchargés donc voilà [...] Puis c'est difficile pour eux, ils sont en sous-effectif, et cette année ils n'ont pas d'interne. »

Le manque de spécialistes en radiologie, ou de spécialistes d'organes est aussi un facteur influençant l'admission directe.

Concernant les radiologues, ceci explique en partie les délais souvent longs pour obtenir un examen d'imagerie.

H3/ « Une difficulté d'accès au plateau technique. Alors le laboratoire non. Mais les examens complémentaires oui. Il y a de moins en moins de médecins, et de plus en plus de demandes. Ce qui ne se faisait plus il y a quelques années se refait aujourd'hui : c'est « les femmes et les enfants d'abord ». ON ETAIT un service d'expertise, c'est-à-dire qu'on nous adressait des patients pour bilan d'altération de l'état général, pour des bilans de dénutrition... on pouvait avoir en trois jours le scanner thoraco-abdomino-pelvien pour voir s'il avait un néo. »

Concernant le manque de spécialistes d'organes, cela a pour conséquence une prise en charge plus longue, moins adaptée à la pathologie du patient. Tous les motifs d'hospitalisation ne peuvent donc pas être « correctement » abordés dans une même structure hospitalière dès lors que l'accès à certains avis spécialisés est difficile.

H2/ « Mais en revanche c'est le recours aux spécialistes. Ici on n'a pas tous les spécialistes, on n'a pas de neurologue, pas de neurochirurgien, pas de chirurgie seulement chirurgie viscérale et orthopédique et encore pour la personne âgée on essaie de le faire dans des conditions autres, on a un diabétologue qui n'est là que le jeudi, on a un néphro qui n'est là que les mercredis. Il faut quand même jongler avec ces impératifs, ces emplois du temps des spécialistes. »

H4/ « En plus on a de grosses difficultés par le fait qu'on n'a plus de neurologue depuis deux ans. Tout ce qui est Parkinson, AVC, épilepsie, etc. on essaie de gérer, (*serre les dents*) je ne dis pas qu'on n'y arrive pas, mais c'est compliqué, les EEG sont envoyés à Cannes, pour l'interprétation on a les résultats 10 jours après ... (*réfléchi*) ou plus. Donc c'est vrai que ça dépend des pathologies... d'ailleurs il n'y a

pas très longtemps on a eu une demande d'admission directe pour un patient qu'on connaissait, mais ses pathologies étaient plutôt neurologiques et je leur ai dit de voir vers Draguignan où ils ont encore un neurologue sur place, parce que c'était vraiment pour rééquilibrer son traitement... on peut, mais ce n'est pas adapté, pour le patient c'est quand même mieux qu'il soit adressé dans le bon service. »

Le problème de démographie médicale n'est pas une particularité de l'hôpital.

En ville aussi on assiste à un manque de médecins généralistes. Les conséquences sont multiples (excès de travail, manque de temps et donc économie sur les tâches chronophages : gestion de préoccupations d'ordre social, réduction du temps consacré à la communication avec les confrères, notamment hospitaliers...)

H4/ « Il y a eu des journées de communication avec la médecine de ville où ça a été présenté je pense par mes collègues [...] Mais bon ils ne sont pas forcément présents car ils ont beaucoup de travail... comme il y a un manque de médecins en ville... surtout Fréjus, St Raphaël ... il y a une quinzaine qui sont partis à la retraite sans remplaçant... »

H8/ « Oui ils manquent de temps. Tu n'as déjà pas le temps de faire de la médecine, alors t'imagines si en plus il faut qu'ils suivent un peu le social. »

L14/ « il avait 7,2 d'hémoglobine ce n'est pas lui qui m'avait appelé c'était le laboratoire ! Donc c'était 8 heures du matin, je lui ai dit « je suis désolée je ne peux pas vous voir avant la fin de matinée, je suis au cabinet » et j'ai appelé le 15. Et donc les secours l'ont emmené aux urgences de l'hôpital [...]. Mais bon... Je n'avais pas le temps d'appeler... »

2.6. La volonté du patient et de sa famille

Le patient et son entourage sont des acteurs influençant l'hospitalisation et son mode d'entrée. Les médecins interrogés évoquent une pression familiale quelquefois importante.

H3/ « Nous, on a maintenant une équipe gériatrique extra hospitalière, avec un service qui va au domicile avant que l'hospitalisation soit nécessaire, et ils passent leur temps à entendre « bon alors vous allez l'hospitaliser docteur » « ah non non je ne viens pas pour ça ! » « Ah bon vous refusez de l'hospitaliser » et voilà c'est le « fast-food » ! Mais ce n'est pas comme ça que ça se passe ! « Ah oui mais en attendant qu'il ait sa place en EHPAD vous allez le faire hospitaliser » et ben non on est un service de médecine aiguë ! »

H6/ « Le médecin généraliste lui, il sera peut-être face à une difficulté familiale ou des gens qui vont lui dire « oh il faut absolument l'hospitaliser »

Cette pression familiale court-circuite parfois le médecin généraliste et donc la possibilité de la mise en place d'une coordination des soins par l'utilisation d'une FAD.

L13/ « Ou parfois c'est la pression familiale aussi. [...] parfois on a des familles tellement stressées que de toute façon on est obligé de le faire. Et moi je fais le papier cadeau (*le dit en me montrant la feuille sur laquelle il avait mimé la rédaction d'un courrier*) et dans ce cas-là je me dis « tiens cette fois-là au moins ça me fera moins d'investissement ». Mais je n'y suis pour rien...

JC/ *Et donc dans ce cas-là vous envoyez aux urgences ?*

L13/ Oui mais en précisant bien que c'est à la demande et sous la pression de la famille. »

H6/ « bon après il n'y a pas que les médecins qui sont responsables du passage par les urgences, bien souvent c'est la famille aussi qui prend la décision. Ils ne passent pas tous par le médecin traitant. »

H7/ « Je pense surtout que le patient âgé n'attend pas le médecin généraliste pour être hospitalisé. C'est peut-être pour ça aussi qu'on a moins d'appels parce que généralement quand on reçoit les patients âgés, c'est le 15. Les familles se disent « vite c'est le 15 et hop il va aux urgences ». [...] ces malades échappent aux mailles du filet, appellent le 15 et se retrouvent comme ça aux urgences. Il y a toute une éducation à faire, qu'ils attendent que le médecin traitant passe pour qu'on puisse programmer une hospitalisation. Et ce n'est pas faute de répéter que les urgences débordent. Les gens utilisent toujours les urgences. »

Un médecin hospitalier rapporte l'utilisation du SAU par les familles alors même qu'une hospitalisation directe est programmée pour le lendemain.

JC/ « ça vous est arrivé de programmer pour le lendemain et que le patient se retrouve aux urgences avant la programmation ?

H7/ Oui ! Ça arrive ! souvent même... c'est la famille souvent qui le fait rentrer le soir. Et nous le lendemain on téléphone « ah non mais il est dans l'autre service de médecine parce qu'il est entré cette nuit avec les pompiers ». Voilà, ça arrive ! »

Lorsque c'est véritablement le médecin qui pose l'indication d'une hospitalisation, il doit, comme dans toutes décisions en médecine, prendre en

compte l'avis du patient. La question du consentement et du libre choix d'établissement est un paramètre important dans l'organisation d'une hospitalisation.

L1/ « Ensuite il y a la famille, généralement qui n'est pas contre, comme dans le cas que tu as présenté c'est une demande de la fille. »

Les médecins ont fait l'expérience de refus d'hospitalisation par le patient ou sa famille.

L1/ « Et puis une autre difficulté : le patient. Le patient qui a du mal à quitter le domicile, parce que l'hôpital, surtout chez les personnes âgées, c'est mal vécu. »

Le choix de l'établissement hospitalier par le patient ou son entourage est un élément conditionnant parfois l'utilisation d'une FAD.

L7/ « Puis il y a aussi le patient, parce que ça aussi le patient qui veut choisir son hôpital... [...] Parfois ce n'est pas le patient mais la famille « ah mais je ne veux surtout pas cet hôpital » (*utilise un ton sec, désagréable*). Ils sont catégoriques. Et puis bon, comme moi c'est parfois l'hôpital où je les connais, où j'arrive à... Je suis embêtée, je ne peux pas les envoyer là-bas. Donc je refuse un endroit que je connais, où je sais comment ça fonctionne, pour envoyer vers un endroit que je connais moins [...] Mais c'est sûr qu'il faut que je fasse AUSSI par rapport au patient ou à la famille ! »

L5/ « Alors après les patients ont leur mot à dire, et ça dépend quelquefois ils préfèrent Fréjus. Alors ce n'est pas justifié parce que ça bosse bien partout [...] Mais c'est vrai qu'on peut avoir des refus de la part des patients.

JC/ *Ça rentre dans votre choix, entre les urgences à Fréjus et l'hospitalisation directe à Gassin ?*

L5/ Oui. C'est le choix du patient... C'est dommage mais bon. »

Un des médecins interrogés rapporte l'expérience d'une situation particulière : l'utilisation du SAU comme moyen de négociation pour éviter un refus d'hospitalisation.

L1/ « par exemple chez le papi un peu dément qui ne veut pas être hospitalisé directement, ça arrive de lui parler de faire un bilan d'abord aux urgences et de voir ensuite s'il devra être hospitalisé. »

Parfois le patient facilite l'hospitalisation directe parce qu'il est connu d'un service.

H7/ « c'est surtout son fils qui a réussi à l'envoyer à Hyères parce qu'il la connaissait »

L7/ « ils étaient déjà connus du service, ils y ont déjà été hospitalisés, donc je me dis « autant y rentrer directement » d'autant plus quand le patient est stable, qu'il n'y a pas de geste d'urgence à faire. Donc ce n'est pas tellement par rapport à moi mais plus le fait que le patient est connu du service. D'ailleurs c'est même la famille, ou le patient qui dit « ah oui là je suis suivi ».

3. Impact du lieu d'exercice

3.1. Des avis divergents

Une grande partie des médecins libéraux interrogés, qu'ils exercent en zone rurale, semi rurale ou urbaine, n'a pas la sensation que leur lieu d'exercice influe sur le recours aux urgences ou à une FAD.

L6/ Je pense que ça ne change rien. Euh... je pense qu'en campagne j'aurais la même attitude. Peut-être un peu plus de problème, et encore... peut être pour avoir des transports d'ambulance... Mais j'aurais la même attitude.

L7/ Oui... Non... Non pour l'instant je n'ai pas l'impression que ça agit sur moi. C'est plus la gravité du patient, le cas clinique. Mais non sinon non...

L8/ Non, franchement non. Avant j'étais en région parisienne. J'avais un grand choix de structures autour du cabinet. Non, je n'ai pas l'impression que cela change quelque chose [...] S'il y a besoin d'hospitaliser que ce soit loin ou pas je le ferai, ça ce n'est pas discriminant.

L9/ Pas vraiment. En ville c'est pareil non ? La distance n'y change rien, non ?

Mais les avis divergent, sans relation de cause à effet observable.

Un médecin généraliste exerçant en zone urbaine pense utiliser moins facilement l'hospitalisation et privilégier le maintien à domicile car il se sent

rassuré par l'existence d'un service assurant la continuité des soins au domicile, et par la présence d'un hôpital, avec un SAU à proximité.

L1/ Alors oui. On hospitalise moins parce qu'on est plus près et on sait justement que si les choses venaient à mal tourner, par exemple une simple pneumopathie, on a un recours aux urgences faciles, elles sont à côté, en très peu de temps le patient peut être pris en charge à l'hôpital. Donc on peut prendre plus de risques, et on essaie au plus de maintenir le patient au domicile. Et puis dans notre zone nous on assure une permanence des soins au cabinet jusqu'à 19- 20h puis en dehors des horaires il y a le relais de SOS médecin, donc les patients sont peut-être plus en sécurité. On peut se permettre d'attendre un peu plus avant d'hospitaliser. On va peut-être moins vers des hospitalisations directes.

Un autre médecin généraliste exerçant lui en zone rurale reconnaît n'avoir recours à l'hospitalisation que très exceptionnellement.

L13/ Alors nous, en médecine de campagne on ne les hospitalise jamais. Je veux dire, on les traite à domicile. Moi je fais tout au domicile.

Il y a des médecins généralistes et hospitaliers qui pensent que le fait d'exercer dans une petite ville semi-rurale, facilite les relations avec l'hôpital. Une offre de soins moins grande, à taille humaine, est ressentie comme étant un facteur facilitant pour ces médecins.

L3/ Oui, parce qu'en ville c'est déjà plus compliqué. Dans une grande ville c'est plus compliqué, il y a peut-être moins de disponibilités aussi. Ici c'est un petit hôpital...
Oui ça facilite

H7/ Oui, on les connaît les médecins généralistes. Il y en a pas mal qui ont travaillé avec nous ou aux urgences. Et puis d'autres qu'on connaît de longue date. Parce que c'est petit (*cite le nom de la ville*) ! Bon il y a les nouveaux installés que je ne connais pas. Mais tous les anciens...

L4/ Euh... alors bon par rapport à Marseille... [...] Non, je pense que ça ne change pas grand-chose. A la limite dans la relation avec l'hôpital, je trouve ça plus facile ici parce qu'il y a moins de diversité d'offres, moins de cliniques, moins d'hôpitaux. On se fait une idée plus rapidement quand même, c'est plus facile, parce que c'est plus à taille humaine. Marseille, c'est encore autre chose...

A l'inverse, un autre médecin généraliste rapporte qu'en étant installé dans une zone rurale, il a moins d'offres et donc plus de difficultés à utiliser une FAD que dans une grande agglomération.

L10/ C'est plus compliqué ici. J'exerçais dans l'agglomération lilloise donc des établissements en veux-tu en voilà. Donc je trouvais toujours une place ! Toujours !

3.2. L'exception du Golfe de Saint Tropez

L'hôpital de Gassin/Saint Tropez annonce un taux d'hospitalisation par admission directe assez inédit .

H2/ Nous les entrées directes on arrive à 70 à 75 % de l'activité du service (*sourit, avec une certaine fierté*). [...] Ça fait des années qu'on y travaille. On a commencé avec 10 % d'admissions directes.

Selon le médecin interrogé c'est la situation géographique du Golf qui favorise la relation avec les interlocuteurs libéraux.

H2/ « Alors nous, c'est vraiment facilité parce que le golfe de Saint-Tropez est très petit. L'hiver vous croisez tous vos confrères en allant faire le marché, il y a une relation, ce sont des gens que l'on croise vraiment très régulièrement »

H2/ « après ça fait 25 ans que je vis sur le golfe, ça favorise énormément énormément les relations. »

H2/ « On a de très bonnes relations avec nos confrères libéraux. [...] On a travaillé beaucoup avec justement ces relations privilégiées avec la médecine de ville et c'est une monnaie courante. Ils nous appellent régulièrement donc on favorise tout ça »

Mais la communication favorisée par la localisation de l'hôpital et la connaissance des confrères libéraux ne sont pas les seuls facteurs facilitant la FAD. Le service cumule d'autres facteurs facilitants :

Il y a tout d'abord une réelle volonté de développer ce type de filière.

H2/ « C'est très « personne dépendante » on se rend compte que c'est vraiment une volonté de l'hôpital de s'ouvrir aux médecins généralistes, c'est une démarche qu'on veut avoir... »

Les hospitaliers du service ont mis en place plusieurs outils facilitant la communication avec les médecins libéraux.

H2/ « Il faut savoir que tous les médecins du pôle ont reçu par mail un numéro de téléphone direct [...] Vous tombez directement sur moi ou sur mon remplaçant si je ne suis pas là. »

H2/ « on a un rappel chaque année avec un mailing pour rappeler ce numéro de contact »

H2/ « à la fin de chaque lettre de sortie, il y a toujours ce rappel « pour les admissions directes veuillez contacter ce numéro »

H2/ « Moi j'ai demandé à tous les médecins du service d'appeler le médecin traitant quand quelque chose ne va pas. C'est ce qui fait que cette politique de communication régulière favorise vraiment une prise en charge rapide. C'est facilité par la petitesse du golfe de Saint-Tropez. »

Ils ne rencontrent pas de franche difficulté dans l'accès aux examens paracliniques.

H2/ on a un accès facile avec le laboratoire, s'il s'avère être très instable, je peux faire mon bilan, je téléphone à la radio il est prioritaire j'ai tout de suite ma radio mon scanner mon angioscanner

4. Intérêt de la filière d'admission directe : un avis
unanime, ou presque

Une grande majorité des médecins interrogés, qu'ils connaissent et utilisent ou non la FAD, pensent qu'il y a un intérêt à développer ce type d'admission.

L1/ « Je pense qu'il y a un intérêt à les développer. »

H1/ « Mais je pense oui qu'il n'y a QUE des bénéfiques. »

H7/ « Moi j'y suis attaché. C'est l'avenir ! Franchement il faut que ça bascule dans l'autre sens. »

H6/ « Oh oui !!! Oui, oui !! Beaucoup n'ont rien à faire aux urgences. On aurait pu nous appeler directement. »

Les éléments donnés pour argumenter l'intérêt de la FAD sont nombreux.

L7/ « Si c'était plus développé ça serait mieux... Pour le patient, pour tout le monde, et aussi pour les urgences ! »

4.1. Alternative à un passage par les urgences jugé délétère

Le passage dans un SAU est ressenti comme dommageable pour la personne âgée.

L7/ « Et aussi pour le patient, ce n'est pas très bon de passer par les urgences. »

L8/ « mettre une personne âgée aux urgences, ce n'est pas le but »

H2/ « qu'il reste le moins de temps possible aux urgences, c'est ce qu'il y a de pire pour une personne âgée. »

L5/ « Alors le suivi aux urgences ce n'est pas terrible. Mais ce n'est pas le lieu non plus. Parce que la durée de séjour qui devrait être de 4 ou 5 heures, dépasse maintenant les 24 heures... »

L12/ « Si on arrivait à avoir des voies directes sur la gériatrie c'est sûr que ça éviterait d'envoyer des personnes âgées aux urgences ! »

La FAD est vue comme un moyen de limiter les inconvénients liés au passage par les urgences. Beaucoup expriment le temps d'attente important qu'une FAD permettrait d'éviter.

H6/ « Il y en a qui auraient pu éviter un passage aux urgences, et de l'attente pendant des heures sur les brancards. »

L3/ « Moi j'ai toujours essayé de faire de l'admission directe, surtout maintenant avec le temps d'attente aux urgences »

L12/ « Et il n'y a pas que moi qui y trouve un intérêt. Parce que les patients et les familles, des urgences, ils ne veulent pas en entendre parler. Parce qu'ils savent ce

que ça veut dire, et comment ça va se passer. Ils savent qu'ils vont passer des heures et des heures sur un brancard à attendre qu'on s'occupe d'eux. »

H5/ « il va passer 10h sur un brancard ou même plus parfois »

H1/ « Donc je préfère qu'ils viennent directement. Ça leur évite de stagner aux urgences sur un brancard. Ce n'est que pour les malades ! »

Il n'est pas seulement question d'attente, mais aussi et surtout sur d'inconfort.

H4/ « Parce que ce n'est pas terrible pour le patient de 90 ans et quelques de se retrouver sur un brancard pendant 12 heures »

L2/ « C'est vrai que les urgences ne sont pas confortables pour le patient... »

H2 / « Et puis il y a tout ce qui en découle, y a le manque d'intimité aux urgences, pour le patient grabataire, on ne peut pas lui changer les couches en plein milieu du truc, le stress, l'angoisse, il décompense très vite. »

Ce dernier médecin cité n'est pas le seul médecin interrogé à rapporter une relation de cause à effet entre un passage par un SAU et la survenue de complications chez la personne âgée.

L5/ « tout en sachant que plus le patient passe de temps aux urgences, plus il a des chances de mourir ! »

H1/ « J'estime que c'est la meilleure façon de faire hospitaliser un patient, et surtout un patient âgé. Directement dans un service c'est le moyen d'éviter les complications et les comorbidités liées au passage aux urgences. »

H5/ « Pour le patient ce n'est pas bien, parce que, pour plein de raisons, parce que ça majore les troubles cognitifs et cetera... [...] tu le récupères le lendemain en début d'après-midi et là il est en globe. »

H6/ « qui restent des heures sur des brancards, qui parfois arrivent avec des débuts d'escarres... ce n'est pas terrible hein ! Donc oui ça serait bien qu'ils arrivent directement dans un service. »

Les complications évoquées et ressenties par les médecins sont multiples : majoration des troubles cognitifs, début d'escarres, globe vésical... Un autre médecin évoque les méfaits de rencontrer plusieurs équipes soignantes et d'être « déplacé » dans plusieurs lieux différents au cours d'un même séjour. D'après lui l'hospitalisation est déjà délétère pour l'autonomie et l'état cognitif du patient, et l'est encore plus si l'admission directe n'a pu être organisée.

L13/ « L'autonomie que j'ai mis du temps à maintenir, avec les aides que j'ai mis du temps à initier, s'il y a un passage à l'hôpital... Et encore plus un passage à l'hôpital qu'on n'a pas pu avoir direct, ça va être l'hospitalisation temporaire... Il va commencer le premier jour à voir 4 personnes différentes, puis dans le service il va voir 3 infirmières, 3 médecins... Et on va m'appeler, on va me dire « ton patient il a Alzheimer » mais pas du tout ! Moi il n'en a jamais eu à la maison ! Mais il a les troubles de l'hospitalisation. »

4.2. Un moyen de désengorger les urgences

Quels que soient les services et donc quels que soient les critères pour accepter une admission directe, les médecins hospitaliers ont tous fait au moins une fois l'expérience de voir un patient passer par le SAU de manière inadaptée.

H8/ « Et qui n'ont rien à faire aux urgences et auraient pu monter directement ? Oui il y en a ! »

H2/ « A mon sens certains patients n'ont rien à faire aux urgences. Un patient en soins palliatifs n'a rien à faire aux urgences. Une personne âgée de 95ans n'a rien à faire aux urgences. Oui ça prend du temps, oui ils sont polypathologiques. Ici il y a un savoir-faire qu'ils n'ont pas aux urgences, et inversement ils ont un savoir-faire que l'on n'a pas. Je crois qu'il faut que le patient soit au bon endroit au bon moment. »

La perspective de développement d'une FAD efficace est perçue comme un outil pour désengorger les SAU.

H6/ « Oui il y a un intérêt, si on peut éviter des passages aux urgences inutiles. Ça évite de surcharger les urgences avec des patients qui n'en ont pas besoin. »

L3/ « Et puis ça déchargera les urgences ! Puisque justement ils sont débordés, je ne vais pas leur faire attendre quelqu'un en plus pour une hospitalisation dans un service. »

L7/ « parce que c'est quand même embêtant, d'abord pour les urgences parce que ça les surcharge un peu pour rien. »

H5/ « Puis ça épuise les urgentistes. Ils sont tout le temps en train de dire (*cite avec agacement*) « mais pourquoi le médecin généraliste nous l'adresse maintenant pour ça, pourquoi il ne vient pas en direct avec vous dans le service [...] non en fait ce qu'il faudrait pouvoir faire c'est inverser la vapeur ! On peut imaginer que si les médecins traitants ont un accès direct aux services, ça va peut-être vider les urgences ! »

4.3. Une meilleure coordination des soins

L'utilisation d'une filière d'admission directe est ressentie par un des médecins généralistes comme un gage de qualité. Pouvoir exposer le cas de son patient et l'orienter vers le service de son choix lui donne le sentiment d'être au cœur de la coordination des soins de son patient.

L1/ « On gère l'intégralité de la coordination. Pour nous c'est aussi important de gérer intégralement l'hospitalisation, on confie nos patients, on les confie à l'hôpital. C'est important pour moi de véritablement confier mon patient à l'hôpital, qu'il soit pris en charge comme on aimerait qu'il le soit si on l'avait à charge dans le service, comme si c'était gage qu'on allait bien s'en occuper. »

Utiliser une filière d'admission directe est ressentie comme l'opportunité de créer une relation entre le médecin généraliste et l'équipe hospitalière qui va avoir à charge le patient. Cette relation ville-hôpital est favorable à une meilleure transmission d'informations relatives aux patients.

L4/ « l'urgentiste ne connaît pas le patient, le médecin généraliste oui. »

L11/ « ça faciliterait la communication. Moins d'informations perdues. »

H6/ « Mais bon voilà on a des renseignements qu'on n'a pas forcément sinon parce qu'on l'a au téléphone pour l'admission mais qu'on ne l'aura pas forcément les jours suivants. Là d'emblée ils nous exposent un peu le cas. Et puis aux urgences ils n'ont pas tout le temps le temps de le faire, ou on perd des infos... »

Le recueil d'informations est également facilité par la présence de la famille qui serait, selon l'un des hospitaliers interrogés, plus présente lors des admissions directes que lors des admissions via le SAU.

H6/ Parce que quand ça fait 5h qu'ils sont aux urgences les familles sont parties. Alors quand ils arrivent, ils sont épuisés, il n'y a plus de famille, on ne peut plus parler à personne pour avoir les renseignements qu'il faut. Des fois les familles mettent 3 jours à venir, avant qu'on ait des renseignements... Alors qu'en entrée directe ils sont souvent accompagnés, par l'épouse, par l'enfant...

4.4. Des doutes exprimés

L'intérêt de développer une FAD n'est pas tout à fait unanime parmi les médecins interrogés.

L9/ Pas vraiment... Parce que qui va s'en servir ? [...] Moi je ne suis pas convaincu du tout.

Le doute porte sur plusieurs points, notamment sur la capacité à désengorger les urgences :

H8/ « Et on ne peut pas recevoir l'urgence vraie, donc on ne pourra pas empêcher qu'il y ait des gens qui attendent 3h aux urgences »

L9/ « Non mais à mon avis ce n'est pas avec ces patients là que c'est engorgé. C'est aussi toutes les personnes qui y vont parce que c'est gratuit. Aussi. »

L'intérêt de développer une FAD est pour certain limité car constituerait un projet utopique.

H3/ « Waouh (*siffle*). Tu as combien de temps devant toi ? Tu as combien d'années devant toi ? Combien tu as d'énergie à dépenser ? Parce que là c'est s'attaquer à l'Everest à mains nues, en sandales et sans oxygène. »

H8/ « ça fait 18 ans qu'on essaie de le faire. Ça ne marche pas. »

Au-delà de la développer, l'idée de la formaliser, par exemple en réservant quelques lits d'hospitalisation aux entrées directes est même jugée comme

pouvant être nuisible au système hospitalier par un des médecins hospitaliers interrogés.

H8/ « Parce que si je la formalise, eux et moi, on risque d'être embêtés. Parce que si je dis que je réserve obligatoirement 2 lits, tous les jours, et qu'il y a 50 en bas aux urgences, qui sont urgents, et que je ne respecte pas ce que je signe, ce que je formalise, on va me dire, à juste titre « Oh mais non c'est dégueulasse, regarde tu as signé ! ». Faut que ce soit modulable, flexible, donc formaliser non. On va me dire « tu as signé un papier tu es obligé de me le prendre. »

Ce même médecin pense que l'admission directe devrait être réservée aux établissements privés. En quelque sorte l'hôpital public doit rester facile d'accès, pour tous et sans programmation.

H8/ « On y a pensé : est-ce que je fais QUE de l'entrée directe ou est-ce que je ne fais QUE des urgences ? Mais je suis un hôpital public, je ne peux pas me privatiser en ne faisant que des entrées directes. Il y a ça. Certains services ici marchent avec 50 ou 60 % d'entrées directes programmées. Ça m'énerve un petit peu dans un système d'hôpital public. Parce que si t'arrives aux urgences mais que la place a été prise par un mec qui a pris rendez-vous comme en clinique... c'est un peu difficile... Donc quoi qu'il arrive il y aura toujours des gens qui termineront aux urgences. »

5. Mesures proposées pour améliorer la filière d'admission directe

5.1. Développer des outils facilitant la communication

Si on exclut les difficultés organisationnelles rencontrées par les médecins interrogés (manque de places, manque de moyens...) la communication entre ville et hôpital est au centre des débats.

L13/ « Donc ce qui veut dire que, j'en reviens donc à ça, que l'action majeure pour modifier ça c'est la relation entre tous ces intervenants. Ça veut dire une coordination ! Donc la coordination c'est ce qu'il manque ! »

Une grande partie des médecins interrogés propose des outils facilitant la communication. Ces outils, quels qu'ils soient, doivent être simples et efficaces pour être utilisés.

L9/ « Si c'est simple et clair, pourquoi pas [...] Donc ce nouvel outil, il faut convaincre les médecins que c'est quasiment aussi simple que les urgences. Même si on est obligé de donner un petit coup de fil.

5.1.1. Des moyens d'information

Les médecins généralistes ont été nombreux à évoquer un manque d'informations de la part des hospitaliers concernant l'existence et l'utilisation

d'une FAD. Les médecins hospitaliers, pour la plupart, ressentent également cette carence. Ils sont donc naturellement nombreux à suggérer des méthodes pour diffuser les informations relatives à l'admission directe.

H1/ « Alors je pense qu'il faut que les médecins de ville sachent qu'on existe et qu'on peut prendre des malades de façon directe... »

L4/ « il faudrait améliorer l'information, par n'importe quel moyen. »

L7/ « Il faut aussi améliorer le transfert d'informations »

Ces méthodes peuvent prendre différentes formes :

- Des plaquettes d'informations

H1/ « On a envie de mettre des petites plaquettes d'informations dans les courriers de sortie avec le numéro du secrétariat »

L2/ « Si on reçoit régulièrement une plaquette avec les bons numéros remis à jour c'est plus facile »

L11/ « Alors... Ils avaient fait une plaquette oui... il y a plusieurs années... [...] Donc c'est une bonne méthode d'information. »

- Des rappels par mail

L4/ « Au moins un mail peut être »

H6/ « C'est de la communication qu'il faut. On pourrait peut-être développer un mailing, se faire plus connaître auprès des médecins de ville. »

- **Des annuaires ou répertoires à disposition des généralistes**

L2/ « Faudrait comme un annuaire, un petit carnet. »

- **Des rappels sur les courriers de sortie**

L8/ « sur les courriers qu'on nous envoie depuis les urgences on pourrait alors peut-être nous mettre « dans ce cas-là, veuillez contacter le service » ou une autre personne... »

- **Des réunions d'informations, des rencontres organisées**

L4/ « des réunions, quelque chose de cet ordre-là. Ça améliorerait un peu la communication, déjà en voyant les gens une fois... »

5.1.2. Une ligne téléphonique directe

Nombreux sont les médecins à avoir le sentiment qu'établir le contact avec l'hôpital représente une difficulté. Parmi les outils proposés pour améliorer la communication entre ville et hôpital, les médecins interrogés évoquent la création d'un numéro unique.

L2/ « Voilà s'il y avait un numéro fixe [...] Un numéro dédié ! Un seul, que l'on connaisse ! »

H5/ « Après le mieux ce serait qu'il y ait UN numéro de téléphone. »

L7/ « Et un seul numéro ! »

L9/ « Si on sait exactement où on doit appeler, ce n'est pas un problème. »

Ce numéro unique permettrait de créer un contact entre la ville et l'hôpital plus facile et moins chronophage. Pour cela, il pourrait :

- **Être réservé aux médecins et consacré uniquement aux admissions :**

L10/ « Pour moi, dans les hôpitaux, il devrait y avoir UNE ligne réservée aux médecins de ville pour les admissions, QUE les admissions, que ça ! »

- **Et permettre le contact avec un interlocuteur sans intermédiaire :**

H7/ UN interlocuteur direct et pas de se faire balader

L12/ « Il faudrait avoir UN correspondant dans chaque service. Une personne qui soit vraiment responsable et qui puisse dire « voilà on a une place » ou « non on n'a pas de place ».

H7/ « Le plus important serait qu'on ait un interlocuteur direct dédié spécialement pour ça. »

L1/ « Si on avait UNE ligne directe, avec UN interlocuteur dédié...(*insiste*) »

5.1.3. Une plateforme téléphonique

Le numéro unique et dédié aux médecins généralistes est également mentionné dans un autre outil proposé par une partie des médecins interrogés. Seulement ce numéro ne donnerait pas accès au médecin responsable du service hospitalier ciblé pour l'admission directe mais plutôt à une plateforme téléphonique de gestion des admissions.

H6/ « Il faudrait presque peut être passer par une plateforme directe un truc comme ça... »

Certains rapprochent ce système de celui du « 15 ». Cette plateforme pourrait être gérée par un médecin régulateur qui renseignerait l'état des lits et pourrait enregistrer des demandes d'admissions.

L6/ Ben oui qu'il y ait un numéro dédié à l'hôpital... Comme le 15 quoi ! Qu'on fasse le 23 par exemple, et que voilà par exemple quand on fait le 23 on pourrait dire « voilà j'ai quelqu'un qui a un problème pulmonaire, qui a tel âge » comme un centre de régulation et que la personne puisse dire « je vous l'oriente vers tel service ».

L7/ « Il faudrait peut-être faire... (*réfléchit*) Dans les hôpitaux, il faudrait peut-être qu'il y ait quelqu'un, un médecin, qui ne travaille que pour ça. Un médecin qui fait le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Un médecin régulateur ! Un médecin régulateur qui s'occupe de gérer les hospitalisations et qui nous permettrait de... »

Un des médecins ayant par le passé exercé dans la région Lilloise prend pour exemple la plateforme téléphonique « HOP'LINE » développée par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

L10/ « Ils l'ont fait au CHR de Lille, donc nous on avait UN numéro, et tous les jours on avait un médecin, régulateur si on peut dire. Voilà, il y avait une ligne directe, avec un type de garde qui avait le point des lits [...] ils appelaient ça « HOP'LINE ». Et soit on pouvait téléphoner, soit on pouvait envoyer un mail. »

Pour d'autres médecins la régulation pourrait être assurée par des infirmiers ou des aides-soignants.

H3/ « Idéalement, une plateforme téléphonique avec des aides-soignantes ou des infirmières dédiées, comme un accueil de SAMU ni plus ni moins, qui font le recueil des données »

H2/ Est-ce qu'il faut envisager une infirmière dédiée qui [...] ferait effectivement un premier tri.

A ce sujet, un des médecins évoque une plateforme téléphonique développée dans le service de médecine gériatrique au CHU de Rouen, appelée « Plateforme Tel Gériatrique ».

H2/ « il y a les travaux du Pr C. [...] qui dans son service à Rouen avait développé une super plateforme téléphonique avec deux aides-soignantes dédiées qui répondaient aux médecins traitants. Un réseau génial ! Une plateforme donc téléphonique, les médecins traitants étaient reçus par une aide-soignante qui avait un mode opératoire que je n'ai plus en tête. Les aides-soignantes appelaient le médecin de garde ce jour-là au téléphone et qui leur disait voilà il faut faire comme ça et comme ça. »

5.1.4. Une fiche de liaison

Etablir une fiche de liaison, ou une « grille de lecture commune » pourrait faciliter la communication et standardiser les demandes d'hospitalisation.

C'est un outil semblable à un courrier d'admission qui permettrait de lister de manière synthétique une série d'informations utiles aux médecins hospitaliers pour une meilleure coordination des soins et donc une meilleure prise en charge du patient.

H3/ Donc... ce serait plus de définir, à partir [...] d'une grille de lecture initiale commune pour que devant un malade « voilà mon problème, et quelle est sa prise en charge ». [...] une grille de lecture commune ! Un questionnaire qui soit commun ! Genre « je suis médecin traitant je vous adresse un patient en service de gériatrie et voilà les 15 questions auxquelles je dois savoir répondre »

H3/ « faire une fiche. Je parle de fiche parce que ça c'est mon truc, pour dire voilà Mme Truc, qui mesure telle taille, pèse tel poids, et a tel problème, ces fragilités

gériatriques sont les suivantes, ses comorbidités sont les suivantes, et le problème actuel est celui-là. »

C'est également un outil qui peut être développé lors de communications téléphoniques. Le médecin qui propose cet outil nous rapporte son application dans le cadre d'un recours à une plateforme de tri telle que celle développée au CHU de Rouen.

H3/ « Oui, mais qui se passerait au téléphone. Une check-list. »

5.2. Augmenter le nombre de lits disponibles

Le manque de lits d'hospitalisation est un problème récurrent, responsable de refus d'admissions directes par les médecins hospitaliers

L11/ « A mon avis il faut des lits disponibles dans les services. »

5.2.1. Majorer la capacité d'accueil des services hospitaliers

Une partie des médecins hospitaliers et libéraux pense que la solution serait d'augmenter la capacité d'accueil des services.

L5/ « Quelque part il faut surtout augmenter les places d'hospitalisation en gériatrie. »

H1/ « mais surtout plus de places parce que de toute façon on fait déjà le plein... »

L9/ « Je pense qu'il faut déjà augmenter les capacités d'accueil, pour qu'on ne se casse pas trop souvent le nez avec des refus. »

H4/ « Normalement ! (*Insiste*) Il y a depuis 10 ans (*insiste, marque une pause*) il y avait un projet d'extension du service ! (*Pause*) [...] si on veut être pertinent, ça serait bien de suivre le projet jusqu'au bout et augmenter la capacité pour qu'on puisse avoir un roulement et assurer tout ça. Après ça veut dire aussi donner les moyens qu'il faut. »

5.2.2. Réserver des lits à l'admission directe

D'autres suggèrent l'idée de formaliser la FAD :

- **En réservant des lits pour l'admission directe à la demande des médecins généralistes**

L12/ « Il faut qu'on ait un accès direct, même s'il est limité en nombre de places, pour qu'on puisse... enfin je ne sais pas si je peux me permettre de dire un truc comme ça, mais que ça fasse comme un service d'urgence de gériatrie »

H1/ « J'ai une amie qui a travaillé ce sujet sur Saint-Etienne, et dans son service, ils réservent quelques lits pour les médecins généralistes, si à 15 heures les lits ne sont pas réservés ils sont aussitôt débloqués pour les entrées des urgences... Ça peut être une bonne idée ! A condition que les urgences ne débordent pas non plus... »

- **Ou en favorisant les demandes des médecins généralistes en créant une convention entre ville et hôpital.**

L12/ « J'ai créé un service d'aide à domicile et ensuite j'ai créé un service de soins infirmiers à domicile et aussi un accueil de jour pour malades présentant des troubles cognitifs. Et dans le cadre de cette création, j'ai passé une convention avec l'hôpital de Fréjus, c'est-à-dire que les patients qui font partie de cette structure en tant que bénéficiaires, s'ils leur arrivent quelque chose pendant les heures où ils sont en accueil de jour, s'il y a un problème de santé on peut les faire hospitaliser avec un accès direct en gériatrie. Donc c'est faisable ! »

5.2.3. Faciliter les sorties d'hospitalisation

Réduire les durées moyennes de séjour en facilitant les sorties pourrait permettre d'avoir plus de lits disponibles.

Une des solutions apportées concerne donc les établissements de soins de suites et de réadaptation (SSR).

H8/ « s'il y avait plus de place de SSR gériatrique, parce qu'il y en a peu dans le Var. »

H8/ « Donc aussi si on avait des lits de soins palliatifs en SSR. »

Faciliter les sorties, c'est aussi et surtout faciliter le retour au domicile. Pour cela, le domicile doit être adapté à la fragilité du patient.

L13/ « Après faut aussi anticiper au domicile parce qu'il faut pouvoir libérer des places pour en avoir »

Un médecin interrogé pense que les lits d'hospitalisation sont saturés à cause des motifs sociaux et non médicaux. Il propose pour cela une meilleure répartition des aides.

H8/ « Je pense que, si toutes les aides sociales étaient mieux utilisées, à bon escient, et mieux surveillées, j'aurais moins de patient avec des problèmes sociaux et donc uniquement des patients avec des problèmes médicaux aigus. [...] Non mais c'est TOUT le système qu'il faut revoir [...] Mais ça après c'est national, si la prise en charge sociale, je trouve, était mieux... répartie, coordonnée... »

Il évoque notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui est une aide la prise en charge au domicile de la personne âgée dépendante.

H8/ « Il faut que... (*réfléchit*) que l'APA soit moins compliquée à avoir. »

H8/ « Anticiper les aides. Mais pas que ! L'APA ! Tu connais l'APA. Il y a des gens qui ont été mis GIR 4 il y a 3 ans, et puis ça se renouvelle, il n'y a aucun suivi et ils sont GIR 1 »

Sécuriser la sortie d'hôpital et renforcer le maintien à domicile sont deux des 5 actions-clés du plan « Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie » dit PAERPA. Ce dispositif semble intéressant pour certains médecins.

L12/ « Mais ça avec le PAERPA on peut espérer que ça s'améliore. Que les gens rentrent plus vite en leur offrant des possibilités d'aides à domicile. »

5.3. Faciliter l'accès aux examens paracliniques

Les praticiens hospitaliers interrogés ont rapporté des difficultés à obtenir des examens paracliniques, biologiques ou radiologiques.

H1/ « Mais on pourrait peut-être avoir moins peur d'une entrée pas tout à fait stable... Si on avait la biologie et l'imagerie rapidement aussi ! »

Une des solutions proposées serait d'avoir plus de créneaux d'accès au scanner par exemple. Bien entendu cela soulève de nouveau un problème de personnel pour pouvoir réaliser ces imageries et les interpréter, mais aussi de matériel.

H7/ « Moi si j'ai des plages d'accès au scanner c'est plus facile ! »

5.4. Augmenter les moyens humains

La difficulté d'utiliser ou de développer la filière d'admission directe est aussi expliquée par le manque de personnel d'après les médecins interrogés.

Il concerne la profession médicale, libérale et hospitalière, et toutes les spécialités.

H3/ « Alors nous, notre particularité c'est qu'en général on est en effectif réduit »

H3/ « Bon faut savoir qu'ici sur Fréjus St Raphael je crois qu'il y a 15 000 malades qui n'ont plus de médecin traitant »

L11/ « Puis c'est difficile pour eux, ils sont en sous-effectif, et cette année ils n'ont pas d'interne. Mais bon c'est toujours le manque de lits... »

H4/ « Mais bon ils ne sont pas forcément présents car ils ont beaucoup de travail... comme il y a un manque de médecins en ville... »

Le manque de personnel paramédical est aussi très prononcé. Des médecins ont d'ailleurs rapporté un certain surmenage exprimé par les infirmiers. Le manque d'effectif est responsable d'une désorganisation des services en cas d'évènements intercurrents ponctuant une hospitalisation (situation médicale aiguë, accueil d'un patient).

Le développement d'outils permettant l'accès aux examens paracliniques, la création d'une plateforme téléphonique ou encore la majoration de la capacité d'accueil d'un service nécessitent un recrutement de personnel.

H1/ « Il faudrait plus de personnel médical ou infirmier »

H3/ « Du personnel. Il faut du personnel pour faire ça »

H7/ « Et ensuite qu'on ait du personnel pour pouvoir les accueillir »

IV. Discussion

1. A propos de la méthode et des entretiens

Les entretiens individuels nous ont semblé plus appropriés. Ils ont permis aux médecins de s'exprimer sur les difficultés ressenties, sans peur d'être jugés par leurs pairs. En revanche, pour la recherche de solutions pouvant concilier les contraintes libérales et hospitalières, il aurait été intéressant d'organiser des discussions en « focus group » entre les deux acteurs. Cette méthode d'entretien n'a pas été utilisée, principalement pour des raisons de praticité. La rencontre entre hospitaliers et médecins généralistes aurait été d'autant plus intéressante qu'il y a une volonté commune de développer des liens. C'est un travail qui pourrait être mené, notamment après mise en place de certaines mesures proposées pour favoriser l'admission directe, dans le but de les évaluer, et éventuellement de les améliorer.

Concernant le recrutement, 30,4% des médecins généralistes démarchés ont été interrogés. C'est un résultat convenable et la taille de l'échantillon (n=14) semble correcte puisque la saturation des données est obtenue.

Les appels sont classés dans 50% des cas « sans réponses » et seulement 19,6% de refus sont exprimés directement par les médecins démarchés. Ces chiffres manquent de précisions. La part des appels ayant abouti à un contact avec le secrétariat ou pour lesquels un refus a secondairement été exprimé via ce secrétariat n'a pas été notée. Le nombre de relances effectuées n'a pas non plus été comptabilisé.

Bien que l'objectif de l'étude ne fût pas de dresser le profil du médecin connaissant la filière d'admission directe, certaines données comme la présence ou non d'un secrétariat, le nombre d'années d'exercice, le mode d'exercice (seul ou en

groupe, avec ou sans rendez-vous, avec ou sans visites à domicile) ont été collectées. Ces données sont inutiles pour établir un lien avec l'objectif principal. Il ne s'agit pas d'une étude quantitative, et l'échantillon est bien trop restreint pour obtenir des données statistiquement significatives. En revanche elles ont permis de s'assurer que le recrutement des médecins s'est fait en « variation maximale » puisque différentes manières d'exercer sont représentées dans l'échantillon. On constate une tendance : la présence d'un secrétariat, qui gère en partie les demandes téléphoniques, permet de faciliter l'utilisation d'une FAD. Cela va dans le sens des résultats obtenus : pour être utilisable et utilisée la filière d'admission directe doit être simplifiée, moins chronophage. En revanche, cela ne constitue pas une solution : le médecin qui n'utilise pas de FAD ne va probablement pas embaucher un secrétariat dans le but de faciliter ces démarches, relativement peu fréquentes.

Aussi, il aurait été intéressant d'obtenir le point de vue des médecins remplaçants. Le recrutement de praticiens « SOS médecins » aurait été pertinent également. Ils sont possiblement plus souvent confrontés à des situations aiguës nécessitant une hospitalisation, et notamment lors d'interventions en EHPAD.

Le taux de réponse chez les médecins hospitaliers démarchés est excellent puisque 100% des services ciblés ont accordé au moins un entretien. L'utilisation de la FAD et les ressentis des médecins généralistes semblent « médecin-dépendant ». Il aurait été intéressant de vérifier si c'est également le cas chez les médecins hospitaliers. En se limitant à un seul praticien hospitalier par service, le point de vue du médecin hospitalier interrogé se confond avec un avis « service-dépendant ». Il aurait donc été pertinent d'interroger au moins deux praticiens de chaque service.

Le nombre d'années de pratique des médecins hospitaliers est faible. C'est l'ancienneté dans le même service qui a été mesurée et non les années d'expérience hospitalière ou médicale autre. Une partie des services sélectionnés est de création récente. Il n'est pas demandé aux médecins de préciser depuis combien de temps le service existe, ni depuis quand il réalise des entrées directes.

Au cours des échanges, l'utilisation fréquente d'un langage familier de la part des médecins interrogés laisse à penser qu'ils n'ont pas été gênés par l'enregistrement des conversations. Ceci témoigne de la sincérité des propos recueillis.

Il est intéressant de se demander pourquoi les entretiens hospitaliers ont été plus longs que les entretiens avec les médecins libéraux.

Certains médecins libéraux ont donné un rendez-vous à la place d'un créneau de consultation, ou le plus souvent, entre midi et 14h avant la reprise des consultations. Il est possible que la gestion du temps d'entretien n'ait pas permis aux médecins libéraux de s'exprimer plus profondément sur le sujet.

De plus, il apparaît assez clairement que le médecin libéral connaît ou ne connaît pas la filière, l'utilise ou ne l'utilise pas, en fonction de s'il la trouve efficace ou non. Les questions, bien qu'ouvertes laissent finalement place à des réponses fermées, assez unanimes : le manque de relation, le manque d'information, la difficulté d'établir le contact. Pour les hospitaliers il semble y avoir plus de matière à s'exprimer : à propos des médecins qui font appel à eux, ceux qui ne le font pas et pourquoi ; les raisons de leur refus, l'organisation hospitalière... Les contraintes semblent finalement plus nombreuses chez les médecins hospitaliers. C'est une des grandes forces de cette étude, puisque le point de vue hospitalier n'avait jusqu'alors été que peu recueillis.

Le guide d'entretiens n'a pas été modifié pour pouvoir assurer au mieux une reproductibilité des entretiens. En revanche, certaines questions se sont invitées selon la discussion menée. Par exemple, il a été demandé si les médecins connaissaient et utilisaient le programme PAERPA. Il a également été rapporté à de nombreux médecins l'exemple de l'hôpital de Gassin-Saint Tropez pour susciter leur curiosité.

Les échanges en dehors des entretiens n'ont pas été enregistrés, non comptés en temps d'entretien, et donc non retranscrits. Pourtant, des compléments

d'informations sont donnés, une synthèse de l'entretien est réalisée par le médecin, qui a alors tendance à organiser les différentes problématiques évoquées selon leur ordre d'importance. Il s'agit de données intéressantes mais non exploitables : il est impossible, éthiquement et légalement, de trahir un confrère en l'enregistrant à son insu.

Lors du recrutement, les services d'établissements privés n'ont pas été inclus. Ce sont principalement les hôpitaux publics qui accueillent les personnes âgées et encore plus les personnes âgées fragiles. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) « aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des personnes âgées de 85 ans ou plus pris en charge par le secteur public s'élève à 71 % » (12). Pourtant, la question des relations avec les médecins du privé s'est invitée au cours des entretiens. D'après les ressentis des médecins généralistes, le contact et l'admission directe y sont plus faciles. Il faut noter aussi et surtout que la plupart des établissements privés n'ont peu ou pas de SAU, et le mode d'admission se fait donc majoritairement par entrée directe. Ainsi la bonne communication et la disponibilité des médecins sont obligatoires au bon fonctionnement des services d'établissements privés. Enfin, l'organisation des soins ; notamment l'accès aux spécialistes et aux examens paracliniques, est différente. Les contraintes des établissements privés ne semblent pas superposables à celles du public. Une étude portant sur l'admission directe en établissement privé pourrait être intéressante, et permettrait d'identifier des facteurs facilitants pouvant être extrapolables au domaine public.

D'après les médecins interrogés, l'admission directe est plus facile lorsque le patient relève d'une spécialité d'organe, et encore plus lorsque le patient est déjà suivi et connu du spécialiste. Ces derniers sont plus axés vers l'admission directe et la prise en charge ambulatoire, qui pourrait inspirer la prise en charge gériatrique. Seulement celle-ci s'avère plus complexe, du fait de la polypathologie fréquemment rencontrée chez les personnes âgées fragiles et de la nécessité d'une prise en charge globale, médico-psycho-sociale.

Le sujet des patients institutionnalisés en EHPAD a été abordé à plusieurs reprises par les médecins interrogés. Il s'agit d'une population plus fragile car souvent moins autonome, pour laquelle la prise en charge implique d'autres intervenants (médecin coordonnateur et équipe paramédicale). C'est en raison de ces spécificités que la coordination des soins pour les patients institutionnalisés en EHPAD n'a pas été analysée.

Concernant la méthodologie, on peut regretter un manque de triangulation des données : l'auteur est l'unique enquêteur, et est la seule personne à avoir procédé aux codages des verbatims. De plus, ni la retranscription des verbatims, ni les résultats du codage n'ont été retournés aux participants pour commentaires ou corrections. Il a donc pu naître ici un biais d'interprétation lié à la subjectivité de l'auteur.

2. A propos de l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'identifier auprès des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers de services de gériatrie ou de médecine polyvalente, les facteurs limitant l'admission directe d'un patient âgé dans le Var.

Plusieurs éléments sont apparus comme étant des freins à l'admission directe. De manière générale, les réponses apportées par les médecins généralistes apparaissent assez fidèles à celles retrouvées par Canac. (28)

Le manque de communication entre les deux parties s'est imposé comme étant un facteur limitant l'admission directe des personnes âgées tant du point de vue libéral qu'hospitalier.

Ces résultats sont concordants avec de nombreuses études (28–34). Ces difficultés dans la relation ville-hôpital ne sont pas spécifiques de notre région, ni même de notre pays. Des difficultés dans le transfert d'informations entre hospitaliers et médecins généralistes étaient également signalés dans des enquêtes en Australie ou au Pays-Bas (35,36).

Si certains médecins évoquent un facteur générationnel et ont la sensation que la relation s'est dégradée avec le temps, d'autres reconnaissent, au contraire, qu'un clivage a toujours existé entre les deux secteurs, ce qui semble confirmé par des travaux plus anciens (37–39).

Le manque de relation entre ville et hôpital s'avère être responsable d'une méconnaissance de la filière d'admission directe, et de l'organisation hospitalière en général, méritant là aussi des efforts de communication pour rendre ce type de filière plus visible (31)

L'utilisation d'une filière d'admission directe n'est pas la seule difficulté naissant de ce manque de communication. La mauvaise circulation des informations relatives au

patient se retrouve dans le sens de la ville vers l'hôpital (40), par exemple lors de l'entrée d'un patient en hospitalisation ; et à l'inverse, de l'hôpital vers la ville lors de sa sortie (29,40–42). Ceci impacte la qualité de la coordination des soins (41).

Si de nombreux travaux explorent la relation ville-hôpital et les attentes du médecin généraliste, très peu d'études analysent le point de vue des hospitaliers. Cela nous a paru intéressant de le prendre en considération, puisqu'une relation ne peut être viable que si réciproque. Il était donc pertinent de connaître leurs ressentis afin de pouvoir développer des outils facilitant une relation à double sens...

Les médecins hospitaliers ont quelquefois un regard assez critique sur la médecine de ville, en considérant que le médecin généraliste cherche la facilité en hospitalisant les patients via les urgences. Cependant, certains reconnaissent les difficultés de gestion des patients, des familles, et du temps que cela demande.

Un problème récurrent mis en évidence pour faire admettre un patient directement est la difficulté à joindre un médecin du service, et son caractère chronophage.

Les études explorant la qualité de la relation ville-hôpital sont unanimes : il existe une réelle difficulté à joindre un médecin hospitalier (31,32,43).

La présence d'une secrétaire médicale dans les cabinets de médecine de ville semble en ce sens faciliter la tâche aux omnipraticiens.

L'absence d'un numéro clairement défini associé au fait d'avoir plusieurs interlocuteurs engendrent une réelle difficulté pour établir un contact téléphonique. S'ajoute à cette difficulté un manque de disponibilité du médecin hospitalier.

Ce sont des résultats retrouvés dans plusieurs études (28,30,34,44). Les travaux de François (29) montrent des réponses très critiques des médecins généralistes au sujet de leurs relations avec leurs confrères hospitaliers : « il leur paraissait difficile de joindre un médecin hospitalier pour faire hospitaliser un patient (20,2 % d'avis favorables) et d'identifier (24,2 %) ou de joindre (17,4 %) le médecin en charge de

leur patient [...] Le point faible le plus souvent cité (128 médecins, soit 44 %) était le défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers » (29).

A l'inverse, lorsque cette relation est développée, de bonne qualité, notamment par la connaissance d'un contact privilégié, l'hospitalisation par admission directe dans un service était alors plus souvent utilisée, et ressentie comme moins compliquée (28,30). Cela démontre l'importance en tant que médecin généraliste, de se constituer un réseau pour assurer une coordination des soins de qualité.

Pour des raisons organisationnelles, l'heure et le jour de la demande d'hospitalisation ont un impact sur le mode d'admission utilisé.

Le médecin hospitalier n'est pas en mesure de répondre à la demande du médecin généraliste au moment où ce dernier la formule. Pour de nombreux médecins hospitaliers interrogés, une sollicitation pour une admission directe le jour même ne peut s'envisager que le matin, une fois le point des lits fait. Certains exigent, pour des raisons d'organisation, une admission le matin, d'autres dans le début d'après-midi. Après un délai de transport pré-hospitalier, accueillir un patient en admission directe nécessite du temps : installer le patient, l'évaluer, débiter des prescriptions... Or, il faut rappeler que le médecin hospitalier termine théoriquement sa journée à 18h30 dans la plupart des centres hospitaliers. Il s'agit donc de prendre en charge correctement le patient, en engageant sa responsabilité médico légale, dans un temps imparti. Cette contrainte temporelle n'existe pas en cas d'admission après un passage par le SAU puisque la responsabilité médico légale est endossée par l'urgentiste qui a pris en charge le patient initialement, jusqu'au relais du médecin du service. L'admission dans le service après passage par le SAU peut, théoriquement, se faire à n'importe quelle heure.

Le manque de place dans les services hospitaliers est un frein à l'utilisation d'une filière d'admission directe.

Ce manque de place est responsable de refus, même lorsque la situation du patient s'y prête. La multiplication des refus est vécue comme décourageante par les médecins généralistes.

La disponibilité des lits dans un service conditionne le mode d'admission et son délai (44). Le manque de place est multifactoriel.

Il y a ceux qui évoque la diminution de la capacité d'accueil des hôpitaux. D'après le rapport de la DRESS « Les Etablissements de Santé – Edition 2018 » (12) on assiste effectivement à une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète, tous secteurs et toutes disciplines confondus, passant de 468 418 lits en 2003 à 404 248 en 2016, soit une baisse de 13,6%. En revanche, si l'on regarde les données, dans le Var, et sur une période plus courte, on observe que le nombre de lits de CSG était de 195 en 2013 contre 199 aujourd'hui (45,46).

Le manque de places est aussi expliqué par l'excès de demandes, conséquence notamment de l'évolution démographique en faveur d'un vieillissement de la population.

L'excès de demandes se fait surtout sentir en période d'épidémie hivernale, période à laquelle on doit procéder régulièrement à la mise en place du dispositif « Hôpital en Tension ». Ce dispositif oblige alors les services hospitaliers à privilégier l'admission via les urgences. Même en dehors des périodes de tension, et bien que les médecins soient nombreux à exprimer un intérêt pour l'admission directe, souvent le patient ayant déjà franchi les portes de l'hôpital est prioritaire. Ce caractère prioritaire s'expliquant par la nécessité de désencombrer les SAU, pour lesquels il existe déjà une difficulté à trouver un lit d'aval, pour une personne âgée, dans un service adéquat (47,48) : « l'encombrement n'est pas lié à des passages inutiles [...] mais à la difficulté d'hospitaliser les patients en raison d'un manque de lits d'aval. Augmenter cette capacité d'hospitalisation est donc une priorité, notamment en gériatrie aiguë » (49)

Le service d'urgence est donc devenu le mode d'accès privilégié aux soins hospitaliers.

Enfin, le manque de lits est aussi expliqué par une durée moyenne de séjour (DMS) rallongée par des journées d'hospitalisation non justifiées. Les médecins hospitaliers expriment une réelle difficulté à pouvoir raccourcir la DMS, en raison de la complexité à pouvoir organiser des sorties d'hospitalisation. Deux arguments sont fréquemment avancés :

Le premier est celui du manque de lits d'aval qui prolonge inutilement le séjour. C'est en tout cas ce qu'affirment plusieurs études (50,51). Pour Somme et al. (52) « l'accès à une structure d'aval est la première cause de non-pertinence hospitalière. ». Pour Ingold et al, (53) la plupart des jours inappropriés étaient dûs à des retards de sortie (87,10%), principalement dans l'attente d'une structure institutionnelle (59,30%). En 2007, une enquête menée sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « médecine », de tous types d'établissements confondus dans la région Nord-Pas-de-Calais (54) le taux d'hospitalisation non médicalement justifiée était le plus fort pour les lits portes des urgences (17,1%) suivi des services de gériatrie (14,8%). Parmi les personnes hospitalisées déclarées « inadéquates », 45,2% d'entre elles nécessitaient une structure d'aval (SSR, USLD, HAD, SSIAD, Soins palliatifs...). Dans cette étude, c'étaient les services de CSG qui déclaraient avoir le plus de difficulté pour trouver des solutions d'aval.

Le second argument est « le motif social », à l'origine d'un agacement non contenu de la part des médecins hospitaliers. Les patients avec une DMS plus longue sont plus dépendants, proviennent plus souvent du domicile, et sont plus fréquemment hospitalisés pour des motifs sociaux (51).

L'étude des facteurs et motifs responsables d'une DMS plus longue, avec ou sans journée d'hospitalisation non médicalement justifiée, est donc importante à prendre en compte. La réduction de la DMS permettrait d'augmenter le nombre de séjours hospitaliers donc d'ouvrir la filière gériatrique à un plus grand nombre de patients. L'intérêt pour le patient est démontré : un séjour prolongé a un impact défavorable sur la morbi-mortalité de la personne âgée et notamment sur la perte d'autonomie (18). Enfin, sur le plan économique, l'optimisation de l'activité du service par réduction de la DMS participe à une meilleure maîtrise des dépenses sanitaires.

La volonté des patients et des aidants

Les pressions des familles et des aidants jouent un rôle important dans la prolongation inutile des hospitalisations. Ce ressenti fortement exprimé par les médecins hospitaliers interrogés est cohérents avec les résultats de travaux portant sur les journées d'hospitalisations inappropriées. Le choix du patient ou de sa famille est responsable de la deuxième cause de non-pertinence hospitalière, représentant même plus du quart des journées non médicalement justifiées pour Somme et al. (52,53)

Enfin, selon certains médecins, les familles sont aussi à l'origine de l'orientation du patient aux urgences, avant évaluation par le médecin généralistes, « court-circuitant » ainsi la possibilité d'organiser une coordination des soins efficace.

Il paraît indispensable de responsabiliser les patients et les aidants. Le médecin généraliste doit tenir un rôle central dans cette éducation, tout en offrant des solutions alternatives aux familles.

Le patient comme sa famille ont également un impact dans le choix du lieu de prise en charge. Ce libre choix est un droit du patient qui est réaffirmé à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique qui précise que « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire » (55). Il faut aussi noter qu'à contrario, les aidants peuvent être à l'origine d'une demande d'admission directe, et notamment lorsque qu'un lien de confiance s'est établi avec un service ou un médecin en particulier. C'est ce qui semble être plus facilement le cas avec les spécialistes d'organes, lorsque le patient bénéficie déjà d'un suivi spécialisé.

Le motif d'hospitalisation tient un rôle important dans l'utilisation ou non d'une filière d'admission directe.

Si le motif social pur est souvent un frein à l'hospitalisation directe pour les raisons que nous avons déjà évoquées, les médecins ne semblent pas réticents à accepter des patients si ce motif est en partie accompagné d'une cause médicale. En effet, la

prise en charge de la personne âgée se veut nécessairement globale, psycho-médico-sociale.

Le motif social comprend plusieurs notions regroupées sous l'expression « difficulté du maintien à domicile ». Il peut traduire une demande de placement, un manque d'anticipation des aides (Aide sociale, APA...), une mauvaise adaptation du domicile, un isolement social... Cependant, lorsque le maintien à domicile devient difficile de manière aiguë ou subaiguë, contrastant avec l'état antérieur du patient, il faut rechercher la pathologie ou l'évènement responsable (56). Il s'agit donc d'un motif au moins en partie médical, jusqu'à preuve du contraire.

Des motifs apparaissent comme facilitants : anémie, chutes à répétition, altération de l'état général... Ce sont des motifs fréquemment rencontrés en médecine gériatrique. Plusieurs études confirment que les motifs d'admission tels que l'altération de l'état général et la perte d'autonomie sont plus fréquemment associés aux patients admis via une filière d'admission directe (22,23,57).

Les cas spécifiques d'admission pour transfusions itératives ou prises en charge palliatives sont clairement reconnus par les médecins interrogés comme devant bénéficier d'un accès direct dans le service, afin d'éviter l'inconfort d'un passage au SAU.

Un diagnostic clairement établi semble faciliter l'admission directe.

Enfin, le contexte clinique supposant une prise en charge médicale urgente nécessite un passage par le SAU. C'est naturellement le cas lorsqu'il y a une pathologie mettant en jeu le pronostic vital de manière rapide ou nécessitant des soins urgents. Mais l'orientation vers un service d'urgence semble également justifiée lorsque la situation ne peut être temporisée avant admission directe programmée, ou bien lorsqu'il y a une indication de réalisation d'examens paracliniques dont les résultats pourraient impacter l'orientation du patient vers un service autre qu'un service de gériatrie ou de médecine polyvalente. Cependant, l'admission via les urgences pour bilan paraclinique n'est pas qu'une question d'orientation...

La difficulté d'accès au plateau technique par les médecins hospitaliers est un obstacle au développement de la filière d'admission directe.

Les médecins hospitaliers déclarent demander aux médecins généralistes de diriger des patients stables vers le SAU dans l'unique but d'obtenir des examens paracliniques. En effet, beaucoup d'entre eux se plaignent d'un délai important pour obtenir un examen d'imagerie une fois le patient hospitalisé dans leur service. Dans son article, Parent rapporte que 65,6% des patients ayant une DMS allongée ont été en attente d'un examen d'imagerie (51). La réalisation d'examens d'imagerie en urgence reste tout de même possible en hospitalisation classique, mais est à l'origine d'une réelle désorganisation du service.

Concernant les examens biologiques, de nombreuses structures hospitalières ont recours à un laboratoire délocalisé, ce qui augmente le délai d'obtention des résultats. Si en pratique, un prélèvement sanguin semble peu désorganiser le service et les soignants, la question de la responsabilité médicale de la lecture des résultats se pose. En effet, cette responsabilité incombe au médecin prescripteur du bilan qui ne peut se permettre de demander ces examens après une certaine heure, pour être sûr de pouvoir être encore présent au moment où les résultats vont paraître. C'est donc une question organisationnelle et médico-légale qui renvoie à la notion de temporalité déjà exprimée plus haut.

Le ressenti sur l'évolution dans le temps de la filière d'admission directe.

Dans le guide d'entretien et au cours des échanges nous avons abordé l'évolution dans le temps de la filière d'admission directe. Il a finalement été choisi de ne pas exposer ces données dans la partie « résultats » pour plusieurs raisons.

Les réponses obtenues montraient des avis très divergents, et peu utiles à l'objet de l'étude. Beaucoup de médecins libéraux et hospitaliers ont la sensation que cette filière n'est pas plus développée qu'avant.

Les médecins hospitaliers qui ont vu une amélioration sont finalement les médecins des services de création récente pour lesquels le taux d'admission directe ne pouvait qu'augmenter. Un seul service rapporte une diminution du nombre d'hospitalisations

directes. Dans ce cas, les difficultés rencontrées étaient les mêmes que celles abordées par les médecins des autres services interrogés.

Les médecins généralistes qui rapportent ne pas connaître cette voie d'admission ne la connaissait pas non plus par le passé. Enfin, un médecin généraliste voit une amélioration, qu'il explique par une meilleure connaissance du service liée à une utilisation plus régulière.

En revanche, parler de l'évolution de la FAD avec les médecins interviewés a tout de même permis d'obtenir des réponses concernant les difficultés rencontrées et les outils à développer, en abordant la question sous une autre perspective.

L'impact géographique

Pour les médecins généralistes interrogés, la difficulté d'utilisation de la filière d'admission directe ne semble pas varier selon que l'exercice soit en milieu urbain, semi-rural ou rural. En effet, là encore les avis sont très divergents et procèdent d'avantage des habitudes de pratiques, personnelles à chacun des médecins interrogés.

La question de l'impact géographique a surtout permis d'identifier une particularité : celle de l'hôpital de Saint-Tropez-Gassin. Son service de médecine polyvalente semble avoir une FAD particulièrement efficace. La situation géographique n'est probablement pas l'unique cause du bon fonctionnement de cette filière. Cela résulte plutôt d'une accumulation de facteurs identifiés comme facilitants : accès aux examens paracliniques sans difficulté, visibilité de la FAD via un rappel fréquent de son existence et de son fonctionnement auprès des médecins généralistes, grande communication entre généralistes et hospitaliers facilitée par une relation privilégiée et un numéro d'accès direct... Il est à noter d'ailleurs, que deux des médecins généralistes ayant refusé un entretien l'ont justifié par le fait qu'ils n'avaient strictement aucune difficulté grâce aux rapports qu'ils entretenaient avec l'hôpital de Saint Tropez-Gassin. Néanmoins, il convient de rappeler que cet hôpital présente un fonctionnement financier particulier mêlant services publics et privés.

3. A propos de l'objectif secondaire

L'objectif secondaire est d'identifier les outils proposés par les médecins pour améliorer ce type de filière.

C'est par sa simplicité et sa rapidité d'utilisation que le passage par le SAU s'impose comme le mode d'entrée privilégié pour une hospitalisation : pas de prise de contact nécessaire, pas de risque de refus, prise en charge immédiate, accès aux examens paracliniques, priorité d'accès aux lits disponibles dans un service...

Cependant, le passage par le SAU est reconnu comme pouvant être délétère pour la personne âgée fragile (14–18) . Une grande partie des médecins interrogés en sont conscients. Pour être un mode d'hospitalisation plus souvent envisagé, la FAD doit être plus simple d'utilisation, plus efficace et moins chronophage. Les outils proposés par les médecins pour répondre aux difficultés énoncées vont dans ce sens.

Favoriser la relation ville-hôpital, en enjeu majeur.

De nombreux outils de communication sont proposés, ils visent à améliorer le partage d'informations et fluidifier la coordination entre la ville et l'hôpital.

Certains médecins proposent des rencontres, au cours de réunions d'informations à l'initiative de l'hôpital, ou organisées dans le cadre de la « Formation Médicale Continue » (FMC), renommées aujourd'hui « Développement Professionnel Continu » (DPC) (58). Dans sa thèse, Fabre montre que 73,55% des médecins généralistes considèrent la FMC comme un bon moyen d'améliorer les échanges (32). On rappelle également que la circulaire DHOS du 28 mars (37) relative à la filière de soins gériatriques prévoit qu'au sein d'une filière gériatrique soit organisée « au moins une fois par an une réunion d'échanges avec les médecins traitants du territoire ».

- **Des outils pour remédier à une prise de contact difficile et chronophage :**

▪ Une ligne téléphonique directe

Le téléphone est le meilleur moyen de planifier une hospitalisation pour 62% des médecins généralistes interrogés dans les travaux de Fabre (32).

Les médecins interrogés sont nombreux à proposer la mise en place d'un numéro de téléphone unique, direct, et dédié aux médecins. C'est une idée évoquée dans de nombreuses études (30,31,59). C'est également une obligation dictée par la circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques « L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie [...] Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. » (58). Dans le département du Var, au cours de notre étude, seulement un seul des 8 services interrogés avait mis à disposition un numéro permettant de contacter directement le médecin hospitalier en charge des admissions. Tous les autres proposaient le numéro du secrétariat du service, ou celui du poste infirmier. Il s'agit donc d'un outil essentiel à développer. De plus, un avis gériatrique téléphonique pourrait présenter un avantage économique pour l'hôpital dans les années à venir : il pourrait entrer dans le cadre d'une télé-expertise ; la rémunération de ces dernières étant un sujet d'actualité.

De nombreux hôpitaux en France ont mis en place un numéro direct dédié à la prise en charge gériatrique, pouvant donner lieu à un conseil, ou à une demande admission directe. Dans les travaux de Brachat (60), 15 des 20 CHU ayant répondu à l'étude ont déclaré avoir mis en place ce service. Une part non négligeable des praticiens hospitaliers interrogés (77%) a vu une évolution favorable du nombre d'entrées directes après la mise en place de ce numéro d'appel.

Au CHU de Saint Etienne, les hospitalisations en gériatrie via les urgences ont baissé de façon sensible à la suite de l'ouverture d'une ligne directe en 2013 (61).

La création d'une permanence téléphonique gériatrique à Bordeaux a permis de recevoir 714 appels de novembre 2010 à février 2012 pour la gestion de 230

personnes âgées. La hotline a permis d'éviter les admissions dans les services d'urgence dans 81,4% des cas (62).

Seules 4,3% des personnes ont été directement admises au service des urgences.

Des hospitalisations directes en gériatrie ont été organisées pour 42,9% d'entre eux.

Pour les autres, des conseils médicaux ont été donnés (38,3%), une prise en charge en hôpital de jour (9,2%) ou encore des consultations gériatriques (5,3%) ont été organisées (62).

- **Un annuaire téléphonique**

Les médecins généralistes ont rapporté le besoin de disposer d'un annuaire avec le numéro des praticiens hospitaliers. Si les structures hospitalières en avaient déjà fourni par le passé, beaucoup étaient devenues obsolètes. L'initiative n'avait pas été renouvelée par les hôpitaux. La version papier semblait convenir à ces médecins car facilement transportable lors des visites.

Certaines structures hospitalières, comme le CHU de Nantes ou le CHRU de Lille avec « HOP'WEB », ont développé un accès à un annuaire en ligne dédié aux médecins libéraux, contenant les numéros directs des praticiens de ses établissements via la création d'un « compte médecin » depuis un site internet.

- **Une plateforme téléphonique**

La proposition de création d'une plateforme téléphonique, toujours dédiée aux médecins est évoquée. Selon certains généralistes, elle pourrait éventuellement proposer une régulation des demandes en fonction de l'état des lits. C'est par exemple ce que propose le CHU de Nantes avec « La cellule d'ordonnancement ».

- **Donner une meilleure visibilité aux filières d'admissions directes**

Des généralistes interrogés ne savaient pas qu'ils avaient la possibilité d'hospitaliser leurs patients âgés sans les adresser aux urgences.

Au CHU de Lille, une ligne téléphonique, la « HOPLINE Gériatrique », gérée par les médecins de l'Equipe Mobile de Gériatrie a été créée en 2013. En 2017, parmi les 174 médecins généralistes participant aux travaux de Schmitt, 76,3% n'avaient jamais utilisé cet outil, principalement par manque d'information (56,8%) ou par oubli (28,4%) (63)

Une thèse réalisée en 2017 par le Dr Alais (64) avait pour but d'évaluer l'impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique du CHU de Limoges auprès des médecins généralistes de la Haute Vienne. Les résultats ont montré qu'après une nouvelle communication de ce numéro, il y avait une majoration du nombre d'appels reçus, une diminution du nombre de patients âgés hospitalisés en service de gériatrie via les urgences et une diminution des admissions inappropriées. Cependant, encore 66,7% des médecins généralistes ne connaissaient pas le numéro.

Pour rendre la FAD fonctionnelle il est donc nécessaire de communiquer fréquemment sur son existence et sur la procédure à suivre pour la mettre en place.

La diffusion de ces informations peut prendre la forme d'un mail, d'une plaquette d'informations, ou de rappels sur des courriers de sortie. Brachat a montré en 2016 dans ses travaux que ces outils sont utilisés par les services de gériatrie des Centres Hospitalo-Universitaires ayant développé une FAD. Le numéro d'appel pour l'admission directe est rappelé dans 95% des cas sur l'en-tête des courriers. Les moyens de communication les plus utilisés ensuite sont des campagnes d'information par courrier (18%) ou par mail (18%) (60)

- **Une fiche de liaison pour faciliter les demandes d'admissions entre médecin généraliste et gériatre.**

Un médecin hospitalier a émis l'idée d'établir pour chaque demande d'admission, une fiche de liaison, standardisée et comprenant des données spécifiques à la prise en charge gériatrique. Selon lui cet outil améliorerait la communication avec les médecins généralistes, permettrait de mieux cibler le motif d'hospitalisation et les caractéristiques médicosociales du patient. Il pourrait également permettre de limiter la non-pertinence d'une hospitalisation. La communication standardisée a effectivement été évaluée en tant que solution pour améliorer la coordination des soins (40,65) et le fait de standardiser une demande peut atténuer les erreurs et incompréhensions liées au fait que le langage et l'exercice du médecin généraliste libéral ne sont pas les mêmes que celui du gériatre hospitalier (40).

Augmenter le nombre de lits disponibles

L'augmentation des capacités du service, qui demande des moyens architecturaux et nécessite de recruter du personnel médical, paramédical et du matériel, autant de facteurs ayant un impact économique non négligeable, ne semble pas être à l'heure actuelle une solution envisagée par les pouvoirs publics.

Réduire la DMS d'un patient âgé hospitalisé, faciliter les sorties des patients hospitalisés sont d'autres alternatives envisagées. Elles font appel à plusieurs mesures, notamment :

- Anticiper les aides au domicile, par une meilleure coopération des acteurs médico-psycho-sociaux.
- Majorer le nombre de lits d'aval.
- Eduquer et informer les familles

En effet, les praticiens hospitaliers rapportent qu'une pression est parfois exercée par les familles pour prolonger le séjour du patient et repousser son retour à domicile. Si les familles se montrent peu rassurées lors des sorties d'hospitalisation c'est peut-être parce qu'un grand nombre d'incidents sont répertoriés lors du retour à domicile. Mesteig montre que 60% des patients avaient connu des incidents indésirables après une hospitalisation en court séjour gériatrique. Les plus fréquents étaient les inadéquations entre l'assistance au domicile désignée et l'assistance effectivement fournie, des erreurs de traitement médicamenteux et des erreurs d'échanges d'informations (42).

Depuis septembre 2016, le territoire Var-Est fait partie des territoires « pilotes » pour le développement du plan « Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) dit « Parcours santé des aînés ». Il s'inscrit comme un outil pour faciliter la prise en charge des personnes âgées fragiles en permettant une meilleure coordination médico-psycho-sociale. Il devrait permettre d'anticiper les aides au domicile, prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, mais aussi de faciliter leur retour à domicile en sortie d'hospitalisation (66). L'impact de sa mise en place

devra être évaluée mais les premiers indicateurs étant encourageants, le projet expérimental PAERPA s'est étendu au territoire Var-Ouest durant l'année 2018 (67). Il devrait donc pouvoir devenir un outil rassurant pour les familles, facilitant ainsi la sortie d'hospitalisation.

Réserver des lits à la filière d'admission directe

La question de réserver un pool de lits pour les admissions directes ne fait pas l'unanimité. L'activité du service doit tenir compte de l'état de surcharge du SAU et de l'état de tension hospitalière. C'est une question à l'étude au CHU de Saint Etienne (57). A Nancy un service entièrement dédié aux entrées directes a été créé au 1^{er} juin 2014 : l'Unité gériatrique d'entrée directe (UGED). Mais nous ne disposons pas d'étude sur le sujet permettant d'évaluer les bénéfices de cette création, notamment concernant l'impact sur l'activité du SAU du CHRU de Nancy et sur la qualité des soins.

Améliorer l'accès aux examens paracliniques

Si la difficulté d'accès aux examens paracliniques est un frein à l'admission directe, faciliter son accès devient un outil. Aucune proposition n'a été faite à ce sujet.

Dans de nombreuses structures hospitalières il y a des plages horaires « privées » ou non, réservées à des patients externes. On peut éventuellement envisager que l'hôpital attribue ces créneaux aux patients relevant d'une hospitalisation ou du SAU. Mais cela déplacerait le problème d'accessibilité aux examens ambulatoires vers le privé et la ville. De plus, des patients ont un suivi hospitalier ambulatoire. La réalisation d'examens dans le centre hospitalier qui les suit représente à la fois un confort et est probablement gage d'une meilleure prise en charge par le spécialiste référent. Enfin, ces propositions ne sont pas en adéquation avec le « virage ambulatoire » que les pouvoirs publics veulent donner à la médecine hospitalière.

Sans restreindre l'accueil des patients externes, la solution de faciliter l'accès aux examens paraclinique en multipliant le nombre d'examens réalisables nécessite des moyens humains (radiologues, brancardiers, manipulateurs radios) et financiers (embauches, achat de matériel) supplémentaires.

Au sujet des difficultés d'accès aux résultats d'examens biologiques, on pourrait suggérer l'utilisation des technologies analytiques miniaturisées « POCT » (Point-Of-Care ou near patient Testing). Ce sont des dispositifs de biologie médicale, délocalisés, simples d'utilisation, aux performances validées. Ils permettent d'obtenir en quelques minutes des résultats biologiques. Le coût de tels dispositifs et la performance d'analyse en deçà des examens de laboratoires localisés restent ce jour les principaux obstacles à leur mise en place (68).

4. Propositions de travaux futurs

Il serait intéressant de mettre en place certains outils proposés pour développer l'admission directe et d'en mesurer les bénéfices. Cette mesure peut porter sur une multitude d'indicateurs :

- Amélioration de la qualité de la relation ville-hôpital
- Amélioration de la connaissance de la filière d'admission directe
- Evolution du nombre et de la part d'entrées directes
- Impact sur les SAU : diminution du nombre et de la durée de passage
- Conséquences économiques

Comme énoncé en introduction, l'admission directe est encouragée par les pouvoirs publics . Les études vantant ses mérites en comparant le patient hospitalisé via les urgences et celui hospitalisé via une FAD manquent encore de force. Ce sont bien souvent des études monocentriques. Selon elles, le patient hospitalisé de manière directe a une durée moyenne de séjour plus courte, une limitation fonctionnelle à la sortie moins importante, un retour au domicile sans majoration des aides plus fréquent, des ré-hospitalisations moins précoces. Il y a certainement un biais d'analyse : les médecins généralistes organisant des admissions directes sont vraisemblablement plus sensibilisés à la gériatrie. Les patients sont donc probablement mieux pris en charge sur le plan médico-social en amont de l'hospitalisation.

Le plan PAERPA a pour objectif d'améliorer cette prise en charge globale du patient âgé au domicile. Ce programme devrait pouvoir sensibiliser les médecins généralistes, et leur permettre de déléguer un certain nombre de tâches chronophages, tout en faisant bénéficier les patients de soins coordonnés autour d'un projet de soins personnalisés. L'impact de sa mise en place devra être évalué avant d'être étendu à l'ensemble du territoire.

Enfin, les EHPAD bénéficient d'une convention avec le CSG de proximité, permettant de favoriser l'admission directe. D'après les ressentis des médecins interrogés cette filière ne semble pas plus efficace. Une étude qualitative du même ordre, plus adaptée aux spécificités du patient âgé institutionnalisé, pourrait être menée.

V. Conclusion

L'intérêt, pour la personne âgée, de favoriser une hospitalisation sans passage préalable par un service d'accueil des urgences est démontré. De nombreuses difficultés sont soulevées par les médecins généralistes et hospitaliers pour organiser ce type d'admission. Peu d'études s'étaient intéressées au point de vue des hospitaliers. La compréhension de ces difficultés a permis d'extraire des outils pour améliorer cette filière.

L'admission directe, encore trop souvent méconnue des médecins généralistes doit pouvoir bénéficier de campagnes d'informations.

L'amélioration de la relation ville-hôpital est un enjeu primordial. L'importance du nombre de travaux dans la littérature portant sur ce sujet témoigne de l'intérêt qu'il suscite. Le décroisement entre la ville et l'hôpital doit nécessairement passer par le développement d'outils de communication plus simples tel qu'une ligne téléphonique directe et dédiée aux médecins de ville.

L'impact du motif d'admission n'avait que très peu été abordé dans la littérature. Il apparaît dans cette étude que certains patients pourraient bénéficier d'une admission directe si l'accès aux examens paracliniques était plus facile pour les services de court séjour gériatrique et de médecine polyvalente.

La question du manque de places dans les services d'hospitalisation conventionnelle est un problème multifactoriel qui impacte l'utilisation d'une filière d'admission directe. La gestion des durées de séjours et la diminution du recours aux services hospitaliers pour des motifs d'ordre social semblent pouvoir en partie répondre à ce problème. Cela doit passer par une éducation des patients et des familles mais surtout par une meilleure anticipation de la prise en charge du patient âgé fragile au domicile. C'est en facilitant la coordination des acteurs médico-sociaux que le programme PAERPA, actuellement à l'étude dans le département du Var, souhaite répondre à cette problématique.

De futurs travaux devront évaluer l'impact de la mise en place de certains outils proposés sur l'évolution de la filière d'admission directe. Il serait intéressant par la suite de mesurer les bénéfices engendrés par le développement d'une telle filière, notamment sur le recours aux services d'accueil des urgences, et sur la qualité des soins de la personne âgée.

VI. Bibliographie

1. Pyramide des âges 2019 – France et France métropolitaine [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>
2. Blanpain, Buisson N Guillemette. Projections de population à l’horizon 2070 – Projections de population 2013-2070 pour la France | Insee [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
3. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=rp.age65pnn&i2=rp.indice_vieillessement&s=2015&s2=2015&view=map2
4. Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie [Internet]. 2011 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_geriatrie.pdf
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2001;56(3):M146-156.
6. Sirven N, Rapp T. The cost of frailty in France. *Eur J Health Econ.* mars 2017;18(2):243- 53.
7. Lahousse L, Maes B, Ziere G, Loth DW, Verlinden VJA, Zillikens MC, et al. Adverse outcomes of frailty in the elderly: the Rotterdam Study. *Eur J Epidemiol.* juin 2014;29(6):419- 27.
8. Ilinca S, Calciolari S. The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health Serv Res.* févr 2015;50(1):305- 20.

9. Woo J, Leung J. Multi-morbidity, dependency, and frailty singly or in combination have different impact on health outcomes. *Age Dordr Neth.* avr 2014;36(2):923- 31.
10. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. *Presse Médicale.* déc 2006;35(12):1804- 10.
11. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>
12. Les établissements de santé - édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>
13. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* mars 2002;39(3):238 - 47.
14. Kiely DK, Cupples LA, Lipsitz LA. Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc.* sept 2009;57(9):1532- 9.
15. Freund Y, Vincent-Cassy C, Bloom B, Riou B, Ray P, APHP Emergency Database Study Group. Association between age older than 75 years and exceeded target waiting times in the emergency department: a multicenter cross-sectional survey in the Paris metropolitan area, France. *Ann Emerg Med.* nov 2013;62(5):449- 56.
16. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>

17. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* mars 2002;39(3):248- 53.
18. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Presse Médicale.* 2011;40(2):e101-10.
19. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier>
20. Bulletin Officiel n°2002-14. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
21. Bulletin Officiel N°2007-4: Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 29 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
22. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarié T. Comparison of two hospitalization modes in geriatrics either directly via a hotline or after an emergency unit admission. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 sept 2018;16(3):255- 62.
23. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* juin 2012;(2):143–150.
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

25. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81- 90.
26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50- 4.
27. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20:6.
28. Canac B. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 2014.
29. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):189.
30. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. 2016.
31. Gloriot S. Communication ville-hôpital: attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. 2017.
32. Fabre L. Communication ville-hôpital: qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
33. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. 2014;105.
34. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, Stampa M de, Ankri J, Cassou B, et al. Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. *Santé Publique (Bucur)*. 17 oct 2011;Vol. 23(4):317- 28.

35. Isaac DR, Gijsbers AJ, Wyman KT, Martyres RF, Garrow BA. The GP-hospital interface: attitudes of general practitioners to tertiary teaching hospitals. *Med J Aust.* 6 janv 1997;166(1):9- 12.
36. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* févr 2013;25(1):66- 74.
37. Cuyot JC. Difficulté de communication et hôpital. *Commun Organ* [Internet]. 1 mai 1994 [cité 1 févr 2019];(HS N°1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2982>
38. BECMEUR F, VAXMAN F, KUHLEIN D, GRENIER J. Le divorce entre les omnipraticiens et les praticiens hospitaliers. *Concours Méd.* 1987;(35):3307 - 9.
39. BEDEN C, FRANCOIS P, BEAUDOUIN BERTRAND D, CALIGULA F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. *J Econ MEDICALE.* juill 2001;19(4):263 - 78.
40. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* févr 2013;29(1):49- 69.
41. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 28 févr 2007;297(8):831 - 41.
42. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røssstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 4 janv 2010;10:1.
43. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016 : constats et pistes d'amélioration [Internet]. 2016 [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/927d64d5-a0d3-43c7-a494-0fbd2a258d21>

44. Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine*. 1 sept 2010;6(7):326- 30.
45. Enquête 2013, Var. Description des capacité et des activités MCO, *Médecine Gériatrique* [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/fullscreen.htm>
46. Enquête 2017, Var. Description des capacité et des activités MCO, *Médecine Gériatrique* [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/fullscreen.htm>
47. Gérer l'encombrement aux urgences, est-ce possible? : Des nouvelles missions pour les services d'urgences ? *Rev Prat*. 2009;59(9):1272 - 5.
48. TAJAHMADY AT, MOREAU C, BOURDILLON F, VERNY M, BODDAERT J, RIOU B, et al. Évaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients. *Rev Gériatrie*. 2005;30(9):651 - 61.
49. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *Rev Médecine Interne*. 2003;24(9):602 - 12.
50. Panis LJGG, Verheggen FWSM, Pop P. To stay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay: a Dutch report. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. févr 2002;14(1):55- 67.
51. Parent V, Ludwig-Béal S, Sordet-Guépet H, Popitéan L, Camus A, Silva SD, et al. Prolonged stays in hospital acute geriatric care units: identification and analysis of causes. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. juin 2016;(2):135–141.
52. Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselín B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë: description du

phénomène et étude des facteurs de risque. Rev Médecine Interne. déc 2007;28(12):818- 24.

53. Ingold BB, Yersin B, Wietlisbach V, Burckhardt P, Bumand B, Büla CJ. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. Aging Milan Italy. déc 2000;12(6):430- 8.
54. Defebvre M-M, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique. 2007;19(2):133.
55. Code de la santé publique - Article L1110-8. Code de la santé publique.
56. Jauniot Gibert C, Mougue Ngadeu L, Achour O, Bruno M-O, Rossignol S. Les hospitalisations pour difficultés de maintien à domicile: analyse descriptive à travers une étude prospective sur 6 mois. Rev Gériatrie. 2014;39(9):591 - 8.
57. FAVRE J, MAUNOURY T, Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant, admission directe ou par les urgences ? une étude prospective en court séjour gériatrique. 2014.
58. Vallée J-P. Comment les généralistes constituent-ils leur carnet d'adresses ? Médecine. 2011;7(2):55- 55.
59. Dramé M, Dia PAJ, Jolly D, Lang P-O, Mahmoudi R, Schwebel G, et al. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES. Presse Médicale. 1 juill 2009;38(7):1068- 75.
60. Brachat M. Identifier les moyens à mettre en oeuvre afin de faciliter l'entrée directe en court séjour gériatrique au sein du CHU de Nice. 2016.
61. Bailly A. Intérêt d'une ligne téléphonique directe (Hotline) destinée aux médecins pour limiter le passage aux urgences des personnes âgées: analyse de

198 appels [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne).
Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2014.

62. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. *J Am Geriatr Soc.* avr 2014;62(4):782- 4.
63. Schmitt PY. Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille : Evaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes. 2017.
64. Alais M. Admissions appropriées et inappropriées des personnes âgées aux urgences : impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne = Appropriate and inappropriate admissions of older patients in the emergency department : impact of the promotion of a new geriatric dispatching hotline to general practitioners in Haute Vienne [Internet]. Limoges; 2017 [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-78277>
65. Chauvot G, Ranchou B. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. *Rev Gériatrie.* 2018;43(1):13- 21.
66. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
67. Un programme pour améliorer le parcours de santé des aînés : le Paerpa [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/un-programme-pour-ameliorer-le-parcours-de-sante-des-aines-le-paerpa>
68. Quinn AD, Dixon D, Meenan BJ. Barriers to hospital-based clinical adoption of point-of-care testing (POCT): A systematic narrative review. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2016;53(1):1- 12.

VII. Annexes

1. Guides d'entretiens

1.1. Guide d'entretien avec les médecins hospitaliers

J'élabore une thèse qui s'intitule « de la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique : ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var ».

Il s'agit d'un entretien enregistré, qui sera par la suite retranscrit et anonymisé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je viens seulement vous interroger, ou plutôt discuter de vos ressentis face aux problèmes que l'on peut rencontrer en tant que praticien hospitalier pour admettre un patient âgé directement en service...

Pour rentrer plus rapidement dans le sujet je vous propose un cas comme on en rencontre assez souvent : Imaginons donc le cas d'un homme de 88 ans, hypertendu, diabétique, qui a une insuffisance rénale chronique, quelques troubles mnésiques, une difficulté à la marche. Sa fille vous appelle parce que depuis 2 jours il semble plus confus, et chute. Le médecin généraliste diagnostique une pneumopathie sans critère de gravité mais devant l'altération de l'état général le médecin généraliste décide de faire appel à votre service pour hospitaliser le patient.

1. Que faites-vous **en pratique** face à cette demande ?
2. *Selon la réponse*

Si tentative d'admission directe non programmée dans un service :

- **Quelles sont les difficultés** que vous rencontrez avec les admissions directes non programmées ?

Si demande passage via urgences :

- **Pourquoi privilégiez-vous le passage au SAU ?**
- **Avez-vous déjà rencontré des difficultés** pour obtenir une admission directe non programmée dans un service ?

3. **Si vous deviez les lister**, quelles sont selon vous les principales difficultés pour hospitaliser un patient âgé ?
4. Quelles seraient selon vous **les améliorations à apporter** pour faciliter cette hospitalisation directe ?
5. A l'inverse quels sont selon vous **les facteurs facilitants** ?
6. Est-ce que vous avez des **contacts privilégiés** pour ce genre de situation ?
Pourquoi sont-ils « privilégiés » ?
7. **Que pensez-vous du développement de filières d'admission directe** dans notre département ? Déjà assez développée ? Intérêt majeur ? **Evolution dans le temps** ?

Questionnaire quantitatif - Médecine hospitalière :

- Âge :
- Sexe :
- Lieu d'exercice :
- Années d'exercice dans le service :
- Existence d'un numéro type Hotline :

1.2. Guide d'entretien avec les médecins généralistes libéraux

J'élabore une thèse qui s'intitule « de la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique : ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var ».

Il s'agit d'un entretien enregistré, qui sera par la suite retranscrit et anonymisé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je viens seulement vous interroger, ou plutôt discuter de vos ressentis face aux problèmes que l'on peut rencontrer en tant que médecin généraliste pour faire hospitaliser un patient âgé.

Pour rentrer plus rapidement dans le sujet je vous propose un cas comme on en rencontre assez souvent : Imaginons donc le cas d'un homme de 88 ans, hypertendu, diabétique, qui a une insuffisance rénale chronique, quelques troubles mnésiques, une difficulté à la marche. Sa fille vous appelle parce que depuis 2 jours il semble plus confus, et chute. Vous diagnostiquez une pneumopathie sans critère de gravité mais devant l'altération de l'état général vous décidez de le faire hospitaliser.

1. Que faites-vous **en pratique** pour faire hospitaliser ce patient ?
2. *Selon la réponse*

Si tentative d'admission directe non programmée dans un service :

- **Avez-vous déjà rencontré des difficultés** pour obtenir une admission directe non programmée dans un service ?

Si adresse aux urgences :

- **Pourquoi privilégiez-vous le passage au SAU ?**
- **Avez-vous déjà rencontré des difficultés** pour obtenir une admission directe non programmée dans un service ?

3. **Si vous deviez les lister**, quelles sont selon vous les principales difficultés pour hospitaliser un patient âgé ?

4. Quelles seraient selon vous **les améliorations à apporter** pour faciliter cette hospitalisation directe ?
5. A l'inverse quels sont selon vous **les facteurs facilitants** ?
6. Est-ce que vous avez des **contacts privilégiés** pour ce genre de situation ?
Pourquoi sont-ils « privilégiés » ?
7. Pensez-vous que **la situation géographique** de votre cabinet à un impact dans le mode d'hospitalisation ?
8. **Que pensez-vous du développement de filières d'admission directe** dans notre département ? Déjà assez développée ? Intérêt majeur ? Evolution dans le temps

Questionnaire quantitatif / Médecine libérale :

- Âge :
- Sexe :
- Lieu d'exercice :
- Années d'installation :
- Exercice en groupe ? :
- Secrétariat : oui / non / délocalisé
- Rendez-vous : avec / sans / les deux
- Visite à domicile ?

2. Entretiens hospitaliers

Entretien hospitalier n°1

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

H1/ « Bonjour, d'accord, je vais voir si j'ai de la place ». Si j'ai de la place je le prends. Si le médecin estime qu'il y a une indication d'hospitalisation, et ce qui semble être légitime chez ce patient poly pathologique, où c'est précaire à la maison, avec une pathologie infectieuse donc aiguë, alors oui ça peut valoir le coup de le faire hospitaliser dans le service.

JC/ *Donc pour vous la seule raison qui pourrait vous faire refuser l'hospitalisation c'est le manque de place ?*

H1/ Oui ou si c'est une demande autre. Là je dis oui parce que c'est un problème médical aigu. Mais si c'est un problème (*liste*) social, de placement, d'aggravation de troubles cognitifs progressif depuis X temps... Ça, dans le cadre de l'hospitalisation en médecine gériatrique ou en médecine polyvalente, ça n'a pas lieu, à mon sens, de faire partir des demandes. Après ça dépend du service auquel on s'adresse...

JC/ *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les admissions directes ?*

H1/ Les difficulté qu'on peut rencontrer... (*réfléchit*) Si l'heure

d'admission est trop tardive... Ce qui empêche du coup la bonne prise en charge. Parce que plus tôt ils arrivent dans l'après-midi et plus vite on peut les voir et prescrire les examens et surtout les traitements. Le problème c'est les traitements aussi... Les patients qui arrivent sans ordonnance. Ou sans lettre du médecin traitant aussi... Là pour le coup je m'énerve, et je crie (*rires*). Non mais là ça m'énerve vraiment... Parce que c'est du « foutage de gueule » en fait. Mais s'ils arrivent à l'heure et avec les bons papiers, il n'y a AUCUN problème pour moi.

JC/ *Ce sont des problèmes qui arrivent souvent ?*

H1/ ça arrive... ça arrive ! C'est de la mauvaise coordination quoi ! C'est « oui Madame vous devez aller à l'hôpital ils vous attendent » et puis ils arrivent. Et puis ils n'ont rien. On est là pour rendre service.

JC/ *Ça vous est déjà arrivé de demander d'abord un passage par les urgences ?*

H1/ Oui !

JC/ *Dans quel cas ?*

H1/ Quand j'ai l'impression qu'il faut réaliser un bilan biologique dans la journée. Mais après ça, ça dépend de la structure dans laquelle on se trouve. Parce que nous on n'a pas ici de

laboratoire et donc du coup ça passe par les coursiers. Ça donne un délai trop long pour avoir les résultats et s'il y a un problème aigu je ne pourrai pas le prendre en charge. Donc s'il y a un besoin de faire un bilan biologique, je demande qu'ils passent par les urgences ou qu'ils me le fournissent s'il a été fait le matin même ou la veille. Et ... Si le patient, bien sûr, est instable. Mais ça c'est assez rare, parce que le médecin de ville est aussi compétent que les médecins de l'hôpital je pense, et savent bien reconnaître une urgence.

JC/ Si vous deviez lister les principales difficultés à prendre en charge de manière directe un patient ?

H1/ Alors je n'en ai pas tellement. J'estime que c'est la meilleure façon de faire hospitaliser un patient, et surtout un patient âgé. Directement dans un service c'est le moyen d'éviter les complications et les comorbidités liées au passage aux urgences. Moi, vraiment, le truc qui me met hors de moi, et qui va me faire remettre en question les hospitalisations directes, ce sont les motifs cachés ! Quand on n'est pas honnête les uns envers les autres, et qu'il y a un motif social ou un problème complexe au niveau de la famille, du maintien au domicile etc., là je ne vais pas être contente ! Si on me le dit d'emblée et que je l'accepte en connaissant le problème, très bien ! Mais si on ne me donne pas toutes les informations... Voilà c'est ça... le truc qui pourrait m'énerver c'est qu'on ne me donne pas toutes les informations.

JC/ Donc vous considérez que l'admission directe est le mode d'hospitalisation à privilégier pour les personnes âgées... Selon vous quelles sont justement les améliorations à

apporter pour faciliter ce mode d'admission ?

H1/ Alors je pense qu'il faut que les médecins de ville sachent qu'on existe et qu'on peut prendre des malades de façon directe...

JC/ Il faut plus communiquer ?

H1/ Oui voilà ! C'est ça... Parce que moi je suis là ! Les médecins du coup qui savent maintenant qu'on existe et qu'on fait ça, ils nous appellent ! Et je crois que je n'ai jamais dit non pour un malade, pour une entrée directe. Au pire je l'accepte dans les 48h et je l'hospitalise. De toute façon si le médecin traitant ne peut pas temporiser 48h c'est que c'est trop aigu et le patient doit aller aux urgences. Mais je pense oui qu'il n'y a QUE des bénéfices. Il faut juste que les médecins sachent et nous appellent. Même mon secrétariat est au courant, ils me passent les appels, et il n'y a aucun problème. Ça se fait avec les spécialités donc pourquoi pas chez nous.

JC/ Vous pensez que les médecins en ville ne savent pas tous que vous existez ? Il faut pouvoir développer la communication ?

H1/ Oui c'est ça. Il faut qu'on communique plus, qu'on soit plus visible peut être. Juste envie de dire « coucou on est là ! ». Mais voilà... On essaie de trouver des solutions pour se faire connaître... Parce que nous ça ne nous apporte pas vraiment grand-chose...

JC/ Pour vous le mode d'hospitalisation ne change rien ?

H1/ Ben non, moi j'ai toujours des malades ! Peu importe ! Donc je préfère qu'ils viennent directement. Ça

leur évite de stagner aux urgences sur un brancard. Ce n'est que pour les malades !

JC/ Pour vous, qu'est ce qui va faciliter l'admission d'un patient venant de l'extérieur ? Est-ce qu'il y a des situations dans lesquelles il est plus facile d'accepter une admission directe qu'une admission via les urgences ?

H1/ Ceux des urgences je ne les accepte pas, ils sont là, ils arrivent ! En fait je n'ai aucun problème à accepter les malades. Concrètement si l'urgentiste estime qu'il faut hospitaliser un malade, très bien, je ne vais pas faire son métier à sa place donc je l'accepte. C'est pareil en ville, si un médecin généraliste m'appelle c'est qu'il ne s'en sort plus ou qu'il manque de moyen, ou qu'il ne trouve pas une autre solution, donc il n'y a pas de raison que je dise non ! Donc je n'ai aucun obstacle... Sauf avec certains motifs comme on l'évoquait tout à l'heure, purement sociaux. Ça c'est un problème. L'hôpital n'est pas un hôtel et moi je ne suis pas assistante sociale. Mais à partir du moment où la demande est au moins un peu médicale, je n'ai pas d'obstacle.

JC/ Je me posais la question, pas forcément en termes d'obstacles mais au contraire en termes de facteurs facilitants. Par exemple tout à l'heure on évoquait le nombre de places. Finalement avoir un nombre suffisant de lits libres serait un facteur facilitant...

H1/ Oui ça le serait. Mais globalement, comme on a beaucoup beaucoup de lits, on a souvent des places. Le taux de remplissage du service est à 101%. Mais comme on a beaucoup de lits on a toujours des sortants, tous les

jours... Et comme je disais, on essaie de les hospitaliser dans les 48h. Si le médecin m'appelle à 10h du matin, ce qui est une bonne heure pour programmer quelque chose pour le jour même, mais il est possible que je n'aie pas de lit dans la journée, mais le lendemain j'en aurai probablement, au pire le surlendemain. J'ai une amie qui a travaillé ce sujet sur Saint-Etienne, et dans son service, ils réservent quelques lits pour les médecins généralistes, si à 15 heures les lits ne sont pas réservés ils sont aussitôt débloqués pour les entrées des urgences... Ça peut être une bonne idée ! A condition que les urgences ne débordent pas non plus... Puis là, généralement, on peut donner un lit dans les 48 heures, c'est ce que je disais aussi, si vraiment il y a besoin de l'hospitaliser dans la journée c'est que par définition c'est une urgence et donc pas lieu de faire une entrée directement en service de médecine...

JC/ D'accord...

H1/ Mais facilitant... (*réfléchit*) Peut être instaurer des horaires... C'est sûr que celui qui m'appelle le matin, on va pouvoir programmer pour l'après-midi. Celui qui m'appelle à 16h c'est clair qu'avant le lendemain midi ce n'est pas possible... Après ce qui est facilitant c'est la communication ! Communiquer plus ! Une ligne directe peut être... C'est vrai qu'avec certain médecin on a même des appels sur les téléphones personnels, c'est rapide. Et j'imagine que pour eux c'est plus facile que de passer par le secrétariat, aux heures d'ouvertures du secrétariat... C'est pour ça qu'une ligne directe ça pourrait être intéressant...

JC/ Vous parlez de communiquer plus... est ce que justement vous avez

des relations privilégiées avec certains généralistes ?

H1/ Oui ! Ceux qui ont le numéro personnel d'un des médecins du service, ou tout simplement les médecins qui ont l'habitude de faire des entrées directes parce qu'ils le savent et l'ont déjà fait ! Il y en a qu'on connaît peu personnellement, je veux dire, pour de vrai dans la vraie vie, mais à force de nous adresser des patients et à force d'échanger avec eux, pour des raisons pratiques on leur donne un numéro perso ! Voilà... ceux qui savent l'utilisent je pense... Donc maintenant quand j'appelle un généraliste, pour l'informer de l'hospitalisation d'un de ses patients ou pour avoir des informations, je le prévient qu'on fait des entrées directes, qu'on accepte les patients sans les faire passer par les urgences et s'ils ont besoin on est là pour les aider.

JC/ A l'inverse, est ce qu'il y a des contacts avec qui ça ne fonctionne pas ?

H1/ C'est déjà assez souvent les mêmes médecins qui nous appellent donc oui avec les autres ça ne fonctionne pas. Encore une fois c'est ceux qui nous connaissent qui utilisent ce système. Mais c'est vrai qu'il y en a d'autres qui abusent sur les motifs d'hospitalisation et qui ne peuvent pas mentir, mais cacher un problème social... grossir le tableau clinique alors que le problème est social. Ça c'est insupportable...

JC/ Tout à l'heure on parlait des raisons pour lesquelles vous demandiez un passage par les urgences. Vous m'avez parlé de la

difficulté à obtenir des résultats biologiques rapidement...

H1/ (*me coupe*) Oui parce que le laboratoire n'est pas sur place ! Puis faut que l'infirmière se détache pour faire un bilan en plus de l'admission, faut descendre le bilan pour que le coursier le récupère... Rien que ça, ça désorganise le service. C'est clair que le personnel paramédical est en sous-effectif et que le service est lourd. Alors si je le demande elles le font c'est clair, mais bon ça peut donner du retard dans les autres soins, dans la distribution des médicaments... Et puis alors, s'il y a en plus, en même un patient hospitalisé qui décompense là c'est terminé c'est le « bordel » ! C'est pour ça qu'on ne peut pas se permettre de prendre un patient instable ! On n'est pas assez !

JC/ Il y a un manque de personnel... vous pensez qu'avec plus de personnel on pourrait faire plus d'entrées directes ?

H1/ Non pas seulement ! C'est un tout ! Il faudrait plus de personnel médical ou infirmier, mais surtout plus de places parce que de toute façon on fait déjà le plein... Mais on pourrait peut-être avoir moins peur d'une entrée pas tout à fait stable... Si on avait la biologie et l'imagerie rapidement aussi !

JC/ Oui j'allais justement vous en parler ! Vous avez des problèmes d'accès à l'imagerie ?

H1/ Oui ! Ce n'est pas comme les urgences ici une radio, c'est le lendemain le plus souvent... Un scanner c'est plusieurs jours voire une semaine ! Hors urgence... Et demander un examen en urgence c'est

pareil, c'est le même problème, ça fait du mouvement, ça prend du temps, faut appeler les brancardiers, faut négocier avec la radiologie... Parce qu'en plus ici l'après-midi c'est un privé qui s'occupe des scanners. Donc c'est clair que s'il faut un examen radiologique urgent c'est qu'il faut passer par les urgences.

JC/ Comment vous jugez le développement des filières d'admissions directes dans votre service ? Est-ce que c'est plus ou moins développé qu'avant ? Est-ce qu'il y a un intérêt à les développer ?

H1/ Oui bien sûr qu'il y a un intérêt ! C'est sûr ! Après dire si on le fait plus

aujourd'hui qu'avant ça je ne peux pas trop dire je ne suis pas ici depuis longtemps... Après je n'ai pas les chiffres... Mais je n'ai pas l'impression d'en refuser donc si on ne me demande pas plus, je ne peux pas en accepter plus... Ce qui est sûr c'est qu'on a envie de plus le développer... C'est un sujet qu'on aborde souvent avec le chef de service... On a envie de mettre des petites plaquettes d'information dans les courriers de sortie avec le numéro du secrétariat, disant *(cite d'une voix enjouée)* « Coucou ! On prend des entrées directes ! ». Il faut que je m'en occupe, mais on va le faire...

Entretien hospitalier n°2

JC/ Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?

H2/ Il faut savoir que tous les médecins du pôle ont reçu par mail un numéro de téléphone direct pour pouvoir nous appeler et pouvoir organiser une hospitalisation directe dans le service de médecine, donc généralement les confrères nous appellent directement sur ce poste là (*montre le téléphone présent sur le bureau*) et moi j'organise en moins de 24h une prise en charge en hospitalier dans le service. Donc ça c'est très protocolisé, on a un rappel chaque année avec un mailing pour rappeler ce numéro de contact et puis les lettres de sortie, à la fin de chaque lettre de sortie, il y a toujours ce rappel « pour les admissions directes veuillez contacter ce numéro » voilà.

JC/ D'accord ! C'est une sorte de hotline ? Si demain j'appelle je tombe sur qui ?

H1/ Vous tombez directement sur moi ou sur mon remplaçant si je ne suis pas là. Elle fonctionne aux jours et heures ouvrables naturellement.

JC/ Dans l'organisation du service, vous réservez des places ?

H2/ On arrive à avoir un turn over assez rapide. Alors naturellement si le patient sort d'une urgence, est en décompensation respiratoire, si votre pneumopathie est vraiment sévère il passera par les urgences. Pour ça il faut un plateau technique rapide, donc ça c'est pour les urgences. Dans le « programmé » on a quand même 12h, ou 12 à 24h devant nous donc en

principe on répond à la demande dans les 12 à 24h. Sauf si c'est vraiment des bilans (*Réfléchit*) Si vous m'appelez pour un bilan d'anémie à 10g, bon ça on le programme de façon cohérente quand il y a tous les spécialistes, parce que bon nous sommes un petit hôpital donc on essaie de coordonner, d'organiser réellement non pas de prendre rendez-vous en hospitalisation mais avoir les spécialistes nécessaires pour la prise en charge du patient et comme ils ne sont parfois pas là toute la semaine on dispatche les hospitalisations comme ça.

JC/ Vous me parliez de plateau technique, qu'est-ce que vous avez à disposition ici ?

H2/ Niveau radio, ça va. Mais en revanche, c'est le recours aux spécialistes. Ici on n'a pas tous les spécialistes, on n'a pas de neurologue, pas de neurochirurgien, pas de chirurgie seulement chirurgie viscérale et orthopédique et encore pour la personne âgée on essaie de le faire dans des conditions autres, on a un diabétologue qui n'est là que le jeudi, on a un néphro qui n'est là que les mercredis. Il faut quand même jongler avec ces impératifs, ces emplois du temps des spécialistes.

JC/ En reprenant la vignette clinique vous me parliez de la gravité de la pneumopathie et de son éventuel passage aux urgences par rapport à un plateau technique « rapide ». Vous avez des difficultés avec les plateaux techniques lorsque vous recevez un patient en entrée directe ?

H2/ Non, non. On a un accès facile avec le laboratoire, s'il s'avère être très instable, je peux faire mon bilan, je téléphone à la radio il est prioritaire, j'ai

tout de suite ma radio, mon scanner, mon angioscanner, et puis si ça ne va pas je peux même le mettre à l'UHCD pour avoir un lit monitoré.

JC/ Donc pour vous finalement dans l'organisation du service vous rencontrez peu de difficultés avec l'hospitalisation directe

H2/ On facilite le plus possible. Après malheureusement, il y en a toujours dehors des heures ouvrables, car c'est malheureusement là où le bât blesse, donc il y a un passage par les urgences. Les maisons de retraite sont assez fortiches, (*rire*) le vendredi soir pour envoyer vers les urgences. Elles ne sont pas médicalisées comme on le croit, vous le savez sûrement, donc les aides-soignantes la nuit je comprends tout à fait qu'elles ne peuvent pas prendre de responsabilité X ou Y et nous nous ne faisons pas d'admission nocturne donc ... Et encore la veille de weekend aussi on peut les prendre puisqu'on est là le samedi matin, donc on essaie d'élargir vraiment le panel.

Maintenant (*hésite*) tout le monde ne joue pas le jeu, (*réfléchit*) je pense qu'il y a des placements, enfin des hospitalisations un peu à la hussarde parce que les infirmiers ne veulent pas... (*se reprend*) parce qu'il y a une sous médicalisation dans les EHPAD. Vraiment ce sont les EHPAD qui posent le plus de problèmes, plutôt que les libéraux.

JC/ Qu'est ce qui va faire, qu'après un appel, vous déclenchez plus facilement un passage par les urgences ?

H2/ Le moment où on me passe l'appel. Il y a des médecins qui ont la spécialité de m'appeler sur les coups des 18h en nous disant « j'ai un patient qui à 5 d'hémoglobine, il n'est pas très

bien », là je lui dis « écoute, tu le fais passer par les urgences, moi je réserve le lit ici, il y a un lit pour lui mais fais-le passer par les urgences ». On avance, on ne va pas attendre le lendemain pour faire quelque chose pour lui. Donc c'est l'horaire d'appel et la gravité, ou de ce que je ressens comme grave. Tout en sachant qu'il y a certains généralistes qui vous appellent juste parce qu'ils ont reçu le bilan de leur patient, mais qui ne sont pas allés voir leur patient ! Ah oui ça existe ! (*Rires*)

JC/ Effectivement l'admission directe marche presque trop bien !

H2/ Mais oui, oui c'est ça (*rires*) surtout pour les anémies, les transfusions, pour ça on est très, très au point. Non, il nous arrive même de convoquer les patients sans même que le généraliste soit au courant. On l'appelle ensuite en lui disant « écoute, j'ai appelé ton patient, il vient se faire transfuser » et il me répond « ah bien, c'est très bien ». On a de très bonnes relations avec nos confrères libéraux.

JC/ Vous avez des contacts privilégiés avec certains confrères ?

H2/ On a une bonne relation avec une grande majorité, pas tous naturellement ce sont des relations humaines. Mais, quand même la majorité, ils nous appellent, ils savent très bien qu'on prend les patients dans la journée. Là j'ai une dame qui vient d'entrer et ce matin le médecin m'a appelé à 11h la patiente est rentrée à 14h, on arrive le plus possible à réduire les délais.

JC/ Par rapport à l'activité globale du service, vous trouvez que l'admission directe est assez développée ?

H2/ Nous les entrées directes on arrive à 70 à 75 % de l'activité du service (*sourit, avec une certaine fierté*). Moi je privilégie les entrées directes plutôt que les urgences. Parce qu'aussi ça nous permet d'avoir des cas plus intéressants aussi.

JC/ *Vous attribuez ce taux à quoi ? Comment ?*

H2/ Ça fait des années qu'on y travaille. On a commencé avec 10 % d'admissions directes. On a travaillé beaucoup avec justement ces relations privilégiées avec la médecine de ville et c'est une monnaie courante. Ils nous appellent régulièrement, donc on favorise tout ça. C'est un travail, on est sur place depuis 2004, ça fait 14 ans qu'on travaille là-dessus.

JC/ *Est-ce que les praticiens aux urgences ont pu remarquer une diminution du passage.*

H2/ L'Hiver c'est très net. On a quand même un afflux de personnes âgées. Ici c'est très vieillissant donc on a toujours du passage aux urgences. Je vous dis, le vendredi soir les EHPAD qui se vident avec les personnes âgées trop fragiles... ça c'est ... on ne peut pas absorber tout ça. Les urgences reçoivent plus les patients d'EHPAD et puis ceux qui sont des urgences et doivent passer par les urgences.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez du développement de ces filières-là dans le Var ?*

H2/ C'est très personne dépendante on se rend compte que c'est vraiment une volonté de l'hôpital de s'ouvrir aux médecins généralistes, c'est une démarche qu'on veut avoir. Alors nous, c'est vraiment facilité parce que le golf

de St Tropez est très petit. L'hiver vous croisez tous vos confrères en allant faire le marché, il y a une relation, ce sont des gens que l'on croise vraiment très régulièrement. Moi j'ai demandé à tous les médecins du service d'appeler le médecin traitant quand quelque chose ne va pas. C'est ce qui fait que cette politique de communication régulière favorise vraiment une prise en charge rapide. C'est facilité par la petitesse du golfe de Saint-Tropez.

JC/ *Selon vous la situation géographique l'explique aussi*

H2/ On est assez isolé. Voyez, on est assez loin de Toulon, vous rajoutez un camion là-dessus, ou des intempéries, là pour aller à Fréjus c'est impossible. L'été c'est incroyablement fou. Les gens veulent venir dans cet hôpital de proximité tout en sachant ce qu'on peut faire et ne peut pas faire. Donc les pertes d'autonomie chez le patient diabétique et cetera c'est monnaie courante

JC/ *Vous avez toujours eu cette activité hospitalière ?*

H2/ Avant j'avais une activité d'urgences, de SMUR et de régulation

JC/ *Est-ce de là que vous vient l'envie de développer l'admission directe ?*

H2/ A mon sens, certains patients n'ont rien à faire aux urgences. Un patient en soins palliatifs n'a rien à faire aux urgences. Une personne âgée de 95ans n'a rien à faire aux urgences. Ou alors, s'ils y sont, il faut faciliter leur prise en charge en médecine. Oui ça prend du temps, oui ils sont polypathologiques. Ici il y a un savoir-faire qu'ils n'ont pas aux urgences, et inversement ils ont un savoir-faire que l'on n'a pas. Je crois qu'il faut que le

patient soit au bon endroit au bon moment, et qu'il reste le moins de temps possible aux urgences, c'est ce qu'il y a de pire pour une personne âgée.

Et puis il y a tout ce qui en découle, il y a le manque d'intimité aux urgences, pour le patient grabataire, on ne peut pas lui changer les couches en plein milieu du « truc », le stress, l'angoisse, il décompense très vite. Et puis, et puis un urgentiste sera toujours un urgentiste, avec une certaine violence ... enfin pas une violence mais un traumatisme. C'est traumatisant pour un patient âgé de voir tout ce bataclan arriver.

JC/ Finalement, vous la filière d'admission directe, vous y voyez peu de difficultés...

H2/ On facilite tout, alors avec 80% des médecins du golfe ça marche très très bien, puis il y a toujours les 20% qui continuent à envoyer aux urgences dès qu'ils ont un poil entre les deux dents...

JC/ Avez eu des demandes excessives ou cachées.

H2/ Oui on le sait, il y a toujours celui qui va prendre le côté médical et qui va nous le forcer pour nous mettre une perte d'autonomie en attente de placement. Après il faut savoir que les libéraux ont du mal à placer leur patient en SSR. J'en connais très peu qui y arrivent, il faut vraiment qu'ils aient une connaissance particulière en SSR sinon c'est mission impossible.

JC/ C'est étonnant qu'il y ait une aussi bonne communication entre libéraux et hospitaliers et pas avec les SSR ou EHPAD.

H2/ Parce qu'ils ne sont pas dans le golfe. Vous n'avez pas de telles structures dans le golfe, c'est Hyères, le Luc, Fréjus, le Haut Var... C'est pour ça que je vous dis que de voir et connaître ses interlocuteurs favorise vraiment ce réseau.

JC/ Vous avez été contacté par l'ARS et le plan PAERPA ?

H2/ Oh oui, (*rires*) mais on ne s'en sert pas... pas trop parce qu'on est toujours un peu isolé. Les aidants des autres hôpitaux ont du mal à venir et puis sur le plan social c'est très difficile. On a eu un gros problème, même le PAERPA ne pouvait rien faire, un gros problème avec une prise en charge d'une personne en perte d'autonomie, grabataire, sur Ramatuelle, parce qu'il n'y a pas d'infirmière, donc il a fallu gérer ça et on a réussi à gérer ça avec d'autres infirmières. Finalement ça part toujours par un système D et quand le système D marche, on finit par faire des choses qui deviennent fonctionnelles et qui sont protocolisées.

JC/ ça peut représenter une solution pour les plus grosses structures, où le réseau que vous décrivez est moins développé...

H2/ Possible, après ça fait 25 ans que je vis sur le golfe, ça favorise énormément énormément les relations. Et puis la hotline, un coup de téléphone et c'est rapide. Là on a directement un médecin pas plusieurs interlocuteurs ... Parce que quand vous téléphonez à Nice c'est parfois mission impossible.

JC/ Merci de m'avoir accordé ce temps d'entretien, je vois qu'ici c'est une filière remarquablement développée

H2/ Oui on fait au mieux. C'est une bonne solution, les urgences sont engorgées de personnes qui ne devraient jamais y aller.

JC/ *On y est maltraitant ?* H2/ On y devient maltraitant, parce qu'on est exaspéré, maltraitant aussi parce que nous y sommes maltraités. Les gens viennent maintenant, et utilisent la médecine comme un bien de consommation courante. On vient pour un oui pour un non donc ce n'est pas le rôle des urgences. Et la médecine générale a un peu perdu cette dimension d'aide à la population

Entretien hospitalier n°3

JC / Présentation du sujet de la thèse ... je viens donc vous questionner sur vos ressentis, votre expérience dans ce service...

H3/ *(Me coupe avant la vignette clinique)* On a une grosse partie d'admission via les urgences. Alors nous, notre particularité c'est qu'en général on est en effectif réduit, et on a une équipe mobile de gériatrie et c'est cette équipe qui va soit aux urgences, soit à l'UHCD, soit dans les différents services pour faire déjà la première visite, je vais vous montrer comment ça se passe *(déverrouille son ordinateur)* et qui dit un petit peu quelles sont les prises en charge à faire, et après quand les malades arrivent ici, les patients ont déjà vu un gériatre et il y a déjà tout un bilan qui est programmé. Alors ça ne veut pas dire qu'on corrige les pratiques de nos collègues, mais on ne les voit pas arriver comme ça du jour au lendemain. Maintenant quand on a des lits et qu'on a des places, et qu'on a les médecins traitants, c'est là qu'on fait des entrées directes. Et là en général ça se fait sur un coup de fil. C'est les médecins traitants qui appellent au secrétariat, la secrétaire prend le nom du médecin traitant, le motif, le nom du patient.... Nous, après il nous retéléphone. En général il retéléphone au médecin de l'équipe mobile, qui fait le point avec lui sur le pourquoi de l'appel, et puis bon, si on prend le malade on convient d'une heure... En général, quand on a un peu de bol, on a un courrier *(sourire)* voilà ! Parce que de temps en temps ce n'est pas toujours le cas... c'est un petit peu le problème avec la médecine

de ville en ce moment *(voix presque chuchotée)* même s'ils sont en grosse Bon faut savoir qu'ici sur Fréjus Saint-Raphaël je crois qu'il y a 15 000 malades qui n'ont plus de médecin traitant. C'est un gros gros gros gros problème ! On a un service de 31 lits ... alors qu'est-ce que je vais pouvoir prendre comme malades. Voyez ça par exemple, ça c'est une malade qui a été vu en UHCD, on appelle le médecin de l'équipe mobile, voilà c'est une dame avec trauma du rachis hyperalgique. Le médecin de l'équipe mobile va la voir *(me montre le détail du dossier rédigé par le médecin de l'équipe mobile gériatrique, un dossier très détaillé sur le plan médical, social, nutritionnel ...)* voilà donc là ce n'est pas pareil, on va JUSTE un tout petit peu plus loin *(ironique)* et là on a un bilan gériatrique, une conduite à tenir, donc quand le malade arrive dans le service on sait déjà où on met les pieds. Et en général on se téléphone entre nous : « attention tu vas recevoir tel ou tel malade, il y a tel ou tel gag » donc ce n'est pas les malades... bon, c'est sûr, quand on n'a pas ces deux options là et que les malades arrivent en entrée directe ou par les urgences et qu'on a un lit, et ben hop *(siffle)* il monte... Et alors là après c'est au petit bonheur la chance !

JC/ (je laisse un silence pour le laisser développer, pas de réponse, je le relance) : d'accord... ?!

H3/ Et je n'en dirai pas plus, je ne parlerai qu'en présence de mon avocat *(rire)*

JC/ (rire) vous pouvez parler, c'est anonyme je ne vous citerai pas ! Donc c'est le médecin de l'équipe mobile ...

H3/ (*Me coupe*) c'est le médecin de l'équipe mobile ! Le principal filtre c'est le médecin de l'équipe mobile ! Soit pour les malades vus aux urgences, en UHCD, ou en service de médecine. Comme le monsieur qu'on a récupéré en début de semaine qui était en oncologie, mais qui n'avait rien à faire en oncologie, et qui s'est retrouvé là-bas, ben par parce qu'il fallait trouver un lit... et que l'onco appelle « aaah on a un vieux on en veut plus, au secours » donc c'est le médecin de l'équipe mobile qui y va qui fait une observation. Il fait une observation donc nous ça nous épargne ! Voilà ! Faut savoir qu'une observation en gériatrie c'est UNE HEURE ! Un bilan gériatrique initial : observation, rédaction, toute la prise en charge... Voilà, nous on a un protocole, juste pour dire, qu'on a informatisé (*cherche sur son ordinateur*) voilà tac, quand on fait la prise en charge gériatrique : voilà ça c'est toute la prise en charge (*me montre et détaille*) la clinique... soins de bouche... la kiné... le poids, la prise en charge nutritionnelle... il n'y a pas UN malade qui n'est pas « screené » au niveau du poids, de la nutrition.

En gros voilà les 3 modes d'admissions classiques, mais nous on a un premier filtre avec l'équipe mobile.

JC/ *Combien êtes-vous de praticiens ?*

H3/ 31 lits, 3 praticiens, et un pour l'équipe mobile. Donc quand il y en a un qui est en congé ... ben On se débrouille !!!

JC/ *OK ! Donc, comme je vous l'ai dit, j'explore le ressenti des médecins généralistes et des médecins hospitaliers, sur la difficulté à hospitaliser un patient gériatrique, via*

une filière d'admission directe, donc sans passer par les urgences...

H3/ Le problème c'est que les médecins traitants ils n'anticipent pas les gags, après on pourrait rediscuter de pourquoi ils n'anticipent pas les gags. Mais les gros motifs d'hospitalisation en gériatrie c'est quoi ? (*Dénombre avec les doigts*) Chutes à répétition, perte d'autonomie, troubles cognitifs accutisés, euh... de novo ou pas, la confusion, l'anémie, le bilan biologique catastrophique et on les voit en catastrophe ou en maintien à domicile qui devient impossible. Le problème c'est qu'effectivement on a une génération qui n'a pas été formée à la gériatrie, donc les bases de la gériatrie ils ne les ont pas, ils sont encore sur des idées (*réfléchit*) un petit peu compliqué on va dire... et donc... La gériatrie, C'EST VRAIMENT une spécialité, sa particularité c'est que c'est une médecine de vieux enfin de médecin un peu expérimenté, et il faut TOUJOURS avoir deux coups d'avance. La gériatrie, C'EST une spécialité où le malade est par définition asymptomatique : la fièvre n'est présente que dans 30% des cas, les douleurs ne sont pas spécifiques, l'embolie pulmonaire comme t'apprends dans le bouquin, ça fait 30 ans que je fais ce métier, j'en ai vu trois ... tout le reste c'était des trucs qui tirent dans un coin, « waou vous êtes vachement fort comment vous avez fait » ben je me suis trompé 3500 fois maintenant je ne me trompe plus ! Une gastroentérite chez la personne âgée c'est un infarctus jusqu'à preuve du contraire. Donc c'est toujours le même problème. Donc effectivement, comme ils n'ont pas ce regard-là, quand le coup arrive, on a toujours un retard. Donc... ce serait plus de définir,

à partir – enfin c'est comme ça que moi je le verrais – d'une grille de lecture initiale commune pour que devant un malade « voilà mon problème, et quelle est sa prise en charge ».

La difficulté vient de là, c'est-à-dire qu'on sous-estime les problèmes jusqu'à ce que (*claquement de doigt*) on se les prend tellement dans le mur qu'on n'a pas le choix

JC / Pensez-vous que justement si l'admission directe à l'hôpital était plus simple, est ce qu'on pourrait mieux anticiper, et éviter...

H3/ Le problème c'est que nous on croule sous les demandes !!! Non mais j'entends encore des médecins traitants, je les aime bien, c'est des copains, mais quand on dit les démences séniles on s'en fout, ça commence à me gonfler un petit peu... je leur ai dit : non mais 80% de ce que tu leur fais « bouffer » c'est des pour des pathologies que tu ne peux pas guérir, et tu me dis je ne vais pas m'occuper de la démence parce que de toute façon on ne peut pas la guérir ! Non mais une hypertension artérielle tu ne la guéris pas ? Tu la traites !! Une ostéoporose tu ne la guéris pas ? Tu la traites !! Un diabète tu ne le guéris pas ? Tu le traites !! Une grippe ? Tu ne la guéris pas ! Tu la traites ! ... Enfin voilà !! Ben une démence tu la diagnostiques parce que sa prise en charge va permettre d'éviter bien des problèmes. Une dénutrition ; moi, mon truc c'est la dénutrition. Qu'ils ne bouffent pas le soir ? Tout le monde s'en fout. On va bientôt arriver à la période de vaccination pour la grippe, il y en a combien à qui ça va servir à que dalle le vaccin de la grippe, regarde je vais

te montrer quelque chose (*cherche sur l'ordinateur*) c'est un diaporama que je fais pour des cours : voilà c'est là : « les modifications de la réponse immunitaire » c'est un article qui date de 1997, ça va ! c'est pas ... (*lève les yeux au ciel*) « baisse de la prolifération lymphocytaire, atteinte de l'immunité humorale quantitative, baisse de la production de cytokines, réponse vaccinale diminuée, aggravation de la dénutrition... » et tout le monde va se faire vacciner contre la grippe, dans un tiers des cas, à cause de la dénutrition ça ne servira à que dalle. Combien je vois de médecins traitants qui adressent en disant le poids est à tant, la taille est à tant, l'IMC et donc à Non, on m'envoie « chutes à répétition » OUAH il a un IMC à 16 ! « Il est en perte d'autonomie » OUAH l'IMC est à 14 ! OHOOO (*fait « coucou » avec les mains*) ALLO LA TERRE ! Ce n'est pas « il a une dénutrition, j'ai essayé de la corriger comme je pouvais, mais là je n'y arrive plus, au secours Obi-Wan-Ken obi aidez-moi s'il vous plaît ». C'est « je viens pour chutes à répétition ».

Le problème c'est un problème de formation et quelque part ce qu'il nous faudrait c'est une grille de lecture commune ! Un questionnaire qui soit commun ! Genre « je suis médecin traitant je vous adresse un patient en service de gériatrie et voilà les 15 questions auxquelles je dois savoir répondre » si je ne réponds pas je prends un plomb ! Je suis gériatre, j'ai un médecin traitant qui appelle, c'est normal je suis là pour lui filer un coup de main, voilà les 15 questions que je vais lui poser. A partir de là voilà... Et puis on anticipe ! J'avais fait à l'époque en Chir ortho les 10 pièges de la

confusion postopératoire. Eh bien j'aimerais pareil pour le médecin traitant : les 10 pièges chez la personne âgée. Après effectivement la prise en charge de la personne âgée est longue, difficile, chronophage, complexe, même à l'hôpital alors qu'on a tout le plateau technique que le médecin traitant n'a pas. J'ai fait 5 ans de remplacement, plus jamais je ne pourrais faire de médecine générale, après tout ce que j'ai vu c'est impossible je suis devenu trop parano. Donc c'est sûr que le médecin traitant il n'a pas accès à notre plateau technique, il est isolé il ne travaille pas en équipe comme nous, la prise en charge de la personne âgée est difficile, la gestion du temps est difficile, en plus il a 40 malades à voir. Si on lui dit il faut que tu prennes une heure pour examiner la personne âgée, même pas en rêve tu le fais ! Moi je me rappelle en médecine de ville m'être fait avoir par la petite grand-mère que je connaissais bien, qui était amie avec ma grand-mère, bonne comme le pain, qui m'a appelé deux fois parce qu'elle avait mal au bras, alors soi-disant rhumatismal parce qu'elle avait fait son jardin, puis la deuxième fois, j'ai compris « non ce n'est pas ça, c'est le cœur », je l'ai envoyé à l'hôpital, c'était un infarctus j'avais perdu 3 jours.

JC / Vous m'avez parlé tout à l'heure de motifs plutôt subaigus et très fréquents en médecine gériatrique : les pertes d'autonomie, les chutes, les dénutritions.... Mais concrètement si un médecin traitant vous appelle, et vous dit « voilà j'ai un patient... »

H3/ (*Me coupe*) nous à l'interrogatoire on va déjà savoir un petit peu ou on met les pieds, est-ce un problème aigu ? Est-ce que c'est urgent ou pas ?

Ça c'est la première chose ! Est-ce qu'on a le temps de se retourner ou pas ? Est-ce qu'on a le temps de chercher une place, un lit pour l'admettre ? ou bien est-ce qu'il ne faut pas perdre de temps, on l'envoie aux urgences, et quand on l'envoie aux urgences on va lui dire « appuie là-dessus », c'est-à-dire qu'aux urgences il ne faut pas dire à un urgentiste « voilà c'est un vieux » mais « c'est une personne qui a tel ou tel problème, il faut faire tel ou tel bilan, j'ai eu le Dr untel au téléphone qui m'a conseillé de faire ça ! Après ils suivent ou ils ne suivent pas ça c'est une autre histoire, mais déjà on a un rôle de conseil et d'appui, c'est-à-dire qu'il n'est pas « seul dans ses pompes » à faire son courrier, il a eu un avis, un collègue qui lui a dit que... Voilà ça c'est la première chose. Deuxième chose, est-ce qu'on a le temps de se retourner ou pas ? Si on a le temps de se retourner OK, il peut faire quoi comme bilan en attendant, comme prise en charge, avant qu'on puisse le récupérer le lendemain, le sur lendemain, le sur sur lendemain et cetera.

JC/ Ok, imaginons un cas : « lecture de la vignette clinique »

H3/ S'il n'a aucun antécédent il peut le garder, le traiter et voir ce qu'il se passe. Il a des antécédents cardiovasculaires, il a un petit peu des troubles cognitifs, il ne va pas pouvoir trop s'hydrater, on commence à serrer les fesses, et comment est l'entourage ? L'entourage est là ? l'entourage est fiable ? Est-ce qu'il vit seul ou pas ? Est-ce qu'il n'y a que la fille qui est venue dire bonjour à son papa chéri ?

JC/ *Oui, oui imaginons qu'il vit seul et qu'il y a une véritable indication d'hospitalisation...*

H3/ Dans ces cas-là, soit effectivement j'ai un lit je le prends, soit je n'en ai pas, le médecin le fait hospitaliser et nous on se débrouillera pour le récupérer quand un lit se libère.

JC/ *Donc pour vous la difficulté première pour récupérer ce type de patient c'est... ?*

H3/ C'est nous, avoir de la place. Sauf que pour nous avoir des lits d'aval c'est une calamité. Tous les jours on se bat pour que nos malades soient admis dans des SSR.

JC/ *Après avoir accepté l'admission de ce type de patient, est-ce que vous rencontrez des difficultés dans la prise en charge ?*

H3/ Oui, aujourd'hui oui. En 2018, oui ! Tu m'aurais posé la question il y a deux ans c'était non, mais aujourd'hui oui.

JC/ *Quelles sont ces difficultés ?*

H3/ Une difficulté d'accès au plateau technique. Alors le laboratoire non. Mais les examens complémentaires oui. Il y a de moins en moins de médecins, et de plus en plus de demandes. Ce qui ne se faisait plus il y a quelques années se refait aujourd'hui : c'est « les femmes et les enfants d'abord ». ON ETAIT un service d'expertise, c'est-à-dire qu'on nous adressait des patients pour bilan d'altération de l'état général, pour des bilans de dénutrition... on pouvait avoir en trois jours le scanner thoraco abdomino-pelvien pour voir s'il y avait un néo machin et tout. Aujourd'hui on

sait que comme l'accès au plateau technique se raréfie, il faut que l'examen complémentaire serve à la guérison rapide du malade, si c'est une suspicion de néo et qu'il faut 15 jours pour avoir son scanner, et bien son scanner il ira le faire en ville... c'est malheureux, ce n'est pas la médecine que moi j'ai appris à faire. Ce n'est pas la gériatrie que moi j'ai appris à faire qui est la gériatrie du 22^{ème} siècle et pas du 18^{ème} mais aujourd'hui je reviens deux pas en arrière. Aujourd'hui on nous dit « si le malade est sortant vous n'attendez pas 2 semaines pour avoir le scanner.

JC/ *Qu'est-ce qui vous fait demander une admission après un passage par les urgences ?*

H3/ Si c'est urgent. Si on pense que le malade ne va pas tenir 48h. Si c'est une confusion sans facteur de gravité, pas de déficit, rien, que c'est un patient dément, dément connu et qui commence à s'agiter. Ça peut être un fécalome, ça peut être une rétention urinaire – d'ailleurs on va éviter de parler de la rétention urinaire aiguë parce que là on devient tous parano, je mets au défi quiconque ... (*tape à l'ordinateur*) Pardon, je fais deux choses en même temps, voilà le ROR (*me montre l'ordinateur*) tu me le prends ? Il est 15h41 nous sommes au court séjour gériatrique, la température extérieure est de 23°C, et nous avons un certain nombre de malades en attente ! (*Me montre une longue liste de patients pour qui des demandes de SSR sont lancées, et en attente*)

JC/ *ça, finalement, pour vous, que les patients viennent directement dans votre service ou via les urgences ça change quelque chose ?*

H3/ Non on s'en fout. Ça c'est une malade qui est sortante (*pointe du doigt un nom sur la liste des demandes*) lui aussi, elle aussi... voilà pour ces malades on peut attendre 15 jours pour les faire sortir et donc pour libérer une place. Et certains de nos camarades de soins de suite nous disent « s'il n'est pas GIR 4 et 25 de MMS je ne le prendrai pas »

JC/ *Vous avez l'impression d'avoir parfois des demandes de placement déguisé justement parce qu'en médecine de ville l'accès au SSR aussi est compliqué.*

H3/ Oui, mais non on ne comprend pas, NON ce n'est pas à nous de le faire, le court séjour gériatrique c'est fait pour faire de la médecine aiguë au même titre que la cardiologie, la pneumologie, la gastro entérologie ou tout autre spécialité de médecine aiguë. Ce n'est pas fait pour faire du maintien à domicile. ON N'EST PAS équipé pour ça, nous n'avons pas le personnel suffisant, nous ne sommes pas un service sécurisé, donc nous ne sommes pas un secteur fermé, et donc ce n'est pas notre job. Ça c'est un problème d'anticipation ! C'est ce que je disais, c'est au médecin traitant, plutôt que de voir son patient tous les trois mois, de le voir plus souvent, faire un travail au corps, avec un « attention ça va merder ». C'est donc un problème d'anticipation. Alors après savoir qui est l'œuf ou la poule, si c'est la famille en cause, la pathologie en cours... ça on s'en fout, on n'est pas là pour ça ! Les problèmes de difficulté de maintien à domicile m'agacent. Sauf s'il y a un gros « gag » en dessous, il est en train de faire un infarctus, de faire un gros fécalome, ça fait 15 fois de suite qu'il se « casse la

gueule ». Sinon ça s'anticipe tout ça. La gériatrie c'est de l'anticipation.

JC/ *Vous avez une idée de quelle part prend l'admission directe dans l'activité de votre service ?*

H3/ Non non je ne sais pas, le médecin de l'équipe mobile sera probablement plus au courant. Peut-être 20%... mais je ne sais pas, je n'ai pas les chiffres en tête je dis certainement une bêtise.

JC/ *Dans les patients que vous récupérez des urgences, vous pensez qu'il y a des cas qui justement auraient pu être anticipés et entrer dans votre service directement depuis le domicile.*

H3/ Il y a deux choses. Il y a effectivement tous ceux qui viennent pour des maintiens difficiles au domicile, qui auraient pu être anticipés ; puis il y a (*son téléphone sonne, notre entretien est interrompu pendant 2 minutes*).

(*Raccroche*) Bon oui, donc... après, dans ceux qui arrivent aux urgences... bon moi je comprends que les urgentistes les hospitalisent parce que bon voilà... mais nous on voit que quand le gériatre arrive aux urgences il y a des sorties qu'il arrive à faire dans la journée, parce qu'il n'y a pas besoin d'hospitalisation. Et là aussi, si le bilan est bien fait aux urgences, avec des examens hyper rapides, qu'il y a la BU, le bladderscann, où on peut éliminer des conneries expresses, il y a des malades qui ne resteraient pas une semaine mais peut être que 48 heures et « salut au revoir » ! Il y a aussi un changement de paradigme qu'il va falloir avoir, et ça, ça concerne tout le monde, il faut que les familles arrêtent de prendre l'hôpital pour « la maison du bon dieu ». On n'est pas à Lourdes. Nous, on a maintenant une équipe

gériatrique extra hospitalière, avec un service qui va au domicile avant que l'hospitalisation soit nécessaire, et ils passent leur temps à entendre « bon alors vous allez l'hospitaliser docteur » « ah non, non je ne viens pas pour ça ! » « Ah bon vous refusez de l'hospitaliser » et voilà c'est le « fast-food » ! Mais ce n'est pas comme ça que ça se passe ! « Ah oui mais en attendant qu'il y ait sa place en EHPAD vous allez le faire hospitaliser » et ben non on est un service de médecine aiguë ! On ne fait pas du maintien à domicile pour des choses qui auraient largement pu être anticipées. Parfois on te vend le motif « troubles de la mémoire de découverte récente ». Bon tu interrogés les familles et là ça fait 3 ans que ça dure. Et le toubib dit « oh ce n'est rien il a perdu la boule » ! « Oui mais docteur il ne mange plus » et le médecin généraliste répond « oh c'est normal un vieux ça ne « bouffe » plus ». Alors quand j'explique qu'une personne âgée, pour faire un kilo de muscle il lui faut entre 15 et 22 000 kcal, alors que pour toi et moi c'est 7500 kcal tout le monde dit « ah tu rigoles ! ». Une personne âgée qui ne mange pas, « ALLO DANGER », un jour vous allez le « prendre dans le mur ». Premièrement c'est une cause, et deuxièmement vous allez vous prendre les conséquences dans la tête. Anticipez !!! Qu'on ne puisse pas lui redonner à manger, qu'on ne puisse pas faire de la nutrition artificielle c'est une chose, mais faut anticiper les gags. Une personne qui a une démence faut s'inscrire dans le temps parce qu'un jour on risque de ne plus pouvoir le garder à la maison. Une personne qui a un néo, c'est triste, c'est douloureux, mais un jour on risque de ne plus pouvoir la garder à la

maison. Anticiper ! Chez nous, un courrier de sortie c'est ça (ouvre un nouveau document sur son ordinateur, pendant qu'il cherche...)

JC/ Vous, la filière d'admission directe qu'est-ce que vous en pensez ? Vous pensez qu'il faut la développer ?

H3/ Je pense qu'il faut la développer oui. Mais il ne faut pas la développer n'importe comment. Il faut la développer avec une grille de lecture.

(Trouve un compte rendu de sortie à me montrer) Ah voilà là c'est un patient qui a notamment une dénutrition sévère. Donc on a les modifications de traitement que l'on propose, le traitement actuel, les recommandations particulières, les rendez-vous prévus ou à prévoir, le statut nutritionnel, le diagnostic de sortie... Donc on fait une grille de lecture. Quand le patient sort, le malade on le livre « clé en main ». Donc une fois qu'il sort le médecin il doit en tirer un plan de soin ! Il doit en tirer un planning d'organisation ! Ça veut dire que ce malade là il doit donc surveiller le poids, surveiller le risque de déshydratation, surveiller l'hypernatrémie. Il y a un plan de soin. Ça veut dire que son patient il doit le voir tous les mois, parce que s'il ne le voit pas tous les mois, ou seulement en faisant son renouvellement d'ordonnance il va y avoir un « gag ». Oui c'est chiant, oui ça prend du temps, mais c'est son malade, c'est son job.

JC/ Vous rencontrez des difficultés dans vos relations avec les médecins généralistes ?

H3/ Oui, avec certains oui.

JC / *A l'inverse vous avez des relations privilégiées avec d'autres ?*

H3/ Oui ! On a des gens quand ils nous téléphonent on sait que ça se passe super bien.

JC/ *Et que ce soit un médecin d'une catégorie ou de l'autre est ce que ça joue dans l'admission directe d'un patient ?*

H3/ Ah ben c'est-à-dire qu'il y a certains médecins quand ils t'appellent tu sais que tu peux « serrer les fesses ». Après ce qui compte, la priorité c'est le malade. On est humain. Mais quand t'as le même médecin qui t'appelle pour le même « gag », ouais... ça ne fait pas rigoler.

JC/ *Du coup quelle est votre réponse ? Vous adressez aux urgences ?*

Non, non. Ça dépend. Je me rappelle une situation, ce n'était pas ici : le médecin traitant, tous les deux mois, le même malade, avec le même traitement, sous double dose de PROZAC et du TIAPRIDAL, il nous l'adressait pour chutes à répétition. J'étais là-bas quand même deux ou trois ans, j'ai dû le voir 7 fois. Chaque fois je répondais : le PROZAC est contre indiqué chez la personne âgée, le TIAPRIDAL n'est pas indiqué. Quand j'appelais le médecin je me faisais « défoncer la gueule ». La famille, je leur ai expliqué en long en large et en travers et gentiment, je leur expliquais même (*cite en marmonnant*) « peut être qu'un jour il faudrait peut-être songer à changer de médecin traitant, ça ferait gagner du temps à tout le monde et moi ça pourrait épargner mes coronaires » ... Voilà... et l'autre il m'incendiait au téléphone. Je le reprenais je refaisais l'ordonnance. Et la famille m'a même

dit « docteur, il a déchiré votre ordonnance ».

JC/ *Oui là c'est vraiment un cas extrême ! Tout à l'heure vous me parliez d'une fiche pour communiquer avec la médecine de ville ?*

H3/ Je pense qu'à un moment donné, on vit dans deux univers qui sont un petit peu différents. On a nos difficultés propres. Et c'est peut-être ça qu'il faut expliquer dans votre thèse, quelles sont les difficultés au sein d'un service gériatrique à l'hôpital ? Qu'est ce qui peut bloquer ? Et d'un autre côté, quelles sont les difficultés à la prise en charge gériatrique d'une personne âgée à la maison ? Une fois qu'on a identifié ça, quelles sont les passerelles qu'on peut mettre ? Comment on peut se faciliter le boulot ?

JC/ *Si vous aviez le projet de développer cette filière qu'est-ce que vous feriez ?*

H3/ On a une unité gériatrique, elle est développée

JC/ *Je parle vraiment de l'admission directe, pour qu'une personne de 90 ans, qui a une indication vraie d'hospitalisation arrête de passer par les urgences...*

H3/ Waouh (*siffle*). Tu as combien de temps devant toi ? Tu as combien d'années devant toi ? Combien tu as d'énergie à dépenser ? Parce que là c'est s'attaquer à l'Everest à mains nues, en sandales et sans oxygène. C'est UN, quelles sont les fragilités de la personne âgée ? DEUX, est ce qu'on peut organiser une consultation gériatrique quand ça commence à « pétouiller », c'est-à-dire une consultation gériatrique standardisée

pour insister sur tel et tel point comment on peut faire. Avec un suivi qui va être rapproché. Le médecin traitant va savoir que pour tel et tel problème il va falloir avoir un suivi plus rapproché. Est-ce que ça va passer par un forfait de soin particulier ? Que le médecin passe une heure et demie avec son malade et être mieux payé ce n'est pas inenvisageable. Donc identifier ses fragilités et les prévenir. Troisième chose, faire une fiche. Je parle de fiche parce que ça c'est mon truc, pour dire voilà Mme Truc, qui mesure telle taille, pèse tel poids, et a tel problème, ses fragilités gériatriques sont les suivantes, ses comorbidités sont les suivantes, et le problème actuel est celui-là.

JC/ Vous pensez à une fiche de liaison ?

H3/ Oui, mais qui se passerait au téléphone. Une check-list. Est-ce qu'il faut envisager une infirmière dédiée qui, comme on a nous, une infirmière qui passe dans les services et nous screen un peu tout ça ; donc une infirmière qui ferait effectivement un premier tri. Voilà. Il faudrait que tu te renseignes, il y a les travaux du Pr C. qui est à Rouen, et qui travaillait sur la fragilité de la personne âgée et qui dans son service à Rouen avait développé une super plateforme téléphonique avec deux aides-soignantes dédiées qui répondaient aux médecins traitants. Un réseau génial ! Une plateforme donc téléphonique, les médecins traitants étaient reçus par une aide-soignante qui avait un mode opératoire que je n'ai plus en tête. Les aides-soignantes appelaient le médecin de garde ce jour-là au téléphone et qui leur disait voilà il faut faire comme ça et comme ça.

JC/ Ici comment ça fonctionne pour le médecin traitant pour les appels ?

H3/ C'est les secrétaires ou des fois les infirmières puis après avec le médecin de l'équipe mobile qui rappelle et qui gère. Nous on gère le service, celui affecté à l'équipe mobile gère l'extérieur. Ou alors c'est l'infirmière de l'équipe mobile si elle est là.

JC/ Pour mon Everest, qu'est-ce que vous voyez d'autre pour améliorer cette coordination ?

H3/ Du personnel. Il faut du personnel pour faire ça. Il faut du personnel pour faire un pré tri. Il faut une infirmière pour faire l'accueil. Je ne vais pas réinventer le fil à couper le beurre, ça a été fait ailleurs et très bien fait, donc je vais être modeste dans ce que je te dis, mais il faut du personnel. Il en faut pour gérer QUI on accueille, QUAND on accueille et COMMENT on accueille, à quelle heure. Et puis après quand le patient arrive qui enregistre ? etc. (*Le téléphone sonne à nouveau*). Bon voilà, après c'est toujours pareil une fois que le patient est hospitalisé, c'est du boulot classique de court séjour. Pour la filière en amont, parce que tout le travail est en amont. Comment anticiper... Déjà quand on fait un courrier de sortie peut être que le médecin traitant pourrait suivre la feuille de route qu'on lui propose, ce qui n'est pas toujours le cas. Et puis quand il a besoin de nous, comment... enfin nous voilà on fait ça avec les moyens qu'on a... Plus il y a de moyens mis en œuvre et plus ça sera facile à mettre en œuvre. Idéalement, une plateforme téléphonique avec des aides-soignantes ou des infirmières dédiées, comme un accueil de SAMU ni plus ni moins, qui font le recueil des

données : motif, antécédents, qu'est ce qui a déjà été fait, quel est le contexte, comment ça se passe à la maison, quel est l'environnement familial, quelles sont les aides à domicile, quelle sécurité sociale... et cetera. Elles répondent « Bon maintenant qu'on a toutes les informations, notre médecin de garde va vous rappeler ». Toi tu n'as plus qu'à dire oui ou non, ou peut être selon les informations manquantes. Et choisir si oui ou non ça peut attendre, quand est-ce que tu lui prends son patient. Et puis surtout quel médecin j'ai en face de moi, est ce que c'est juste le mec qui va te la faire à « à la va-comme-je-te-pousse » ou est-ce quelqu'un qui a des neurones. Je suis désolé de le dire. Et je ne parlerai qu'en présence de mon avocat (*rires*). Quand on va me dire c'est docteur « un tel » qui m'appelle ... (*siffle, fait mine d'éviter*). C'est que c'est bon j'ai compris. Alors ou je dis oui parce qu'effectivement c'est le malade qui a la priorité, il faut que je le sorte de ce « merdier » dans lequel l'autre est en train de le mettre en lui appuyant dessus, la tête sous l'eau. Ou bien j'en ai ras le bol, et puis ils se débrouillent, chacun sa « mer... » hum comme on dit, et puis voilà ce n'est pas sympa pour le malade...

JC/ Pour des patients qui viendraient de ce même médecin, avez-vous plus de difficultés à les gérer lorsqu'ils viennent des urgences ou lorsqu'ils viennent du domicile ?

H3/ Entre la peste et le cholera je ne choisis pas. C'est juste pour toi après la charge de travail peut être plus facile...

JC/ Plus facile dans quel cas ?

H3/ Ça dépend ! Si aux urgences c'est fait par quelqu'un que je connais qui fait bien le boulot c'est cool. Si c'est fait par un médecin traitant que je connais, qui est bien, c'est cool aussi. On a un collègue ici qui nous dit : « aide moi j'ai besoin, mais t'inquiète pas si tu as besoin de place après je te le reprends ». Ça dépend qui tu as en face de toi ! Mon maître disait « vous serez reconnu sur la qualité de vos correspondants » et il avait raison ! Effectivement le médecin traitant qui te dit « prends le moi parce que là je suis dans une merde noire mais je te promets que tu me le renvoies dans une semaine, pour le reste je me débrouille, je gère » c'est sûr que tu ne poses pas la question. Celui qui t'appelle et qui te dit (*prend une voix différente, plus familière*) « ouais je vous appelle parce que vous comprenez, difficultés de maintien à domicile » et toi tu demandes la suite ? Et là lui « ah ben je n'en sais rien hein ! » ... Donc là, « paire de boules ». Je fais quoi moi ? Ça devient éthique !! On ne soigne pas une maladie, on soigne une personne, dans ses 4 dimensions : médicale, sociale, sociologique et spirituelle. Si t'en loupes une tu te plantes ! C'est ce qui fait aussi la richesse de la médecine gériatrique. Il faut faire autant de la médecine, que de l'éthique, que de la philosophie, que de la psychologie. Et puis c'est le travail de l'interdisciplinarité, tu as besoin des autres. Si ton aide-soignant fait mal le boulot ça te massacre un malade. Est-ce que le malade est bien installé ? est-ce que la chambre est propre ? Mais cette interdisciplinarité ça va aussi avec le médecin traitant.

JC/ Pour revenir sur les urgences...

(On est interrompu par un soignant qui entre dans le bureau pour demander des modifications de prescription)

H3/ Je suis désolé je vais devoir m'absenter, bon tout ça pour dire que pour développer une filière il faut des moyens. Il faut un outil facile à utiliser pour les médecins traitants. Tu vas dans un CHU t'as 3 secrétaires, 2 infirmières de coordination, 4 praticiens, 2 internes, oui ok je mets en place une belle plateforme comme le Pr C l'a fait. Si j'ai accès au plateau technique facilement, ça veut dire que je peux accueillir les patients les doigts dans le nez. J'ai accès au plateau d'aval facilement... là aussi c'est plus facile. Tu vois c'est une équation à 35 inconnues, ce n'est pas que le gentil médecin traitant avec le gentil gériatre dans le gentil service. C'est plutôt qu'est-ce qu'on a comme moyens en tout ? Et les pas doivent se faire dans un sens comme dans l'autre. C'est « je suis médecin traitant, je dois vendre ma sauce à un gériatre il faut que je puisse le driver un peu ». Quand moi je vais voir le radiologue et que je lui dis *(il prend une grosse voix et un ton autoritaire)* « Euh moi je veux un scanner » il va me répondre « toi tu ne fais pas chier j'en ai trente autres qui attendent alors tu prends un ticket ». Si je lui dis « attends il faut que tu m'aides, je suis dans la merde, je pense qu'il y a ça ou peut être ça qu'est ce tu peux me faire ? ». Voilà, le médecin traitant doit pouvoir se vendre, parce qu'à côté de lui j'en ai 40 à prendre. Et puis le médecin traitant peut se dire aussi que « ça ce n'est pas le rôle de l'hôpital. Ça l'hôpital ne peut pas le faire, il n'a plus les moyens de le faire ». Le problème du maintien à domicile ce n'est pas le problème de l'hôpital, pas le problème du soin de

suite. C'est celui de l'EHPAD. Le changement de paradigme il est comme ça. Il faut se réhabituer à cette réalité-là. Après tu viens nous voir nous puis tu vas au CHU ou dans un autre service tu auras d'autres réponses, même si on a les mêmes objectifs. J'aimerais être comme en CHU, attirer plus de personnel, plus d'internes... Moi je suis petit hôpital, petits moyens. Voilà ! Je te laisse !

Entretien hospitalier n°4

JC/ Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?

H4/ En pratique, le matin on fait le point des sorties, donc le point des lits disponibles, et puis normalement on a une priorité pour les patients qui ont passé la nuit aux urgences donc on essaie de les récupérer en priorité, après il y a le service de post urgences, l'UHCD aussi, qu'il faut aussi libérer assez rapidement parce que leur durée moyenne de séjour c'est 48h, 72h maxi, et aussi parfois la réanimation nous demande de récupérer des gens. Après il y a les autres services bien sur... Bon c'est vrai que s'il y a des gens vraiment « gériatriques » on va essayer de les récupérer en priorité.

Selon le nombre de places disponibles on essaie de faire des admissions directes, parfois ce n'est pas vraiment super urgent et ça peut attendre un jour ou deux le temps d'avoir la disponibilité.... Euh ... là ça va mieux donc on peut les faire on essaie de les prendre rapidement dans les jours à venir. Mais il fut un temps où c'était assez compliqué de faire des admissions directes, surtout cet été et en début d'année là depuis la rentrée, parce que comme le nombre de lits d'hospitalisation de médecine au total a été au fur et à mesure diminué au cours des années, il y a un manque cruel de lits d'hospitalisation. Ce qui veut dire que l'hôpital est en tension, SOUVENT, on se retrouvait avec des patients dans un hôpital en tension, donc dans des services où nos patients étaient hospitalisés mais sous

responsabilité du service, donc il fallait les récupérer tout de suite Euh ... parce que sinon c'est très compliqué, il n'y a pas le personnel dédié, il n'y a pas le matériel, tu ne peux pas les gérer là-bas. Et parfois on avait également des hébergés... donc si un de nous est en congé ou s'il y a 3, 4 patients à récupérer. Même avec 5 à 6 sorties par jour, le plein est vite fait. Donc c'est vrai que les admissions directes c'était compliqué de les prévoir et on a eu un peu du mal. Mais sinon d'habitude on essaie de les prendre dans la semaine.

JC / La première difficulté que vous avez c'est la place ?

H4/ Oui les places, et pour ceux qui sont hospitalisés on a du mal à faire des sorties parce qu'on n'a pas assez de lits d'aval, de SSR, c'est ça aussi le problème. Certains instituts ne prennent presque plus de patients gériatriques parce que dès qu'ils sont un peu confus ou un peu dépendants ils ne les prennent pas ; au SSR de Fréjus Lachenaud, ils n'ont pas énormément de places et là ça va empirer au mois de décembre puisque 10 lits de SSR à Saint-Raphaël vont être transformés en unité cognitivo-comportementale... donc on perd encore 10 lits d'aval. Alors nous on nous demande de diminuer la DMS mais si nous on n'a pas de lits d'aval et que les patients ne peuvent pas rentrer à la maison, et ben...(longue hésitation) on ne peut pas les mettre sur le trottoir. Donc on a du mal à faire les sorties, donc du mal à récupérer du monde.

JC/ En dehors des places, avez-vous d'autres difficultés pour ces patients qui viennent directement de l'extérieur ?

H4/ Ben après ça dépend ... par exemple... (*réfléchit*) s'il y a une suspicion d'AVC par exemple il faut certainement le faire passer par les urgences parce qu'après nous une fois dans le service on a vraiment du mal à avoir les examens complémentaires type scanner, tout ça. Sauf vraiment s'il y a urgence, ou un truc flagrant on a des arguments pour vraiment le demander en urgences sinon si ça peut attendre un jour ou deux.... Parfois on les attend bien longtemps ... Ils sont vraiment débordés pour faire les scan ... En plus on a de grosses difficultés par le fait qu'on a plus de neurologue depuis deux ans. Tout ce qui est Parkinson, AVC, épilepsie, etc. on essaie de gérer, (*serre les dents*) je ne dis pas qu'on n'y arrive pas, mais c'est compliqué, les EEG sont envoyés à Cannes, pour l'interprétation on a les résultats 10 jours après ... (*réfléchit*) ou plus. Donc c'est vrai que ça dépend des pathologies... d'ailleurs il n'y a pas très longtemps on a eu une demande d'admission directe pour un patient qu'on connaissait, mais ses pathologies étaient plutôt neurologiques et je leur ai dit de voir vers Draguignan où ils ont encore un neurologue sur place, parce que c'était vraiment pour rééquilibrer son traitement... on peut, mais ce n'est pas adapté, pour le patient c'est quand même mieux qu'il soit adressé dans le bon service.

JC/ *Donc il y a des motifs que vous refusez pour défaut de ...*

H4/ De plateau technique on va dire. Sinon on fait des admissions directes pour éviter le passage par les urgences, parce que ce n'est pas terrible pour le patient de 90 ans et quelques de se retrouver sur un

brancard pendant 12 heures le temps de... Voilà.

Mais on fait, donc on a un classeur qui est au secrétariat ... et euh on n'a pas fait des statistiques pour connaître le délai d'attente des admissions ... après ça nous arrive parfois quand vraiment c'est urgent, l'anémie à transfuser mal tolérée, des trucs comme ça chez le patient polyopathologique ET qu'on a une place on va le prendre le jour même, dans l'après-midi et on va laisser quelqu'un qui est à l'UHCD, ne le récupérer que le lendemain, pour favoriser la prise en charge rapide et éviter le passage par les urgences, ça on le fait aussi.

JC/ *Qu'est ce qui va faire, selon l'appel du généraliste, que vous allez demander un passage par les urgences, en dehors du manque de place ?*

H4/ Si vous nous appelez le matin quand on fait le point des lits, on sait ceux qu'on a, ceux qu'on récupère et tout ça, on peut s'arranger pour le récupérer le jour même.

Mais si vous m'appelez vers 4h de l'après-midi, le temps de trouver une ambulance et tout ça, il va être trop tard pour faire une admission dans le service parce qu'après si on se retrouve avec un truc, et on en a eu des surprises avec les admissions directes (*insiste avec un mouvement de tête*) avec le patient pour qui il fallait faire la radio, le scanner en urgence etc. etc. et que du coup on galère pour avoir les examens, et qu'après manque de pot il faut avoir un avis neurochir derrière aaaah ben là, on a tout gagné !! (*Sourit, ironique*) ... Non, non ce n'est pas faisable.

JC/ *Et quand vous parlez de surprises, c'est sur la mauvaise présentation du cas initialement ?*

H4/ Oui peut être ou ... (hésite) pas souvent mais ... parfois on demande sur des faits relatés par l'infirmière au domicile qui appelle le médecin traitant et qui demande l'hospitalisation ... Et s'il n'y a pas vraiment une évaluation médicale, pertinente on va dire, b le tableau il est un peu ... (cherche ses mots) faussé on va dire .

Entretien et enregistrement interrompus à 8 min 30 par un confrère frappant à la porte du bureau.

JC/ *Alors qu'est-ce qu'on disait... On parlait des appels, des motifs, parfois de faux tableaux cliniques*

H4/ Oui, parce que quand on a des chutes à répétition, derrière ça, ça peut cacher des hématomes sous duraux, et le tableau clinique n'est pas forcément clair, parfois plus flou qu'un AVC, le patient est instable à la marche, on a un doute, scanner et pouf !

Ou déshydratation ... AEG ... c'est vague hein ? AEG !! Et puis on fait un bilan sanguin qui montre une procalcitonine à 50, 40 000 blancs, et là le patient frissonne avec le lit (rires) et voilà donc, là il faut y aller, et il faut faire plein de trucs et c'est vrai que dans la charge de travail aussi pour le personnel ... ça va capter sur un seul patient et ils en ont plusieurs à prendre en charge.

JC/ *Le manque de personnel est un problème ?*

H4/ Ah oui ! Parfois si on a juste 2 infirmières à la place de 3 il faut éviter de faire certaines choses. Donc il faut

quand même prendre en compte tout ça.

JC/ *Finalement vous m'avez évoqué le manque de lits, de personnel, le plateau technique ...*

H4/ Oui, ce sont de grosses difficultés.

JC/ *A l'inverse qu'est ce qui va faciliter l'hospitalisation directe d'une personne âgée, des facteurs facilitants ?*

H4/ Mais nous, on a des médecins généralistes qui nous appellent régulièrement pour des admissions directes.... Peut-être au niveau communication je ne sais pas si les nouveaux médecins traitants.... Ou ... il y en a certains qui ne nous appellent pas forcément et parfois en équipe mobile je vois des patients qui passent par les urgences et je me demande « mais pourquoi vous ne nous avez pas appelé quoi !! » ça pouvait lui éviter le passage facilement. Est-ce que c'est parce qu'une fois on n'a pas réussi... (se corrige, se justifie) De temps en temps on ne peut pas prendre tout le monde hein et finalement ils arrivent aux urgences quand même si ça ne va pas, selon la disponibilité des places qu'on a. Est-ce que le médecin traitant n'ose plus nous appeler parce que Je ne sais pas ... mais il y a des médecins traitants qui envoient plutôt aux urgences d'autres qui nous appellent pour voir s'il est possible d'éviter le passage ... ça dépend des médecins.

JC/ *Il y a des médecins avec lesquels vous avez des contacts privilégiés pour ces admissions directes ?*

H4/ Je ne dirai pas forcément...mais oui, on en a certains qui nous demandent, qui ont l'habitude...

JC/ *C'est vous qui faites le tri des appels quand le médecin généraliste va demander une place ?*

H4/ Ben nous on a le classeur, et on marque le motif, la date de demande d'admission, et quand on a de la place on regarde et on essaie de prendre par chronologie, ou s'il y a des troubles plus urgents ...par priorité d'urgences aussi.

JC/ *ce classeur est commun avec les demandes d'admission des hébergés, des urgences, de l'UHCD ... ?*

H4/ Non non là c'est un classeur qui reste au secrétariat, il est pour tout le monde et même si le médecin de l'équipe mobile change. C'est lui qui est en charge, il regarde ce qu'on a comme admissions en attente et puis on fait le point.

JC/ *Combien de temps vous mettez en général à pouvoir accepter l'admission ?*

H4/ Normalement c'est une question de jour ! Sauf comme je vous disais quand il y a les périodes d'hôpital en tension etc. ou si vraiment il y a un blocage au niveau des lits d'aval, des SSR pour les sorties. Sinon on fait en moyenne 3 à 7 sorties par jour, donc ça roule.

JC / *Ce sont du coup des motifs subaigus ?*

H4/ Oui c'est anorexie, syndrome de glissement, chute à répétition, ou parfois troubles cognitifs décompensés avec maintien à domicile difficile avec isolement du patient qui n'a pas trop de famille et tout ça.

JC / *Qu'est-ce que vous pensez du développement de cette filière dans le Var, et dans votre service ?*

H4/ Ça rentre dans le parcours du patient, qu'on a préparé, qu'on a fait, présenté, qui est connu normalement auprès des instances et du GHT et de l'ARS etc. C'est partie prenante du projet territorial, de l'activité gériatrique et de la filière gériatrique

JC/ *Dans l'idéal quelles seraient les améliorations à apporter pour pouvoir recevoir plus d'admissions directes ?*

H4/ Normalement ! (*Insiste*) Il y a depuis 10 ans (*insiste, marque une pause*) il y avait un projet d'extension du service ! (*Pause*) Et normalement, ça pouvait répondre aux demandes multiples et variées... En sachant qu'on avait fait des études, et même récemment, on a pris un jour au hasard, et on a vu que la population sur l'hôpital, que ce soit aux urgences ou dans les services, et b il y en a plein des patients qui relèvent de la gériatrie. Et tout le monde se plaint qu'ils ont des patients qui ne relèvent pas de leur spécialité et qui atterrissent dans leur service parce qu'il n'y a pas d'autres places. Et dans la logique des choses, si on veut être pertinent, ça serait bien de suivre le projet jusqu'au bout et augmenter la capacité pour qu'on puisse avoir un roulement et assurer tout ça. Après, ça veut dire aussi donner les moyens qu'il faut. On ne peut pas inventer un court séjour gériatrique si on n'a pas les soignants qui sont formés pour, si on n'a pas le kiné et que le patient vient sur ses deux jambes et ressort grabataire ... ça aussi c'est compliqué ... si on n'a pas de place d'aval rapide le patient risque de se détériorer parce qu'on n'a

pas assez de kiné, pas assez de personnel

JC / Et sur la communication avec la médecine de ville ...

H4/ Il y a eu des journées de communication avec la médecine de ville, où ça a été présenté, je pense par mes collègues, je ne suis pas allée personnellement mais normalement il y a eu l'année dernière (*réfléchi*) peut être même cette année aussi (*incertaine*). Il y a des réunions où sont conviés les infirmières et les médecins de villes. Mais bon, ils ne sont pas forcément présents car ils ont beaucoup de travail... comme il y a un manque de médecin en ville... surtout Fréjus, St Raphaël ... il y a une quinzaine qui sont partis à la retraite sans remplaçants... Si ça vous intéresse (*rire*) je fais de la pub.

JC/ Ecoutez je vous remercie...

H4/ (*M'interrompt*) non mais voilà c'est quelque chose qu'on fait déjà.

JC/ Oui, mais avez-vous la sensation que le taux d'admission directe augmente ? qu'il y a une volonté qu'il augmente ?

H4/ Ça diminue le passage pour les urgences, surtout qu'il y a des urgences ouvertes en privé ici. Alors d'un côté on nous dit éviter le passage par les urgences, et d'un autre « ah mais vous avez moins d'activité aux urgences » (*rire*) c'est le truc un peu paradoxal, on nous demande de faire plus mais d'un côté si on va dans le bon sens pour éviter le passage par les urgences, ils vont reprocher aux urgentistes d'avoir moins de travail, donc je ne sais pas ce qu'ils veulent finalement. Voilà, bon courage !

Entretien hospitalier n°5

JC/ Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?

H5/ ça nous arrive effectivement d'avoir des médecins généralistes qui nous appellent dans le service ... Donc je pense que ... donc c'est téléphonique, je ne communique quasiment pas par mail avec les médecins libéraux... ça pourrait être pas mal ... enfin bref. Pour l'instant ça se fait par le téléphone, je pense que le plus souvent ils appellent le standard ou les infirmières du service qui nous passent le coup de fil. En règle générale, ils nous exposent le problème, et puis euh... on essaie d'évaluer de savoir si ... (*hésite*) Alors il y a différentes choses, soit en fait il y a un contexte clinique qui nécessite ... bon c'est par téléphone mais avec l'avis vraiment médical... qui nécessite un passage par les urgences, soit pour une évaluation d'examen complémentaires qui doivent être faits rapidement, parce que si le patient tu le prends directement dans le service, et que t'as besoin de faire un scanner et « un machin, un truc »... La programmation d'examen en particulier pour l'imagerie... c'est difficile de les avoir dans l'heure et même dans le jour qui suit, rapidement. Le service d'accueil des urgences, ça justifie de soi-même la rapidité des examens complémentaires d'urgences. Soit effectivement le contexte clinique fait que le patient n'a pas l'air d'être adapté à un service d'hospitalisation conventionnelle, si ça nécessite une unité de soin continu, un service de réanimation ou un truc... voilà. Ensuite la deuxième chose à

prévoir : donc imaginons que le patient il est du ressort d'un service de médecine gériatrique de court séjour conventionnel, qu'il n'y a pas besoin de faire des examens complémentaires en urgences, qu'on peut les programmer, et ben après faut voir la disponibilité. Donc ça, ça dépend de deux choses. Soit on n'a pas de lit ! Et dans ces cas-là on essaie de rappeler. On explique au médecin généraliste qu'il est de notre ressort mais qu'on n'a pas de place dans l'immédiat et que donc il y a des sorties et des entrées tous les jours et donc on le rappelle quotidiennement pour essayer de programmer une entrée directe. Soit on a des lits mais ils sont réservés pour les urgences. Soit on a DES lits... vraiment disponibles et ça nous arrive souvent de programmer l'entrée, on a le coup de fil dans la matinée et on programme pour le début d'après-midi.

JC/ Comment fonctionne votre service ? Combien avez-vous de lits ?

H5/ On a 32 lits d'hospitalisation, 3 praticiens temps plein.

JC/ Vous parliez de lits réservés pour les urgences...

H5/ Il arrive qu'en arrivant le matin, ton service est complet. Tu sais par avance qu'il va y avoir 3 sorties dans l'après-midi, une femme, un homme, un lit indifférencié, mais tu as déjà les urgences qui débordent, qui t'appellent et te réservent un lit.

Nous sommes interrompus par un infirmier qui frappe à la porte du bureau

JC/ Donc il n'y a pas un pôle de places réservées pour...

H5/ Non pas forcément. Mais après, enfin voilà c'est toujours pareil à

l'hôpital... Je ne sais pas si c'est partout pareil mais c'est vrai que sur les petits hôpitaux périphériques comme ça, avec un service d'accueil des urgences, on a... je ne sais pas, on n'a pas fait de chiffre, mais on a peut-être 90% de nos admissions dans le service qui sont faites via les urgences. Et donc on essaye toujours d'avoir un turn over et des lits disponibles POUR les urgences. Donc après c'est toujours pareil, t'essaye de prendre les problèmes et de les résoudre les uns après les autres. C'est-à-dire que si tu as peu de lits disponibles avec des urgences qui débordent au niveau gériatrique, tu vas prendre en priorité les gens qui sont d'abord aux urgences et tu vas essayer de temporiser tant que tu peux temporiser le patient qui est encore au domicile et puis parce que tu sais pertinemment que ton patient qui est au domicile, ben à un moment, ben si ... il va de toute façon passer par les urgences.

JC/ On parlait tout à l'heure du plateau technique et de l'accès aux examens... En service, c'est difficile d'avoir une radio ?

H5/ Non ... Mais on va dire que ... (*réfléchit*) une radio simple non. La biologie non plus parce qu'on a accès... (*hésite*) bon attends on va faire dans l'ordre. Donc la radio en fait, tout ce qui est radio conventionnelle t'arrives à l'avoir à peu près dans la journée... ou le lendemain... mais c'est assez rapide. Après scanner, même au cours d'une hospitalisation, on va dire que c'est sous 3 jours. Et les IRM... bon en gériatrie on en fait pas trop, puis bon on a des radiologues qui nous répondent plutôt « bon une IRM... mouais on va déjà faire un scanner ». Donc en pratique, une fois la phase de

stabilisation faite, une IRM ça se programme en externe. On n'arrive quasiment jamais à l'avoir au cours d'une hospitalisation. Et le labo, donc en fait le problème c'est qu'ici le laboratoire a été délocalisé, donc nos prises de sang partent avec un coursier, à Sainte Musse. Donc heureusement, on a des infirmières qui sont disponibles, ça tu peux avoir ton bilan, le patient arrive à 15h, il n'a pas été piqué en ville, il arrive, il peut être prélevé tout de suite. Par contre les résultats ... Imaginons que le médecin généraliste appelle le matin, tu programmes ton hospitalisation pour le début d'après-midi parce que ton service est complet, que tu le prends sur des sorties, donc il arrive vers 15h, l'infirmière le prélève, la biologie part à Sainte Musse ... euh pour récupérer les résultats, souvent ça va tomber vers 18 ou 19h, les médecins ne sont plus là et c'est pour les urgentistes. Bon oui parce qu'après la nuit, l'astreinte médicale est gérée par les urgences. Donc ça peut poser problème. Mais en même temps ça ne pose pas toujours problème, mais après faut le faire pour de bonnes raisons, mais les urgences ont un genre de labo délocalisé avec des appareils qui peuvent te sortir le minimum : un iono, une créat, une CRP, un Hémocue ... tu peux avoir des choses rapidement et les urgentistes laissent facilement l'accès aux services... une gazométrie... des trucs comme ça.

JC/ L'heure d'admission, et le plateau technique représentent pour vous un frein à l'admission directe ?

H5/ Oui ! Forcément ! Le problème ça va être une histoire d'admission, de prescription médicale... Autant un patient des urgences pour lequel tu

reçois un coup de fil à 18h, il te reste encore des places, c'est la fin de la journée, on t'appelle juste avant que tu partes « ouais c'est juste pour te prévenir je vais te faire rentrer quelqu'un « nananinana »... ». Donc tu l'acceptes ou tu ne l'acceptes pas par rapport au profil, s'il relève de ton service ou pas, mais après ça ne pose pas de soucis par rapport à l'admission dans le service. Le dossier médical tout ça tu peux le reporter au lendemain, c'est l'urgentiste en fait qui gère le dossier, sur le plan thérapeutique et tout ça jusqu'au lendemain matin. Par contre le patient qui vient de l'extérieur, s'il n'y a pas de médecin qui le voit à l'admission, ben c'est un patient qui jusqu'au lendemain n'aura aucune prescription... euh c'est moyen pour les patients quoi ! Bon alors ça n'arrive relativement qu'assez rarement parce que je pense que les médecins généralistes comprennent ça, c'est logique. Donc on leur dit que le meilleur créneau c'est entre 15 et 16h. Parce que concrètement il faut attendre que le lit soit libre. Donc que le patient d'avant soit parti. Il faut que les aides-soignantes aient eu le temps de faire la chambre. Et en même temps il ne faut pas que ce soit trop tard pour qu'il y ait un médecin qui fasse l'entrée. En général on dit 15 ou 16h. Ça arrive qu'il y ait un peu de retard mais bon moi jusqu'à présent, ce n'est pas le truc le plus fréquent, mais... Je trouve que, une à deux fois par semaine je fais des entrées directes, ça ne m'est jamais arrivé d'avoir un patient à 18h30 qui n'est toujours pas là. Non, ça ne m'arrive pas... Ou alors le médecin entre temps m'a prévenu.

JC/ Quand vous faites une admission directe, quels problèmes vous

rencontrez dans la prise en charge du patient ?

H5/ Je n'ai pas compris ta question...

JC / Est-ce qu'il y a des difficultés de prise en charge, qui existent chez le patient admis en filière directe, qui n'existeraient pas, ou moins chez celui admis via les urgences ?

H5/ Non, non, tout dépend du motif...
(réfléchit)

JC/ Ou l'inverse ? Est ce qu'il y a des facilités dans la prise en charge ?

H5/ Je pense que la seule difficulté que tu peux rencontrer c'est si le patient, ou plutôt l'évaluation clinique du patient n'a pas réussi à mettre en évidence un motif aigu d'hospitalisation particulier qui nécessite une prise en charge particulière qui ne relève pas d'un court séjour gériatrique. Je ne sais pas, je dis n'importe quoi mais imaginons que finalement le patient, l'accentuation de ses troubles cognitifs, le fébricule, finalement tout ça est lié à une occlusion intestinale... on aura un retard de prise en charge.

JC/ C'est plus sur la présentation clinique...

H5/ Oui parce que finalement les urgences.... La plupart du temps c'est adapté. Ça ne l'est pas quand ...
(réfléchit, cherche à reformuler)
comment je pourrais dire ça ? C'est toujours plus ... Dans les urgences, en fait, tu as un temps d'évolution supplémentaire, pour réaliser effectivement des examens complémentaires si nécessaire, et pour orienter ton diagnostic. C'est vrai que pour le médecin généraliste, la famille l'appelle le matin, il a à peine le temps, il passe vite fait au domicile, il voit qu'il y a des critères d'hospitalisation, après

il n'a pas forcément tout le temps... euh... il n'est pas devin quoi, non plus ! T'as des signes généraux... Après la gériatrie peut donner tellement de tableaux... Il faut être systématique dans ce que tu fais... mais des fois tu as besoin aussi de quelques heures de recul pour orienter un peu les choses. Du coup la seule difficulté je trouve c'est ça. C'est quand tu fais une entrée directe, au final un peu précoce sur l'évolution de quelque chose.

(Marque un temps d'arrêt, s'interroge)
Bon, après est ce qu'au final tu as un retard de prise en charge ? Ou de toute façon une occlusion, par exemple, tu aurais eu ton orientation diagnostic qu'à un ou deux jours de décalage parce qu'au départ ce n'était pas franc... mouais... je ne sais pas...

JC/ Est-ce que vous pensez qu'il y a un intérêt à développer ces filières d'admission directes ?

H5/ Oui... Je pense que oui... En tout cas, au moins essayer de le faire plus souvent. On ne le fait pas plus souvent pour plein de raisons. Je pense que ce que je te disais au départ sur le fait que les médecins généralistes nous joignent par téléphone quand ils veulent, je pense que c'est la croix et la bannière et quand nous on finit par les avoir ils ont en fait été bloqués 15 minutes sur un standard téléphonique, ils ont eu déjà du mal à rentrer en communication avec l'infirmière. Il y a plein de jeunes médecins généralistes, plein de jeunes praticiens hospitaliers, il y a plein de générations qui s'entrecroisent, il y a plein de vieux généralistes qui ne nous connaissent pas... enfin voilà on n'a pas de lien direct avec eux. Donc je pense que souvent ça se termine en « c'est bon j'en ai marre, je n'arrive à avoir

personne, ben il va passer par les urgences ». C'est un problème de relation entre la ville et l'hôpital, ça c'est le premier truc. Ensuite, il faut qu'on arrive à le faire plus souvent, parce que le recul qu'on a sur les dossiers qui passent par les urgences, le grand classique, le patient gériatrique qui doit être de base, orienté sur un court séjour gériatrique parce qu'il n'y a pas d'événement chirurgical, il n'y a pas de prise en charge en soins continus, il n'y a pas de grosse décompensation on va dire, on a le temps de faire des prises de sang, on a le temps de faire des radios, on a le temps de programmer les trucs... Le patient standard qu'on aimerait ne pas faire passer par les urgences. C'est celui aussi qui arrive le samedi dans la nuit, alors que tu avais des places le vendredi soir, celui-là en arrivant le samedi dans la nuit, avec le service qui est plein avec des lits qui ont été pris par les patients arrivés avant, il va commencer à stagner sur un brancard pendant des heures. Déjà premièrement parce qu'il arrive la nuit, et deuxièmement parce qu'il n'y a plus de lit sur l'hôpital. Pour le patient ce n'est pas bien, parce que, pour plein de raisons, parce que ça majore les troubles cognitifs et cetera... et parce que ça énerve tout le monde le patient, la famille, et cetera. Puis ça épuise les urgentistes. Ils sont tout le temps en train de dire *(cite avec agacement)* « mais pourquoi le médecin généraliste nous l'adresse maintenant pour ça, pourquoi il ne vient pas en direct avec vous dans le service ». Donc, oui, je pense qu'on pourrait plus souvent le faire.

(Nous sommes de nouveau interrompus par un soignant qui frappe à la porte)

H5/ Où on en était ?

JC/ *On parlait de l'intérêt pour le service d'urgence et pour le patient de développer l'admission directe. Et c'est vrai qu'en évitant un passage long aux urgences on évite peut-être la majoration des troubles cognitifs, la rétention aiguë d'urine... l'agacement du patient, des familles, et du personnel.*

H5/ Oui ! Puisque tu parles de la rétention aiguë d'urine. Alors ça aussi on a le grand classique avec le patient qui est adressé pour altération de l'état général, le médecin généraliste soit est au courant, soit non. C'est la famille qui amène le patient, et il va passer 10h sur un brancard ou même plus parfois, il est arrivé à 20h, tu le récupères le lendemain en début d'après-midi et là il est en globe. Et il est peut-être en globe depuis la veille ! Et au final en fait aux urgences ils ne s'en occupent pas vraiment parce qu'il est examiné rapidement. Ils ne voient pas en fait de véritables motifs d'hospitalisation, ils se disent « bon allez, c'est encore le énième placement gériatrique ». Bon. Ça passe un peu à l'as...

JC/ *Il y a des motifs d'hospitalisation qui vont vous faire refuser une admission directe ? Pour lequel vous refusez l'admission, ou bien vous demandez un passage par les urgences ?*

H5/ Le patient GRAVE. Le patient AIGU grave. Et encore pour celui-là je pense qu'on n'a même pas le coup de fil. Pour ça le médecin généraliste ne ment pas, il n'essaye pas de le placer comme ça. Il passe par le SAMU, c'est régulé. Par contre, la seule chose que j'essaye de ressentir par téléphone,

sur la description clinique, c'est effectivement le patient... (*cherche un exemple*) sur les motifs pseudo chirurgicaux... la douleur abdo fébrile... là je demande un passage par les urgences, pour avoir une imagerie, pour être sûr que le patient soit bien orienté. Après pour le motif social, moi je ne le refuse pas forcément, ça tu le ressens dans le coup de fil. Mais moi ça m'est rarement arrivé que le médecin généraliste n'appelle que pour ça. Il y a quand même un motif aigu médical avec. Après effectivement il te parle de discuter avec la famille, l'encadrement, le domicile qui ne tient plus la route... Mais c'est toujours sollicité avec une décompensation.

JC/ *A l'inverse est ce qu'il y a des facteurs qui facilitent l'hospitalisation directe ?*

H5/ Je ne comprends pas ta question.

JC/ *Est-ce qu'il y a des situations, des demandes qui sont plus faciles à accepter que d'autres.*

H5/ C'est ce qu'on disait tout à l'heure. Je pense qu'on a un cours laps de temps pour recevoir les appels. Donc il faut que ce soit dans la matinée, c'est le mieux. Et dans la matinée, mais que tu aies avancé ta visite, savoir quel patient sort, que tu aies une idée de la disponibilité des lits pour l'après-midi. Et en même temps pas trop tard, pour pas qu'on se soit déjà fait piquer les lits par les urgences. L'appel, l'après-midi, ça devient, par rapport à ce qu'on a dit, le fait que l'admission doit être faite à telle heure etc... l'après-midi c'est compliqué. Le médecin généraliste t'appelle à 16h, même si tu as des lits, il faut avoir le temps de prévenir la famille, d'appeler les ambulanciers,

que les ambulanciers soient disponibles et qu'ils arrivent... C'est une histoire de timing !

JC/ Vous pensez que ce n'est pas assez développé par souci organisationnel

H5/ Oui en grande partie !

JC/ Qu'est-ce que vous pensez intéressant à mettre en place pour pouvoir développer les admissions directes ?

H5/ Moi ce que je fais pour l'instant c'est que j'essaie de ne pas zapper les médecins qui appellent. Du style « je fais la visite là, donc oui prends son numéro je le rappelle après quand j'ai un moment ». Non je le prends immédiatement, de toute façon après je n'aurai pas plus le temps je vais zapper. Donc quand l'infirmière me dit « c'est un médecin généraliste c'est pour une admission », qu'il y ait ou pas des lits j'essaie de lui répondre. Ça c'est ce que je fais pour l'instant. Après le mieux ce serait qu'il y ait UN numéro de téléphone. Ici nous on a deux services de court séjour gériatrique, alors ça va changer on est en train de voir si on va rapprocher les deux... Mais l'autre service est sur l'ancien hôpital et a 28 lits d'hospitalisation. Donc par exemple le weekend on centralise tout sur une seule astreinte, il n'y a qu'un médecin pour les deux courts séjours, et aussi pour l'EHPAD. Donc le weekend les infirmières appellent un seul médecin pour toutes les décompensations. On arrive à le faire sur un weekend, donc je ne suis pas persuadée que ça nous fasse perdre énormément de temps à ce que les médecins généralistes aient dans leur calepin un numéro de téléphone unique, comme ça existe par exemple

pour l'astreinte de neurochirurgie, donc un numéro de téléphone où ils pourraient joindre, en permanence, toute la semaine, un médecin gériatre pour des entrées éventuelles directes. Mais pour l'instant ça ne s'est jamais fait (*rires*). Ça les découragerait peut-être moins. Après ça n'enlèvera pas le côté « mais qui je vais avoir », parce qu'on ne peut pas connaître tous les généralistes de Hyères, c'est impossible. Et eux ne pourront jamais connaître tout le monde non plus, on doit être une dizaine à tourner sur les courts séjours gériatriques. Mais je pense vraiment que ça évite... Nous ça nous arrive aussi l'histoire du coup de fil qui rebondit de standard en standard ! Nous on a passé le cap de la ville à l'hôpital, mais à l'intérieur de l'hôpital c'est le même procédé. C'est infernal ! On finit par demander à nos secrétaires « essaie de m'avoir untel... » et on la laisse pendant des plombes attendre que ça réponde. Infernal, c'est in-fer-nal !

JC/ Vous pensez que votre situation géographique, le fait que ce soit une grande ville, vous pensez que ça joue dans la difficulté à faire des entrées directes ?

H5/ Euh... non... (*perplexe*) je ne vois pas trop...

JC/ C'est une question un peu orientée c'est vrai. En réalité j'ai remarqué au cours des entretiens, que dans certaines plus petites structures, ou structures plus isolées, la relation ville hôpital était plus développée, et le taux d'admission directe un peu plus important. Comme vous m'avez dit vous ne connaissez pas tous les généralistes, et les généralistes ne vous connaissent pas tous...

H5/ Oui ! Oui ! Alors je comprends ta question. Alors oui peut être. Je ne me rends pas compte. Peut-être aussi que 60 lits sur un hôpital périphérique ça fait quand même beaucoup. Mais en même temps on a une population très vieillissante sur le bassin hyérois... Alors si on avait moins de lits, donc moins de patients, moins de médecins généralistes, et qu'on se connaisse plus, alors oui ça pourrait jouer. Mais moi mon histoire de numéro de téléphone où tu peux joindre quelqu'un sans passer par des milliers de standards ; bon des milliers, j'exagère, mais bon... Au final tu perds 5 minutes ! Si tu arrives à avoir quelqu'un ! Parce que je pense qu'il y a des médecins généralistes qui se font envoyer sur les roses « on vous rappellera, ils sont à la visite » ... On leur demande d'appeler le matin pour pouvoir programmer des entrées l'après-midi, mais le matin on est sans cesse en train de leur répéter qu'on est occupé, qu'on fait la visite, et l'après-midi c'est trop tard. Alors c'est sûr ça accentue la guéguerre ville-hôpital : « à l'hôpital, les médecins ne nous écoutent jamais, ils ne répondent jamais ». Donc je pense qu'avec un numéro de téléphone ça marcherait. J'ai des copains généralistes en ville qui voudraient aussi avoir, pas forcément sur la gériatrie, mais aussi sur d'autres spécialités ils me le disent « on n'a pas d'annuaire, on n'a rien quoi !! ». Donc tu veux avoir un spécialiste à Sainte Musse ou à Sainte Anne, parce qu'ici à Hyères on n'en a plus beaucoup, tu es médecin, mais tu passes par le standard !

JC/ *Vous avez un turn over important dans le service ?*

H5/ Je n'en sais rien... je n'ai pas de chiffres exacts. Si on compare les deux

courts séjours gériatriques, celui de Riondet tourne un peu plus. Après on n'a pas de chiffres mais soi-disant c'est parce qu'on n'a pas les mêmes patients... je ne sais pas trop. Nous on doit avoir une DMS en moyenne de 10 ou 12 jours, là-bas ils arrivent à avoir 7 ou 8 jours...

JC/ *Vous avez des difficultés à libérer des lits ?*

H5/ Moi j'ai le sentiment qu'on n'est pas pauvre en lits gériatriques. Alors pour les lits d'aval, il y a la grande question des SSR gériatriques. Est-ce qu'on a finalement tant de profils de patients qui relèvent de SSR... Je n'en suis pas persuadé ! On fait beaucoup de demandes, mais je pense qu'elles sont souvent refusées, eux nous disent par manque de places, mais en réalité il y en a peu des profils gériatriques « SSR » ... Donc plus de lits d'aval en SSR pour la gériatrie, je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure solution. La communication avec les EHPAD, elle n'est pas trop... elle est bien. Après je crois que la grosse difficulté c'est l'épuisement des aidants et les hospitalisations pour motifs X ou Y, aigus... mais tu ne changes pas la pathologie, le patient entre avec des troubles cognitifs, il sort avec des troubles cognitifs ! Alors au cours de l'hospitalisation les familles ont pu souffler un peu et tant mieux parce que la prise en charge est lourde au domicile. Elle était lourde avant, et elle va le rester. Alors après c'est des hospitalisations qui s'éternisent avec des familles qui te disent « vous avez demandé une convalescence, parce que là il n'est pas trop comme avant ». Mais non, faut leur dire (*cite un échange avec une famille de patient*) « Ce N'EST PAS de la convalescence. Et une évolution favorable sur la

pathologie chronique on n'en aura pas. Donc si on n'envisage pas autre chose... » « oui mais quoi ? » « Par exemple un EHPAD si le maintien à domicile était déjà compliqué avant, c'est qu'il faut peut-être penser ça » « ah oui mais l'EHPAD on en a déjà parlé je n'en veux pas » ... Donc ça des fois ça prolonge un peu les hospitalisations. Et puis de temps en temps tu as de vrais gros dossiers sociaux, avec des familles qui se tiraillent, des tutelles, des expertises médico-judiciaires... Là ça prolonge des hospitalisations, mais bon on n'a pas tellement le choix non plus.

JC/ Globalement quand vous voulez faire une sortie vous la faites ?

H5/ Oui !

JC/ Donc le manque de places est surtout le fruit d'un excès de demandes ?

H5/ Exactement ! Moi j'ai ce sentiment-là. Je pense que c'est peut-être effectivement différent ailleurs. Au fur et à mesure que tu m'en parles ça me donne effectivement l'idée que sur le bassin toulonnais qui est plus grand que le bassin hyérois, où ils n'ont pas beaucoup plus de places que nous, surtout comparé à la population... ils doivent ressentir encore plus que nous le manque de places. Alors après on a malgré tout, et ça c'est commun au bassin méditerranéen, une activité saisonnière. Alors de par la fragilité des patients, qui décompensent sur des épisodes infectieux l'hiver... Au-delà de ça on a quand même une population gériatrique qui augmente en période estivale. Donc on a des moments où on fonctionne à flux tendu. Mais la majeure partie du temps, moi je trouve qu'on a des lits

quoi ! Là aujourd'hui on est lundi, on a fait 4 sorties. J'ai qu'une patiente qui va venir de l'UHCD. Je n'ai pas eu d'autre appel. On libère en premier l'UHCD, puis les urgences, puis le reste. Alors c'est vrai que le matin, cette période où tu travailles sur l'organisation de ta journée, sur les entrées... il peut y avoir des matins où ton téléphone n'arrête pas de sonner. Tu peux avoir les urgences de Hyères, l'UHCD de Hyères, les urgences de Toulon, l'UHCD de Toulon, les urgences de St Anne, l'UHCD de St Anne, parce que tu es le seul à avoir des disponibilités. Et en plus tu peux avoir les médecins généralistes qui t'appellent, mais ça c'est pareil. Ce sont des situations un peu exceptionnelles.

JC/ A votre échelle, vous qui avez 10 ans de gériatrie, et êtes ici depuis un an, est ce que vous avez vu une évolution des admissions directes ? Y'en a-t-il plus ou moins qu'avant ?

H5/ Non j'ai l'impression que c'est stable, c'est pareil. Mais je suis persuadé que la hotline fonctionnerait. Ça paraît évident. Tu as des retours là-dessus ?

JC/ Oui effectivement, une étude à St Etienne a montré le bénéfice de la mise en place d'une hotline. Et là au cours des entretiens, je pense à l'hôpital de St Tropez-Gassin qui a ce système de hotline, avec un rappel fréquent aux généralistes de l'existence de ce numéro unique. Et ils ont un gros taux d'entrées directes. Après est ce que certains services ne les développent pas plus parce qu'ils n'ont de toute façon par la possibilité de satisfaire les demandes des généralistes, car sont déjà à flux tendu. C'est peut-être le cas ici ?

H5/ Oui, mais non en fait ce qu'il faudrait pouvoir faire c'est inverser la vapeur ! On peut imaginer que si les médecins traitants ont un accès direct aux services, ça va peut-être vider les urgences ! Après si on vide nos urgences de patients gériatriques, surtout ici, je ne sais pas ce qu'ils vont faire (*rires*). Mais après c'est quand même mieux pour nos patients ! Mais il faut réussir à inverser la vapeur, si on fait plus d'entrées directes on en aura moins à faire via les urgences !

JC/ Je prends souvent l'exemple de Gassin, qui a de nombreuses entrées directes. Mais il faut aussi savoir qu'ils ont quelques lits scopés. L'équipement du service permet d'avoir un recours si le patient n'est pas si stable, et permet d'avoir ce temps de surveillance un peu plus accru comme peuvent l'avoir les urgences, comme on l'évoquait tout à l'heure.

H5/ Après on parle du lien avec la ville : oui il faut le refaire. En revanche on a un très bon lien avec les urgences. Je pense que si on faisait plus d'admissions directes, eux feraient moins de gériatrie, et si du coup de temps en temps on les appelle pour qu'ils nous dépatouillent une situation sur laquelle on s'est planté, que finalement le patient est en FA rapide à 150 et qu'il faut me le récupérer une nuit pour une surveillance à l'UHCD, je pense qu'il n'y aurait pas de problème. Après c'est toujours pareil : tu t'es planté, faut remettre le patient sur un brancard, le faire redescendre, le faire passer par le déchoc... bref tout est un peu décalé, ça met le bazar un peu partout, t'as un retard de prise en charge, mais à mon avis c'est faisable... (*un silence, le*

médecin réfléchit) Bon après, on revient à ce qu'on dit depuis le début : ce type de patient doit toujours arriver entre 15 et 16h pour que tu puisses le voir avant de le faire passer une nuit entière sans avoir vu personne alors qu'il tape à 150...

Entretien hospitalier n°6

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

H6/ Nous, quand on nous appelle directement, si on a de la place... enfin si on nous appelle le matin on peut les prendre le jour même si on a de la place, si les urgences ne sont pas débordées. Parce que c'est vrai qu'on priorise d'abord les patients sur les brancards des urgences. Si ce n'est pas urgent, on diffère un peu et on fait une hospitalisation un peu plus programmée.

JC/ *Généralement vous arrivez à répondre à ce type de demande en combien de temps ?*

H6/ C'est variable en fonction des tensions on va dire hospitalières de l'année. En plein milieu de l'hiver et de l'épidémie de grippe c'est plus long. Et puis on nous le dit ! LE bed-manager nous le dit « Ne prenez PAS d'hospitalisation programmée, ce n'est juste pas possible, on n'y arrivera pas » Donc c'est variable en fonction des périodes de l'année. C'est rare. Quand c'est calme la plupart du temps on arrive à y répondre dans les deux jours.

JC/ *ça reste rare ? Les demandes ou... ?*

H6/ Non ça reste rare de mettre 15 jours, d'être en tension, de leur dire « non ». En général on peut répondre à leur demande.

JC/ *Et ce sont des demandes que vous avez fréquemment ?*

H6/ ça dépend ce qu'on appelle fréquemment. On en a régulièrement,

parfois une demande par semaine, parfois deux ou trois. D'autres semaines pas du tout. En moyenne peut être guère plus qu'un par semaine.

JC/ *Comment font-ils pour vous joindre ?*

H6/ Ils nous appellent. Nous on a un numéro direct d'accès, ou ils passent par les infirmières qui les redirigent vers nous, ou par la secrétaire.

JC/ *Vous avez des contacts privilégiés en ville, avec qui la démarche est plus fréquente ?*

H6/ C'est difficile pour nous à objectiver. Il y a probablement des médecins qui connaissent maintenant un peu mieux le service, et qui nous font confiance, et qui nous les adressent. Mais c'est un service un peu particulier parce qu'on a que 5 ans d'existence, on est un peu délocalisé par rapport à l'hôpital de Hyères, donc on a mis du temps à avoir une visibilité en ville, et qu'on n'a encore probablement encore pas assez. Il y a eu une rencontre comme ça il y a deux ans à peu près avec la médecine de ville, pour une présentation gériatrique des services de l'hôpital. Après j'allais dire globalement c'est quand même souvent les mêmes médecins à qui on a à faire. Bon voilà, c'est ceux qui nous connaissent parce que c'est vrai qu'on n'a pas vraiment fait de com' là-dessus. Moi à un moment donné c'est ce que je voulais faire, une espèce de petite plaquette qu'on puisse donner aux médecins ; et c'est peut-être à ça qu'aboutira ton travail. Une plaquette qu'on puisse glisser comme ça dans les enveloppes quand les patients sortent « comment faire pour hospitaliser un patient en dehors de

l'urgence, sur l'hôpital d'Hyères ». Ça ne s'est pas fait... parce qu'il y a eu d'autres changements, et d'autres trucs... Bon après je ne suis pas certaine que de leur côté, la démarche de chercher l'hospitalisation programmée soit toujours faite. Il y a ça aussi. Il y en a beaucoup qui ne s'embêtent pas, on fait un courrier manuscrit, on téléphone à l'ambulance et on n'appelle pas.

JC/ Selon vous, il y a beaucoup de vos patients entrés par les urgences qui auraient pu bénéficier d'une entrée directe ?

H6/ Oh oui !!! Oui, oui !! Beaucoup n'ont rien à faire aux urgences. On aurait pu nous appeler directement. Il y en a qui auraient pu éviter un passage aux urgences, et de l'attente pendant des heures sur les brancards. Bon après à l'inverse, nous étant loin du plateau technique, ça nous arrive aussi de dire « non là on a besoin d'une imagerie, faites-le passer par les urgences ». C'est rare mais ça nous arrive aussi.

JC/ Quels sont les critères qui vont faire que vous demandez un passage par les urgences ?

H6/ Je ne sais pas... un patient je ne sais pas... un patient qui a un trauma crânien qui est somnolent, ok oui il lui faut le scanner. On ne va pas le prendre ici, ce n'est pas la peine, on ne va pas le prendre pour le redescendre vers les urgences, faire le scanner, le faire revenir... Donc à ce moment-là on demande un passage par les urgences. Quand ils ne sont pas bien quoi ! Parce qu'il nous faut au moins un peu de « débrouillage ». Parce qu'ici nous on n'a rien dans l'urgence, on n'a pas une bio, on n'a pas une

imagerie. La bio on ne l'a pas, pas en urgence en tout cas, en plus c'est délocalisé à Toulon, donc même si c'est piqué dans l'après-midi nous on ne l'a pas. On dépend du coursier.

JC/ Vous n'avez pas d'accès pour les examens paracliniques, hors la biologie qui est déjà délocalisée ?

H6/ Nous, tout est sur le centre hospitalier. Alors par rapport aux autres services du centre hospitalier on n'est pas limité pour la programmation d'examens on a comme les autres, dans les mêmes délais, la seule différence c'est qu'à chaque fois ça passe par l'ambulance. Donc il faut que ce soit un patient stabilisé pour lequel il n'y a pas d'examen avec caractère d'urgence dans la demi-journée parce que ça on ne l'aura pas effectivement. Comme dans d'autres services hospitaliers mais c'est vrai que quand on les sent « limite » par téléphone on préfère qu'ils passent par les urgences... Au moins là on a des examens de « débrouillage ».

JC/ Quelles difficultés vous pouvez rencontrer pour accepter une admission, en dehors des places ?

H6/ En dehors des places pas grand-chose. On n'est pas très restrictif. C'est essentiellement les places qui nous limitent pour les prendre rapidement parce qu'après effectivement dans la mesure où c'est de la gériatrie... pour nous pas de soucis.

JC/ Et après dans la prise en charge, le patient une fois qu'il arrive dans le service, est ce qu'il y a des difficultés supplémentaires du fait de sa venue directe depuis le domicile ?

H6/ Non, non, c'est pareil pour nous. Il est adressé avec un courrier de son

médecin... non. Bon on n'aura le bilan que le lendemain... mais bon sans grosse décompensation ça ne pose pas de problème.

JC/ Tout à l'heure on parlait d'une plaquette d'information pour les médecins généralistes. Est-ce que vous pensez à d'autres outils qu'on pourrait développer ?

H6/ Oui. Je pense qu'il y en a plein des outils. C'est de la communication qu'il faut. On pourrait peut-être développer un mailing, se faire plus connaître auprès des médecins de ville. Parce qu'il y a encore pas mal de vieux médecins, avec cette espèce de rivalité ville-hôpital qui peut persister parfois. C'est dommage... Mais voilà, non c'est de la communication et c'est ça qui pêche un petit peu. Je ne sais d'ailleurs même pas à qui il faut s'adresser à l'hôpital pour ça. Je ne sais même pas s'il y a un service adéquat pour s'occuper de ça.

JC/ Vous pensez que s'il n'y a qu'un ou deux appels par semaine c'est parce que les généralistes ne sont pas au courant ?

H6/ Non pas que... Il n'y a pas que ça. Je pense aussi qu'ils ne prennent pas le temps pour ça. Parce que la plaquette s'ils la voient mais qu'ils la mettent sur une pile et que ça disparaît... Alors oui il y a sûrement quelques médecins, s'ils voient que le service marche une fois, puis deux puis trois fois... après ils vont prendre le pli. Il y a un problème de visibilité, c'est clair, mais bon effectivement ils ne font pas non plus l'effort d'appeler. Ils savent qu'il y a un service de gériatrie à l'hôpital, s'ils ne veulent pas

que le papi patiente des heures sur un brancard ils peuvent aussi passer par le standard. Bon ils ne font pas forcément l'effort de le faire.

JC/ Après si le médecin généraliste ne fait pas l'effort de le faire c'est que les urgences représentent une facilité...

H6/ Bien sûr !!!

JC/ Alors c'est un peu le sujet de ma thèse. Pourquoi les urgences sont une facilité et pourquoi le service n'en serait pas une ?

H6/ Oui ... (*réfléchit*) c'est ça... mais aux urgences tu ne cherches pas une place, tu n'as pas besoin de la chercher, il n'y a pas de coup de fil à passer, d'emblée ils sont pris en charge. Alors que nous, on va peut-être lui proposer que le lendemain. Le médecin généraliste, lui, il sera peut-être face à une difficulté familiale ou des gens qui vont lui dire « oh ! Il faut absolument l'hospitaliser ! » ... voilà. Parce que 9 fois sur 10 c'est la petite lettre, l'ambulance et hop ! Alors qu'effectivement, là, il peut se heurter à un premier service, puis à un deuxième...

JC/ Le médecin généraliste qui est sûr de l'indication d'hospitalisation pour son patient n'a pas à craindre le premier coup de fil...

H6/ Si, il peut craindre qu'on lui dise « on n'a pas de place ! ». Et ça il ne le maîtrise pas. Et puis ils sont peut-être débordés, surbookés, il n'a pas envie de perdre un quart d'heure à trouver une place pour leur patient et que ça dépasse sur le reste quoi... c'est chronophage ! Donc c'est peut-être juste une histoire comme ça... (*silence*) Il faudrait presque peut être

passer par une plateforme directe un truc comme ça...

JC/ Oui une sorte de hotline, c'est ce qui est recommandé dans les services de gériatrie... Je vais me faire un peu l'avocat du diable mais je reconnais qu'avec ma très courte expérience du libéral, ça prend du temps, on est renvoyé d'un standard à un autre...

H6/ Oui bien sûr, c'est chronophage sur leur journée. Après nous le service n'est pas si vieux que ça. Et même les nouveaux qui s'installent... s'il ne viennent pas visiter ils ne savent pas. Je fais des consultations gériatriques et il y en a qui découvrent qu'on existe. Bon et puis nous le matin on a aussi notre organisation... Et nous le matin, on fait un peu barrage, on ne répond pas, ce n'est pas une hotline du tout ! Et même avec les médecins !! On dit « ben oui rappelez cette après-midi on fait la visite ». Alors aussi ce n'est pas une ligne dédiée pour ça, on a aussi toutes les familles qui appellent. Et on ne peut pas se laisser déborder par les familles qui appellent sinon on n'avance pas. Ce n'est pas une ligne dédiée aux médecins donc on ne peut pas faire le tri de qui appelle... Mais en même temps d'autres médecins, quand ils ont envie de nous joindre, ils y arrivent ! Ils passent par la secrétaire et ils y arrivent. Alors ça ce sont les motivés... et c'est vrai que ça ne facilite pas forcément le truc.

JC/ Du coup vous avez des contacts privilégiés avec certains généralistes.

H6/ Oui, ce sont souvent les mêmes. Il y en a même un qui me connaît et qui passe par moi pour joindre l'hôpital, même pour des demandes qui ne sont pas toujours cohérentes, alors qu'il sait que je suis en gériatrie, mais je suis

une visibilité ... (*silence*) Alors après je vais faire moi aussi un peu l'avocat du diable, mais je pars aussi du principe que quand on est en ville on se crée aussi un réseau et on cherche ses correspondants. Donc de fait quand on s'installe on se fait son réseau, on doit connaître l'hôpital et les services à disposition. Autant l'hôpital doit aller vers la ville, autant la ville doit aller vers l'hôpital.

JC/ Est-ce qu'il y a des motifs d'hospitalisation, des demandes qui sont rédhitoires.

H6/ Oui ici c'est tout ce qui nécessite une petite anesthésie générale. Les colo fibro, tout ça. Parce qu'il faut aller au bloc et en salle de réveil avec SON lit. Donc ici ça ne marche pas, ils ne peuvent pas partir avec le lit. Donc on est déjà nous obligé de les transférer vers un autre service de l'hôpital.

(Précision : il s'agit d'un service de court séjour gériatrique, complètement détaché géographiquement du reste du centre hospitalier, sur un autre site)

JC/ Pour les hospitalisations directes non programmées il y a d'autres motifs qui peuvent vous amener à refuser l'admission ?

H6/ On ne refuse pas ... Après il y a des motifs qui peuvent nous agacer, un peu, genre le « ultra social » où rien n'a été fait alors que ça dure depuis « la vie des rats » (*ton effectivement agacé*) et puis l'hôpital n'est pas là pour ça non plus. Après on ne les refuse pas. On en a plein. Tout le temps. Après c'est de la gériatrie aussi... Mais bon effectivement il y a des choses qui pourraient être faites en ville et c'est un peu dommage que l'hôpital se substitue à ça. Ça coûte beaucoup d'argent... Parfois on sait

dire non, parfois... Pas plus tard que la semaine dernière on l'a eu fait. C'était clairement une demande d'hébergement temporaire... et ce n'est pas... (*hésite et conclut un peu gêné*) ce n'est pas l'endroit ! Après des « répits de l'aidant » on le fait, si les gens sont clairs, qu'ils ont besoin de souffler, que c'est qu'une semaine, ça on le fait... mais quand c'est vraiment tiré par les cheveux, ou quand c'est des gens CONNUS de l'hôpital, CONNUS du service social, QUI refusent l'institutionnalisation, QUI refusent « nananinana »... et QUI tous les 4 matins mettent leur petit vieux aux urgences, là oui : clairement on dit NON !

JC/ Pour ces gens-là, vous avez peu de demandes de la part du médecin généraliste ?

H6/ Non, en général c'est classiquement celle qui se retrouve aux urgences. Et on les fait renvoyer, on leur dit non, même pas en rêve, on ne les prend pas, on l'a eu il y a une semaine, pour le même motif... Des familles qui ne jouent pas le jeu, et qui attendent que l'hôpital trouve des solutions, et si possible gratuites... donc ça on met sur la blacklist (*rires*)

JC/ Parce que les médecins que vous avez au téléphone...

H6/ Non quand on a le médecin au téléphone c'est toujours pour un motif médical... Ou au moins médico-social, mais il y a toujours au moins une décompensation de quelque chose, ou une altération de l'état général, voilà ça c'est normal c'est gériatrique !

JC/ On parlait du manque de places, vous arrivez à avoir un bon turn over ?

H6/ Oui, oui ça tourne bien ! On a 28 places, et par exemple depuis la semaine dernière, en 10 jours on a fait 24 sorties. Donc oui ça tourne bien.

JC/ Vous avez donc peu de difficultés avec les lits d'aval ?

H6/ On travaille très bien avec le service social déjà. Nos demandes de SSR sont uniquement justifiées, parce qu'on part du principe que c'est une demande médicale. Ce n'est pas aux familles de les demander. Donc nous si on pense que ce n'est pas justifié on ne fait pas la demande et on réoriente vers le service social pour qu'il y ait un VRAI projet. Voilà on a de bons rapports avec les SSR, nos demandes ne sont pas cachées... Ou alors si vraiment on est très embêté avec une famille et qu'effectivement c'est du social, on prend notre téléphone et on appelle, et on leur dit « est ce que vous pouvez jouer le jeu ? Le tableau c'est celui-là, il y a du social, notre assistante sociale a déjà travaillé ». Mais sinon c'est vraiment pour des fractures, pour des gens qui nécessitent un SSR. C'est ce qu'on explique aux familles, et ce qui fait la force de notre service c'est qu'on est dans le même bureau et qu'on peut effectivement affronter les familles toutes les 3 ensemble et leur expliquer que c'est comme ça, si ce n'est pas justifié il faut trouver un autre projet. Ça permet de raccourcir les délais d'hospitalisation, on n'attend pas la réponse du SSR, et puis on pense toujours au coût ! On leur explique toujours que dans 3 semaines le problème sera le même : « une fois que le SSR va vous lâcher, le problème sera le même, il ne sera pas réglé. Donc autant travailler d'emblée le vrai projet ». Voilà, et les gens

entendent, mais ils ont besoin qu'on le leur dise. Donc ça nous on sait faire.

JC/ Qu'est-ce que vous pensez du développement de filières d'admission directe ? De leur intérêt ?

H6/ C'est bien. Oui il y a un intérêt, si on peut éviter des passages aux urgences inutiles. Ça évite de surcharger les urgences avec des patients qui n'en ont pas besoin, qui restent des heures sur des brancards, qui parfois arrivent avec des débuts d'escarres... ce n'est pas terrible hein ! Donc oui ça serait bien qu'ils arrivent directement dans un service. Nous ça nous va quand on a des entrées directes ! Puis souvent on a les familles qui les accompagnent sur les entrées directes ! Parce que quand ça fait 5h qu'ils sont aux urgences les familles sont parties. Alors quand ils arrivent, ils sont épuisés, il n'y a plus de famille, on ne peut plus parler à personne pour avoir les renseignements qu'il faut. Des fois les familles mettent 3 jours à venir, avant qu'on ait des renseignements... Alors qu'en entrée directe ils sont souvent accompagnés, par l'épouse, par l'enfant...

JC/ Est-ce un apport supplémentaire pour vous d'avoir le médecin généraliste au téléphone lorsqu'il vous fait la demande ?

H6/ Alors oui ! Puis en plus je trouve qu'elle est importante cette relation. On ne peut pas scinder comme ça la ville et l'hôpital. Nous, régulièrement on les appelle si on a besoin de renseignements. Et puis il y a aussi des médecins qui au cours de l'hospitalisation appellent fréquemment. C'est un peu toujours les mêmes qui appellent pour leurs

patients. Mais bon, voilà, on a des renseignements qu'on n'a pas forcément sinon, parce qu'on l'a au téléphone pour l'admission, mais on ne l'aura pas forcément les jours suivants. Là d'emblée ils nous exposent un peu le cas. Et puis aux urgences ils n'ont pas tout le temps le temps de le faire, ou on perd des infos...

JC/ Est-ce qu'admettre un patient directement peut désorganiser votre service ?

H6/ Non pas du tout. Quand le patient arrive, si la secrétaire est là c'est elle qui fait l'entrée. S'il est déjà connu de l'hôpital dans ce cas c'est encore plus facile de faire l'entrée, elle peut même l'anticiper le matin pour l'après midi, elle fait une préadmission. Donc même si elle est partie on clique on le récupère. Et si elle est partie, qu'il n'y a pas de préadmission, on appelle les urgences et ils font l'entrée administrative.

JC/ Avec les soignants non plus ?

H6/ Non que ce soit une entrée des urgences ou de l'extérieur la procédure est exactement la même donc non, ça ne change rien pour eux non plus.

JC/ En 8 ans d'exercice dans ce service, est ce que vous avez vu une évolution de la filière d'admission directe ?

H6/ Alors oui, forcément puisque le service a ouvert il y a 8 ans. Donc au début il n'y en avait pas du tout. Mais dans tous les cas, même aujourd'hui ce n'est pas énorme, on a essentiellement des entrées via les urgences et l'UHCD. On n'en a pas tant que ça des entrées directes. Mais quand même... Je me dis que bon quand même ça fait 8 ans ! Les gens

les reçoivent les courriers, ça fait quand même 8 ans qu'on en envoie ! A la fin il y a bien tous les médecins généralistes de Hyères et des alentours qui ont au moins reçu, au moins UN compte rendu ! Après soit effectivement ils prennent le temps de voir d'où viennent leurs patients, soit ils lisent en travers... c'est ça aussi. Mais ils ont tous eu au moins un patient passé par chez nous.

JC/ Pour vous une des clés serait de développer un peu plus la relation avec la médecine de ville...

H6/ Oui, bon... parfois c'est compliqué, même nos courriers de sortie on a l'impression qu'ils ne les lisent pas. Les patients reviennent sans les modifications thérapeutiques faites... Nous on prend des avis neuro et cetera on modifie le traitement et ils reviennent une semaine après... Une fois j'avais supprimé un traitement médical pour intolérance, hospitalisé pour ça. Eh bien on l'a réhospitalisé parce que le traitement a été réintroduit ! Après je pense que c'est toujours pareil, c'est un peu les mêmes, ceux qui lisent en travers le courrier, c'est ceux qui adressent aux urgences. Puis ceux qui prennent le temps de lire, de modifier le traitement, c'est aussi eux qui nous appellent plus facilement. Voilà c'est une pratique, c'est un « package ». Ça dépend de la médecine générale que l'on veut faire en ville. Je ne sais pas si avec nos numéros accessibles plus facilement... oui sûrement... bon après il n'y a pas que les médecins qui sont responsables du passage par les urgences, bien souvent c'est la famille aussi qui prend la décision. Ils ne passent pas tous par le médecin traitant, ça peut être la famille, ou bien par SOS médecin, et SOS de fait ne

connaît pas bien le patient donc va adresser aux urgences. Après il y a les patients d'EHPAD aussi. Nous ils ne nous appellent jamais, ils passent par les urgences. Contrairement aux SSR qui eux nous les adressent plutôt facilement.

Entretien hospitalier n°7

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

H7/ Alors on travaille avec les médecins généralistes et les médecins des structures aux alentours : court et long séjour, EHPAD ... D'accord ? Donc, quand on nous appelle pour une entrée directe, il faut aussi que ça ne gêne pas le fonctionnement du service. Vous savez, nous, on fonctionne avec les urgences en priorité, parce qu'il faut dégorger les urgences, donc on privilégie surtout l'admission au lendemain matin. On est toujours dans un caractère non urgent. On nous appelle du domicile du patient, on prend les coordonnées, on prend le numéro de téléphone et on bloque un lit pour le lendemain matin. Bon parce qu'il y a aussi le personnel infirmier, on ne peut pas courir après les IDE parce qu'il faut faire un bilan... parce qu'il faut l'accueillir le patient ! Donc, il faut faire un bilan, s'il y a une imagerie à faire on ne peut pas la faire l'après-midi même. Donc ça ce n'est pas possible...

JC/ *ça vous ne pouvez pas le faire l'après-midi parce que ...*

H7/ Parce que vous avez les urgences qui débarquent, il y a les urgences au milieu qui arrivent et donc vous ne pouvez pas ! ET on n'a pas accès à l'imagerie si tu veux dans l'après-midi. Peut-être qu'ailleurs ça se passe autrement et peut être qu'ils ont accès mais pas ici. Donc MOI, LA condition d'admission (*se corrige*) on FAIT des admissions directes : c'est le matin ! Donc programmées le matin. Alors

après ça arrive que le médecin généraliste nous dise « est ce que tu peux le prendre l'après-midi parce que (*réfléchi*) ça ne tient pas au domicile... etc. » Donc moi je demande bien les renseignements concernant ce patient, qu'il ne nécessite pas des soins immédiats ou des choses types imageries ou autre comme ça. Donc on peut programmer, on le voit, on l'examine mais... Dès que ça touche (*se corrige*) ou plutôt dès qu'il me dit qu'il vomit fécaloïde, ou méléna, ou ictérique... donc ça, ça demande une prise en charge type imagerie donc urgence ! Voilà donc c'est la seule chose pour laquelle on s'accroche parfois avec les médecins généralistes c'est par rapport à ça. Quand je lui dis « il faut qu'elle passe par les urgences parce qu'elle n'est pas stable ou parce qu'elle nécessite une prise en charge en urgence ». Voilà, tout ce qui est suspicion d'occlusion etc. Moi si je la prends juste pour la regarder dans le service ça ne va pas. (*agacé*) Donc, je ne vais pas courir, je n'ai pas de radiologue, je n'ai personne. Alors qu'aux urgences ils vont être là ils vont pouvoir négocier avec le radiologue du privé. Parce que l'après-midi il n'y a pas nos radiologues, ce sont des vacances privées. Voilà donc aux urgences ils vont pouvoir négocier ça. Voilà, le seul « hic » il est là. Donc sinon nous on les programme, on les prend... Il y a un pourcentage je crois de 30% en entrée directe. Voilà donc ça c'est les stats, à l'année aux alentours de 30% et je ne compte pas les entrées directes des gastros qui font entrer pour des fibro-colo etc. Moi je parle pour les entrées directes des EHPADs et des médecins de ville. Voilà. On essaie de fidéliser cette filière d'entrée directe à condition que

ce ne soit pas urgent. Voilà, il ne faut pas qu'il y ait un caractère urgent.

JC/ *Parce que vous parlez dans la gestion du service de l'accès à l'imagerie. Est-ce qu'on peut imaginer que si demain vous avez une collaboration qui se développe avec la radiologie et qui vous permet d'avoir un accès rapide à l'imagerie ...*

H7/ *(me coupe)* Ah oui oui oui !! Moi si j'ai des plages d'accès au scanner c'est plus facile ! Mais le problème ici c'est qu'il y a les privés l'après-midi. Après s'ils font un deuxième scanner... et même prochainement ils vont avoir l'IRM. Alors si ça me donne plus d'accès au scan' pourquoi pas ! Bon il ne faut pas m'amener un AIT ou un AVC de ville ça ce n'est pas possible... ou une douleur abdo inexplicée, ça non.

JC/ *Par rapport au problème d'accès au plateau technique, est ce que vous avez des problèmes avec le laboratoire ?*

H7/ Le laboratoire non. Mais il faut que l'infirmière se libère rapidement pour piquer le bilan parce qu'après pour sortir c'est 2h ! Il faut bien deux heures pour l'avoir ! Donc si le patient arrive à 17h... ça te fait attendre jusqu'à 19h pour avoir un résultat... *(grimace)* Donc ça moi... Le laboratoire je n'aurais pas de soucis, parce que je peux dire à l'infirmière « tu arrêtes tout, c'est pour l'admission de l'après midi » pour qu'elle aille me piquer le bilan. Mais ça perturbe le fonctionnement des infirmières, et c'est sûr qu'après je vais avoir le personnel sur le dos *(cite)* « c'est quoi cette histoire d'entrée directe ». Donc l'après-midi ça nous

perturbe beaucoup, il y a déjà les urgences, et il y a un mode de fonctionnement du service à respecter. L'idéal, C'EST l'entrée directe le matin. Donc je favorise cette filière. Tu pourrais en parler avec la cadre, on les programme, ils sont programmés sur le tableau, les entrées directes, il y a une case, avec la date de programmation, l'heure. Donc ils viennent directement et ne passent pas par les urgences. Les EHPAD pareil ! J'aimerais bien que... *(se reprend)* On a des conventions. Donc on a fait des conventions avec certaines maisons de retraite. Là il faut que j'en finalise une, *(me montre du doigt)* là, elle est derrière toi avec celle de la Sainte Baume pour qu'ils nous envoient directement la personne âgée depuis leur service. Voilà. On en a discuté avec la direction et tout, je leur ai dit, je la prendrai. Même l'après-midi je la prends, mais il ne faut pas qu'il y ait un caractère urgent, s'il faut que je pique ou s'il faut faire des explorations le jour même. Ça non. Ça désorganise le service, mais surtout c'est aussi pour la sécurité du patient. Vous ne pouvez pas accepter quelqu'un pour qui vous ne pouvez rien faire, le regarder... Si c'est un ventre chirurgical ou si c'est... je ne peux rien faire... ou si c'est voilà. *(Insiste)* Je ne peux pas ! Je ne peux rien faire !

JC/ *Après en pratique quand le médecin généraliste appelle, il appelle sur quel numéro ?*

H7/ Alors il appelle... là ce qu'on a fait avec les conventions c'est qu'on a mis UN référent. C'est vrai qu'on a eu beaucoup de soucis avec certains praticiens hospitaliers qui ne décrochaient pas... Qui ne voulaient pas. Donc là ils appellent le service, l'infirmière décroche, elle court après

un médecin pour lui demander... bon il y en a certains... Moi ça je ne le cautionne pas. Je ne le veux pas. Donc l'idéal c'est d'appeler la cadre, qui prend les coordonnées du patient, et elle me passe la communication il faut que j'aie l'information « qu'est-ce qu'il a ce patient ». Voilà. L'idéal c'est de pouvoir attraper le cadre.

JC/ Donc dans les conventions...

H7/ J'ai mis ce numéro-là de la cadre et puis je me suis mis moi en deuxième et en troisième position j'ai mis un médecin de l'équipe mobile de gériatrie. Pour les entrées directes des EHPAD.

JC/ Ce type de procédure n'existe pas avec la médecine de ville ?

H7/ Non. Ils appellent le standard, puis le secrétariat puis... c'est vrai que ça il faudrait c'est vrai voir avec tous les médecins de ville à ce moment-là, pour les admissions directes, de pouvoir s'adresser... c'est sûr ça serait mieux... à UN interlocuteur direct et pas de se faire balader, et en plus selon le praticien qu'il y a ce jour-là, s'il n'a pas envie donc il ne répond pas, ou il envoie balader le médecin ... Et ça ce n'est pas bien, il faut qu'il y ait un référent. Voilà je fais au maximum pour répondre à toutes leurs demandes. Tant qu'on ne sera pas définitivement regroupés avec l'autre service... si l'appel il tombe en haut... voilà selon qui est là. Bon après je ne peux pas accepter tout si je suis limité en places et que j'ai les urgences derrière.

JC/ Généralement quand vous recevez un appel, qu'est ce qui fait que vous refusez la place ?

H7/ Soit par manque de places, soit par rapport au caractère urgent.

JC/ Vous avez l'impression de manquer de place par manque de lits d'aval pour faire des sorties ou par excès de demandes ?

H7/ Alors les places c'est en priorité pour les urgences. Donc on manque de lit par excès de demandes. Il y a un turn over assez important dans ce service. C'est d'ailleurs ce qu'on lui reproche. J'ai eu une réunion récemment avec le personnel du service, il y a un turn over important et ils sont un peu épuisés. Il faut savoir que le weekend il faut libérer entre 14 et 16 lits. Je ne sais pas comment ça se passe ailleurs je n'ai pas bossé dans d'autres hôpitaux mais... Là, on a fait 20 entrées en médecine (*ndlr : sur les deux services de médecine polyvalente*) Est ce que ça existe ailleurs de faire 20 entrées sur un weekend, sur 58 lits. On est 6 praticiens... dans le meilleur des cas. Après là on est deux parce qu'il y en a un en congé. Finalement on est souvent 2 par unité. Voilà. Donc c'est spécifique à notre hôpital. Il n'y a pas de structure aux alentours donc tout le monde converge ici, donc on prend tout : neuro, cardio, on prend tout. Peut-être qu'ailleurs c'est un peu plus dispatché. C'est pour ça que le projet c'est de scinder en 3 unités, avec un court séjour gériatrique et sur les deux autres. Peut-être qu'il y en aura un qui va faire plus de pneumo, l'autre ira plus dans l'unité gastro... mieux dispatcher... Une meilleure répartition des entrées, plutôt de que de se retrouver, comme moi le weekend passé, j'étais de garde et on me laisse 8 dossiers. Ok. Je fais les 8 dossiers, puis je pars sur l'autre unité et j'ai 9 dossiers. C'est ENORME. Donc il y a une grosse, grosse demande de lits. Et ce n'est pas par fainéantise. Je veux

dire, on est au taquet. Niveau DMS on est 7 ou 8. On est dans les clous par rapport à l'échelle nationale. Faire plus ce n'est pas possible.

JC/ Les principales difficultés que vous m'avez évoquées sont l'accès au plateau technique et le manque de places. Vous en voyez d'autres ?

H7/ L'organisation du service ! Il faut une organisation du service qui puisse permettre de les prendre si on veut toute la journée. Donc pour l'instant ce qui est plus facile pour nous c'est de le programmer le matin, comme une admission non urgente.

JC/ Vous répondez favorablement aux demandes en moins de 24h ?

H7/ Voilà ! On n'a pas de demande qui reste 2 ou 3 jours sans réponse. On la planifie tout de suite. On la programme dès qu'on fait le staff le matin je sais qu'il y a une entrée directe à programmer et le lit sera réservé.

JC/ Selon vous qu'est-ce qu'on pourrait apporter comme amélioration pour faciliter les admissions directes ?

H7/ C'est avoir plus de personnel pour s'occuper de ça. Parce qu'il faut l'accueillir ce patient. Ce n'est pas : il arrive, les ambulanciers le mettent dans le service et hop. Il faut qu'il y ait des gens disponibles pour l'accueillir. Et vu la charge de travail qu'il y a en ce moment, parce que le personnel est en sous-effectif, je ne peux pas l'accueillir dans de bonnes conditions, et ça ce n'est pas bien pour le patient. Moi j'aimerais bien... Si on a plus de personnel, il n'y a pas de soucis. Ça, ça fait partie des problèmes que l'on a. On fait le maximum pour les accueillir le matin, parce que c'est la tournée, on est un peu dans le jus mais on a un

renfort parce qu'il y a une infirmière qui fait le 9- 15h, donc il y a de l'aide. Elle va faire à la fois les départs et les admissions directes. Ça permet aux deux autres IDE de faire leur tour et le reste de leur travail : dispenser les traitements, perfusions, constantes, tout ça... Et donc une qui est entre les deux et qui va faire les sorties et l'accueil des entrées. Au-delà de 15h je n'ai plus personne. Je n'ai que les deux infirmières. C'est pour ça que c'est difficile. Et ça nous arrive parfois de faire des entrées l'après-midi, je le prends, et il décompense, et là c'est vraiment une entrée directe qui aurait dû passer par les urgences. Voilà... Donc qu'est-ce qu'on pourrait améliorer... (réfléchit) Oui... Le plus important serait qu'on ait un interlocuteur direct dédié spécialement pour ça. Il faut qu'il soit là tout le temps pour répondre ne serait-ce qu'à l'appel et que ce ne soit pas éparpillé partout. Et ensuite qu'on ait du personnel pour pouvoir les accueillir.

JC/ Vous avez des contacts privilégiés en ville, des médecins avec qui vous travaillez plus facilement ?

H7/ Alors le souci qu'on a maintenant, j'ai quelques praticiens qui continuent à travailler avec nous, parce que je le vois dans le service... Ce sont régulièrement les mêmes qui appellent... Et d'autres praticiens qui ont leur filière. On ne voit plus leurs patients. Et quand ils appellent, je sais que c'est quelque chose qui n'est pas... qu'il a du mal à placer quelque part. Je suis pour eux la dernière roue du carrosse. Alors je prends le patient quand même...

JC/ Généralement le motif d'hospitalisation c'est ...

H7/ C'est le motif social, le placement ou le patient grabataire plein d'escarres que personne ne veut. Soit l'alcoolique ou la grosse dépressive que personne n'arrive à prendre en charge.

JC/ *Ce sont des motifs d'hospitalisation que vous refusez ?*

H7/ Non je ne refuse pas. Mais bon, je le constate. Voilà. Et ces praticiens, par contre, leurs patients intéressants ben... ils partent ailleurs. Quand je n'ai pas de coup de fil pendant 6 ou 8 mois et que du jour au lendemain j'ai un coup de fil, je sais que ça va être un peu « tordu ». Les autres non...

JC/ *Vous travaillez depuis combien de temps dans ce service ?*

H7/ 20 ans !

JC/ *Vous avez vu une évolution de l'admission directe ? Est-ce que c'est plus fréquent qu'avant ?*

H7/ C'est un peu plus. Surtout un peu mieux organisé. Un peu plus... On devrait avoir plus ! Si les urgences nous laissaient un peu tranquilles (*semble excédé*). Je pense oui ! Le problème c'est que tout converge vers les urgences, et du coup on est bouffé par les urgences ! Donc je n'ai pas de lit disponible pour dire aux médecins « c'est bon, je vous le prends le jour même, je vais m'en occuper, je vais le bichonner ». Mais non !

JC/ *Justement ce sujet de thèse vient un petit peu de ce constat. Et finalement est-ce qu'un jour on va pouvoir inverser un peu les choses : en faisant plus d'entrées directes est-ce qu'on peut imaginer qu'il y ait moins d'entrées par les urgences ? Et qu'est-*

ce qu'on peut trouver comme solution ?

H7/ Oui c'est ça mais malheureusement il y a des patients... (*agacé*) parfois je m'énerve... Parce que : je reçois le patient, on l'explore... et puis c'est une personne âgée, on finit par dire voilà on va arrêter les explorations. Par exemple, je dis n'importe quoi mais par exemple pour des transfusions itératives, je le marque en gros « si besoin, à l'hôpital de jour ». Et ben je retrouve le patient aux urgences, qui entre pour transfusion ! Et le parcours là... (*souffle*) Et même les EHPAD... Alors est-ce que c'est l'aide-soignante, ou l'infirmière mais bon... ce n'est peut-être pas le médecin... Mais bon, je retrouve le patient qui passe 3h sur un brancard pour attendre une transfusion qu'il aurait pu faire tranquillement en hôpital de jour. Voilà. Il y a un message à passer dans les structures. Après je le dis aux familles, notamment j'ai beaucoup de cancéro et de soins palliatifs. Alors là je n'envoie pas que le courrier, j'en parle aussi à la famille « si ça ne va pas trop à la maison, appelez le service ». C'est inadmissible que quelqu'un qui a un néo évolué se retrouve 3 ou 4h là-bas à chercher une place... Voilà. Je passe le message aussi aux familles. Voilà donc ça s'améliore un petit peu, un petit peu.

JC/ *D'accord. Est-ce qu'il y a des efforts faits par l'hôpital pour l'améliorer ?*

H7/ Je pense que nous, on est passé par une période un peu difficile. Je n'ai pas eu des médecins motivés pour ça. Si tous les médecins avaient été sensibilisés par l'entrée directe, c'est

sûr qu'on aurait amélioré les choses. Il faut une grosse sensibilisation des médecins pour améliorer ça.

JC/ Est-ce que vous pensez, est ce que vous avez l'impression qu'en ville il y a des efforts pour améliorer ça ?

H7/ Je ne sais pas... Il faut que ça vienne des deux côtés. Les médecins de ville oui, mais aussi les médecins d'EHPAD ! Donc ce qu'on va faire, c'est avec l'ARS, c'est un pôle avec le service et les centres EHPAD La Source et le Luc. Un médecin responsable des 3 structures. Il faut qu'il y ait une porosité entre les 3 structures !! Pour ne plus voir des patients des EHPAD débarquer le weekend aux urgences. Il faut un médecin d'astreinte pour prendre en charge ces patients, et s'il y a une indication d'hospitalisation, il faut qu'ils entrent directement sans passer par les urgences. Donc là, on est en cours de projet, avec un chef de pôle inter-établissements. Les choses bougent. C'est long à mettre en place, mais il y a des idées et les choses bougent.

JC/ Vous avez la sensation que les patients qui passent par les urgences, et qui auraient pu entrer directement dans le service, n'ont en fait pas vu de médecin ?

H7/ Ah oui souvent ! Souvent c'est ça. On n'a pas beaucoup de lettres de médecins généralistes ! Parce que les familles s'affolent un peu, et n'attendent pas le lendemain et la personne âgée débarque aux urgences comme ça. Très peu de patients sont admis avec une lettre du médecin.

JC/ Finalement vous trouvez que la relation avec la ville n'est pas si

mauvaise ? Les médecins généralistes sont courts-circuités par les familles ?

H7/ Non... pas si mauvaise ! Je pense surtout que le patient âgé n'attend pas le médecin généraliste pour être hospitalisé. C'est peut-être pour ça aussi qu'on a moins d'appels parce que généralement quand on reçoit les patients âgés, c'est le 15. Les familles se disent « vite c'est le 15 et hop il va urgences ». Quand ce n'est pas le médecin en ville, il nous appelle... Certains nous appellent « voilà, il est fatigué, il faut le faire entrer... » et nous on le prend. Franchement on peut leur demander mais quand ils appellent on ne leur refuse pas.

JC/ Vous pensez que la situation géographique de Brignoles joue un rôle, favorable ou non, dans l'admission directe ?

H7/ Oui, on les connaît les médecins généralistes. Il y en a pas mal qui ont travaillé avec nous, ou aux urgences. Et puis d'autres qu'on connaît de longue date. Parce que c'est petit Brignoles ! Bon il y a les nouveaux installés que je ne connais pas. Mais tous les anciens... Ils venaient ! Tous les médecins qui sont anciens ils venaient voir leurs patients dans le service ! On discutait avec eux ...

JC/ Vous avez l'impression que les anciennes générations utilisent plus l'admission directe ?

H7/ Euh... Oui... La nouvelle génération... je n'en vois pas beaucoup. L'ancienne génération, oui. Ils venaient même dans le service voir le dossier, le patient, on discutait ensemble. Avec les anciens il y avait une continuité de soin.

JC/ *ça vous est arrivé de programmer pour le lendemain et que le patient se retrouve aux urgences avant la programmation ?*

H7/ *Oui ! Ça arrive ! souvent même... c'est la famille souvent qui le fait rentrer le soir. Et nous, le lendemain on téléphone « ah non mais il est dans l'autre service de médecine parce qu'il est entré cette nuit avec les pompiers ». Voilà, ça arrive !*

JC/ *Une petite dernière question, je pense avoir compris que vous étiez plutôt pour, donc qu'est-ce que vous pensez du développement de ces filières ?*

H7/ *Moi j'y suis attaché. C'est l'avenir ! Franchement il faut que ça bascule dans l'autre sens. Il y a un travail à faire avec la population ! Avec les médecins aussi mais c'est vrai que quand ils voient un patient ils nous appellent. Mais parfois ces malades échappent aux mailles du filet, appellent le 15 et se retrouve comme ça aux urgences. Il y a toute une éducation à faire, qu'ils attendent que le médecin traitant passe pour qu'on puisse programmer une hospitalisation. Et ce n'est pas faute de répéter que les urgences débordent. Les gens utilisent toujours les urgences. Voilà ! Donc sache que nous on est aux alentours de 30%, on y est favorable, on les programme le matin. Les après-midi on évite parce que... Bon là je viens de prendre une entrée directe, un monsieur autonome, ascite, avec déjà l'écho faite en ville, vu ce matin au cabinet, il faut l'explorer. Donc là je l'ai pris aujourd'hui, l'après-midi parce que demain c'est vendredi... si je le prends le vendredi matin, mais qu'il faut programmer un TAP... donc si je le prends un vendredi*

matin ça ne marchera pas, il va bloquer le lit pour le weekend pour rien. Donc là je l'ai fait rentrer cette après-midi, on pourra peut-être lui faire une ponction cette après-midi, et le scanner demain. Donc quand on peut, si c'est calme, il est autonome, c'est moins lourd pour les équipes donc je peux le prendre cette après-midi. Donc voilà pour les autres, s'il faut un avis chir ou autre je ne le fais pas.

Entretien hospitalier n° 8

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

H8/ Donc depuis.... On est en 2018, donc depuis 10 ans ! Normalement, le conseil de l'Ordre a donné à tous les médecins généralistes le numéro de téléphone du service, pour leur dire qu'on faisait de l'admission directe. La plupart des gens, comme moi, n'auront jamais le papier du conseil de l'Ordre et déchireront les enveloppes. Certains gardent l'enveloppe... Bon le numéro il a changé au fur et à mesure parce qu'au début c'était un portable, à un moment ce n'était pas un portable, etc... Là, actuellement, ils appellent la secrétaire qui passe obligatoirement le médecin qui est chargé des admissions. Chaque semaine il y a un médecin qui a le téléphone jaune. Le téléphone jaune reçoit tous les appels de ville ou des urgences, ou d'un hébergé.

JC/ *D'accord, donc c'est le téléphone pour toutes les admissions !*

H8/ Oui, d'ailleurs le téléphone s'appelle « admission gériatrique ». Il gère les admissions, donc il t'écoute « voilà donc je voudrais faire hospitaliser madame Untel parce que... parce qu'il faut qu'elle aille en maison de retraite » « Ah non ! Ce n'est pas pour nous ! Maison de retraite c'est un accueil temporaire démerdez vous patate patate ». Ou alors « oui OK ! Je le prends ! ». Alors je le prends, donc quand ? *(Se lève pour récupérer le livre des entrées et des sorties, me le montre)*. Voilà les entrées et les sorties sont dans un livre

en papier. Regarde, donc hier un copain infirmier m'a appelé en me disant « voilà j'en ai une, son médecin a fait une num et là son médecin n'est pas là » classique « donc elle a 8 grammes d'hémoglobine qu'est-ce qu'on fait ? » Donc il m'a appelé hier, j'ai vu la page du lendemain, avec 4 sorties de prévu... donc à la place de Mme X on prendra Mme Y et je lui ai dit « ta patiente tu me l'amènes demain, à ... la sortie est à 11h, donc tu me l'amènes demain à 13h directement dans le service ». Si quelqu'un m'appelle aujourd'hui *(l'entretien a eu lieu un jeudi)* peut être que je case là si c'est urgent ou pas urgent. Ou peut-être que je case plus tard, parce que c'est selon le critère d'urgence. Bon, si c'est un placement, un placement/démence, parfois on les prend et parfois on les met dans la « mouise) en disant « démerde toi ! ». Et autrement on y arrive comme ça. Si on n'a pas de place, on leur demande de temporiser. Parce que des places *(me montrent les pages du livre des entrées et sorties en le feuilletant rapidement)* : il y en a tous les jours. Enfin on arrive tous les jours à faire des sorties. Mais aussi il ne faut pas qu'on bloque le système. Par exemple si on m'appelle ce soir, j'ai QUE DEUX lits pour les urgences demain ! Donc si ce n'est pas l'urgence du siècle...

JC/ *Par rapport au jour d'appel ? Les veilles de weekend ?*

H8/ Et ouais ! Vendredi, vraisemblablement j'ai deux sorties prévues. Je sais très bien que les urgences ont besoin de 4 lits par jour de gériatrie en moyenne. Donc déjà on va être un peu ric-rac ! Si en plus je prends, demain, une entrée directe qui n'est pas urgente, je bloque tout le système. Si c'est un sub-OAP qu'il aille

en bas ou qu'il aille chez moi : autant qu'il vienne chez moi ! Donc c'est suivant aussi le nombre de lits de libres.

JC/ *Vous avez un nombre de lit « réservés urgences » ?*

H8/ Non ! Mais je sais que pour les urgences il faut au moins 4 lits. Sinon ça bloque tout. Et c'est aussi pour moi, parce que si les urgences ne les mettent pas dans mon service, ils vont être en chirurgie ou n'importe où et je vais être obligé de me trimballer, d'aller en chirurgie, d'aller les gérer là-bas où ils sont pourris, ils ne savent pas faire et ensuite d'essayer de les rapatrier ! Donc mon but c'est de les faire entrer ici, comme ça c'est bon, c'est « tranquillo ».

JC/ *D'accord. Donc, à gravité égale, il n'y a pas de priorité installée entre les urgences, l'UHCD et les entrées directes ?*

H8/ A gravité égale ? Bon c'est sûr que l'entrée directe je vais pouvoir la faire qu'en fonction de ce qu'il a ! Je suis un service de médecine... Je n'ai une radio thoracique qu'en 48 heures...

JC/ *Oui, rapport aux urgences qui l'ont directement...*

H8/ Eh oui ! Un scanner ? Le prochain scanner, la prochaine plage horaire de scanner que j'ai c'est vendredi... Mais pas demain !! Vendredi prochain ! Donc tu ne peux pas m'adresser en me disant « il est comme ça » (*mime une hémiplégie*) ... Non... Il ne faut pas oublier que les urgences ils ont un métier d'urgence et doivent répondre à l'urgence : l'AVC, l'OAP, la douleur thoracique, l'hémorragie etc... Donc bon ce que je vais recevoir c'est ... (*réfléchit*) l'altération générale, le

syndrome infectieux qui traîne, le ... bon celui qui même s'il fait l'AVC mais que bon ça ne sert à rien qu'il ait son scan'... Voilà. Donc à un moment il y a des choses qui doivent passer par les urgences, je ne peux pas tout prendre.

JC/ *Vous êtes limités vraiment par l'accès au plateau technique ?*

H8/ Oui c'est logique.

JC/ *Si un accord est pris avec la radiologie, pour offrir un accès beaucoup plus rapide à certains examens d'imagerie, au moins pour un thorax simple... Est-ce qu'on peut imaginer que le nombre d'entrées directes peut augmenter ?*

H8/ Regarde, il est 16h45. Je ne pourrais jamais avoir de thorax là ! Un scanner ? Le mec commence sa garde à 18h, donc le gars de maintenant là il va me dire que c'est pour le prochain... Et puis, nous, à 18h30 on n'est plus là ! Donc faut vraiment que les entrées on les fassent en fin de matinée ou début d'après-midi si on veut avoir des examens par la suite. Et même !! Même !! Si le radiologue me dit maintenant ok je te le fais en urgence... le scanner je ne l'ai pas avant 2 heures ! Et par fainéantise, (*parle plus bas, comme pour me livrer une confidence*) je ne vais pas attendre ici 2 heures... enfin faut un peu comprendre qu'on a notre vie aussi. Donc... faire de l'urgence en admission directe, c'est compliqué, tu n'es pas un service d'urgence !

JC/ *Ça désorganise ?*

H8/ Oui et puis même, je ne suis PAS un service d'urgence. Il y a 52 lits, donc si t'as un truc urgent qui vient, tu as l'infirmière de mon unité qui va s'en

occuper, et une autre d'une autre unité qui va aussi l'aider, parce que si c'est une urgence il faut deux infirmières. Donc tu déshabilles Paul pour habiller Jacques. Donc la vraie urgence tu ne peux pas la recevoir. Et je pense que c'est logique parce qu'on n'est pas là pour remplacer les urgences. Même si ce n'est pas bien de faire passer un vieux aux urgences. Mais qui c'est qui va lui remettre la cheville « pétée » ? Qui va lui faire passer un scanner ? Qui va lui faire la fibro parce qu'il se fait l'hémorragie ? Je ne pourrai pas remplacer les urgences.

JC/ Oui c'est certain. Mais ce sont des exemples de situations médicales urgentes. Mais la réflexion naissait plus de l'observation de patients qui se retrouvent aux urgences et pour lesquels on se dit « Mais qu'est-ce qu'ils font là ? »

H8/ Alors ça ouais ! ÇA ouais ! Ça pourrait le faire. Mais je n'ai que 52 lits... (rires) Bon, 52 lits c'est le plus gros service de PACA. Va trouver un autre service de médecine de cette taille... J'ai donc que 52 lits et la demande est trop importante. Donc c'est obligé, il y en a qui vont se retrouver aux urgences, parce que je n'ai pas la possibilité de...

JC/ Le critère de refus le plus fréquent pour l'admission directe est le manque de places ?

H8/ Oui... Oui. (Pensif)

JC/ Vous voyez d'autres critères de refus ?

H8/ L'urgence, ou l'impossibilité de pouvoir faire des examens rapides. Donc le tableau clinique. Et puis le fait que ça n'a pas besoin d'aller dans un hôpital. Le problème social etc., font

que je ne vais pas « m'emboucaner » un lit pour un problème social qui aurait pu être géré et je préfère prendre un OAP ou un truc comme ça... Donc, c'est ça les trois choses qui...

JC/ Et le manque de places résulte aussi d'un manque de lits d'aval ?

H8/ Non, j'aurais beau avoir 100 lits il me manquera toujours de la place... La population gériatrique ou les besoins en gériatrie sont tellement importants...

JC/ Donc ce n'est pas un problème de turn-over, de place en sortie d'hospitalisation ?

H8/ Oui, alors j'ai déjà un gros turnover. Il est vrai que je pourrais tourner un peu plus vite si j'avais plus de SSR gériatriques. Parce que des SSR il y en a à pléthore par ici, mais des SSR gériatriques il y en a 3 : La Seyne, Clémenceau, Beauséjour à Hyères. Ah non ! Il y a Nans les pins, mais personne ne veut y aller c'est trop loin. Voilà donc à eux trois ils ne peuvent pas... Et les autres sont privés, donc ils filtrent, ne veulent aucun problème social, donc après ça finit à Clémenceau. Donc Clémenceau c'est 20 ou 25 jours d'attente... On y a pensé : est-ce que je fais QUE de l'entrée directe ou est-ce que je ne fais QUE des urgences ? Mais je suis un hôpital public, je ne peux pas me privatiser en ne faisant que des entrées directes. Il y a ça. Certains services ici marchent avec 50 ou 60 % d'entrées directes programmées. Ça m'énerve un petit peu dans un système d'hôpital public. Parce que si t'arrives aux urgences mais que la place a été prise par un mec qui a pris rendez-vous comme en clinique...

c'est un peu difficile... Donc quoi qu'il arrive il y aura toujours des gens qui termineront aux urgences.

JC/ Alors ce n'est pas tant pour se coller au fonctionnement du privé, mais plus de se dire que dans l'idéal, est-ce qu'un jour on n'arriverait pas à renverser la vapeur : finalement si je fais plus d'entrées directes, il y a moins de personnes âgées aux urgences, et donc moins de lits pris par les urgences...

H8/ ça fait 18 ans qu'on essaie de le faire. Ça ne marche pas.

JC/ Et vous voyez toujours des patients qui étaient aux urgences...

H8/ Et qui n'ont rien à faire aux urgences et auraient pu monter directement ? Oui il y en a ! Et à chaque fois, ce n'est pas parce qu'on n'est pas joignable ! Il y a toujours quelqu'un. Notre système est le plus simple possible. On est des secrétaires performantes, qui travaillent et qui répondent au téléphone. Dans les autres services, va appeler la secrétaire de cardio, elle ne va pas te répondre. Donc on est toujours joignable. Donc ce n'est pas un manque que les gens n'arrivent pas à nous joindre ! Le manque de lits peut y jouer un petit peu. Mais l'offre est tellement importante ! Il y a 100 lits à la Seyne et ils n'arrivent pas à éponger... Tu te rends compte ? 100 lits et tu n'arrives pas à éponger. Tu en aurais 200 tu n'y arriverais pas. Alors c'est étrange, depuis qu'on fait ça, on l'a toujours fait, on s'est aperçu : c'est toujours les mêmes médecins qui nous appellent, et ce sont toujours les mêmes qui envoient aux urgences. Pourtant, dans les courriers de ces gens qui sont venus par les urgences,

et qui viennent chez nous, à un moment, on mettait même dans nos courriers de sortie une plaquette avec notre numéro de téléphone, et glissait de temps en temps, une fois par an, on mettait un rappel dans le compte rendu. Mais ce sont TOUJOURS les mêmes médecins qui nous appellent, et ce sont TOUJOURS les mêmes médecins qui envoient aux urgences.

JC/ Pourquoi d'après vous ?

H8/ Question de facilité ! Et question de rapidité ! T'arrives et tu appelles les urgences et l'ambulance et voilà. Alors que là il faut appeler, s'embêter à me parler...

JC/ La crainte du refus peut être ?

H8/ Non ! Ils me connaissent, enfin ils nous connaissent, ils savent qu'on est cool ! Donc non ...

JC/ Ou peut être à force de leur dire « on est plein, il n'y a pas de places » ?

H8/ Alors, certains nous l'ont dit. En particulier un médecin que je ne citerai pas qui nous a dit (*imite un ton excédé*) « Oh mais moi on m'a refusé, on ne m'en a jamais pris ». Alors j'ai regardé parce que ce médecin est influent ici... J'ai regardé un petit peu pourquoi il nous avait appelé. Il y a des fois où il nous appelle et c'est vraiment des bêtises donc oui on a refusé, à juste titre, parce que c'était pour des demandes de placements qui n'avaient pas été anticipées etc... Et que tu t'aperçois, que ce médecin n'a jamais pris la peine d'appeler et a envoyé directement aux urgences. Et je ne retrouve pas de trace de ces soi-disant appels. Bon alors peut être que ce médecin a appelé à 19h, ou le samedi à 14h. Donc c'est normal qu'il ne

trouve personne... Peut-être qu'une fois il a appelé et que je n'ai pas pu le prendre. Il est vrai que nous avons changé notre mode de fonctionnement : avant on prenait les appels, on les mettait sur un cahier et dès qu'on avait une place on appelait le premier de liste. Sauf si c'était urgent, on essayait de se débrouiller autrement. Mais on avait un système de liste. On s'est aperçu que ce système de liste, finalement certains médecins du service se trouvant moins impliqué dans ça... Quand c'était à eux de voir, ils ne regardaient pas le cahier. Donc ça s'accumulait. Et c'était toujours les mêmes qui prenaient le cahier et qui essayaient de s'en sortir. Donc en changeant de système, en impliquant le médecin en lui disant « c'est TOI qui as le téléphone, c'est TOI qui gères, tu te débrouilles » là je trouve que ça fonctionne mieux parce qu'ils prennent la peine... certains prennent la peine maintenant de. Voilà, donc il y a aussi de notre faute, ça c'est évident, il y a aussi des moments où on ne pouvait pas répondre, où on ne peut pas répondre.

JC/ Donc vous pensez que les médecins généralistes savent que cette filière existe ?

H8/ Alors est-ce qu'il faut juste le savoir, ou bien juste avoir un peu de jugeote et se dire « j'ai un patient qui a un problème cardio, ce n'est pas urgent, bon j'appelle un cardio » c'est logique, il n'a pas besoin de le savoir. Bon donc « j'ai un patient âgé, j'appelle un service de gériatrie ». Quand même ce n'est pas compliqué de trouver un numéro de téléphone. Puis faut se faire un réseau. Donc faire une pub... mouais (*souffle*).

JC/ Et s'il y avait plus de visibilité peut être que vous ne pourriez peut-être pas répondre aux demandes de toute façon ?

H8/ Oui... Mais c'est un B.A BA. T'as un problème cardio, tu appelles un cardio. Tu as un problème gériatrique tu appelles un gériatre. Ce n'est pas une filière très particulière. Tu vois, si demain tu crées une « filière lupus », ah ouais ok là c'est précis, il faut bien connaître le numéro de téléphone parce que sinon tu ne sais pas qui appeler. Mais enfin là non, il y en a c'est juste la solution de facilité d'envoyer aux urgences. Moi qui ai travaillé aux urgences, tu t'aperçois qu'il y a des moments où... mouais... bon oui oui je peux comprendre leurs difficultés etc... Mais ce n'est pas compliqué de joindre, pour moi ce n'est pas un problème de visibilité... C'est de la logique !

JC/ Vous avez des contacts privilégiés ?

H8/ Oui il y a une petite sphère de médecins qui a bien compris le système et qui nous appellent. Parfois on n'y arrive pas et on est obligé de leur dire « envoie le aux urgences parce que là je n'ai pas de places avant 2 ou 3 jours » ou « j'ai une place mais que dans 2 jours » et puis là s'il me dit « ah non ça ne peut pas attendre » alors c'est que c'est une urgence, ce n'est pas la peine de passer par moi.

JC/ A l'inverse, est ce que vous avez avec d'autres de mauvaises relations qui font qu'accepter l'entrée va être plus difficile ?

H8/ Non, non. Globalement même s'il y en a un qui nous fait une « crasse »

une fois, non. Puis c'est le patient d'abord.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer pour développer cette filière-là ?*

H8/ (*Silence... réfléchit*). Je pense que, si toutes les aides sociales étaient mieux utilisées, à bon escient, et mieux surveillées, j'aurais moins de patients avec des problèmes sociaux et donc uniquement des patients avec des problèmes médicaux aigus. Anticiper les aides. Mais pas que ! L'APA ! Tu connais l'APA. Il y a des gens qui ont été mis GIR 4 il y a 3 ans, et puis ça se renouvelle, il n'y a aucun suivi et ils sont GIR 1. La fille qui a donné l'argent de l'APA, elle n'est pas capable de se dire : « ah ben tiens, 3 ans après qu'est-ce qu'il devient ? ». Donc t'aurais moins de problèmes. Parce que les problèmes médicaux... ça va mais... (*allume son écran d'ordinateur et détaille les motifs d'hospitalisation des patients dont il s'occupe*) regarde les problèmes sociaux : cette dame (*pointe un nom avec le doigt*) chute et entorse de la cheville, qui vit seule, ça doit aller en SSR, mais avant d'aller en SSR, il faut aller en court séjour, (*ton excédé*) mais qu'est-ce qu'elle fait en court séjour ?? Alors, elle est gentille, la pauvre, mais elle « m'emboucane » ! Elle me bloque un lit ! A cause d'elle je ne peux pas prendre quelqu'un ! Mais je suis obligée de la garder ! Tant que je n'ai pas une place en SSR. Alors voilà, si socialement on avait bien fait les choses, elle pouvait directement entrer en SSR sans passer par le court séjour, ce qui existe ! On a le droit de le faire, depuis 10 ans, le médecin généraliste peut faire une demande directement en SSR. Sauf que les SSR répondent non et pourquoi ? Parce qu'ils ne savent pas si le patient va

être cadré... Puisqu'il vient de la ville. Alors que, quand il vient de l'hôpital il est cadré. Si tu prends de la ville, il va falloir que tu fasses tout depuis zéro. Puis bon tu ne sais pas ce que tu vas recevoir... On te l'adresse pour une entorse et autant tu te retrouves avec un OAP. Donc c'est pour ça que ça ne marche jamais.

Donc elle (*en pointant de nouveau le nom des patients sur l'écran d'ordinateur*), elle m'emboucane. Là et là ce sont deux soins palliatifs. Donc bon, même en HAD là c'est compliqué parce que quand c'est ta femme de 88 ans qui te veille, et que l'HAD c'est quand même une infirmière qui vient 3 fois par jour mais pas plus, donc ce n'est pas possible, donc ça vient chez moi... Donc, aussi, si on avait des lits de soins palliatifs en SSR. Il n'y en a que deux qui en font, il y a Beauséjour et Pierre Chevalier. Mais qu'est-ce que tu veux qu'ils m'aident, ils sont déjà pleins !

Ensuite, cette dame qui vient parce que son toit s'est effondré, GIR 2 et sa famille ne peut pas s'en occuper. Mais qu'est-ce qu'elle fait là ?? Ça « m'emboucane », ça me prend un lit !

Là, (*liste toujours en pointant du doigt*)
pneumopathie d'inhalation...
pneumopathie d'inhalation...
pneumocoque... pancréatite... anémie
à transfuser... bon, enfin bref, là ça fait
3, 4 lits mais que dans mon unité. On
n'a pas regardé dans les autres...

(*On est interrompu par l'arrivée dans le bureau d'un autre praticien*)

H8/ Tu vois là c'est S. C'est elle qui porte le téléphone jaune donc c'est elle qui gère toutes les admissions cette semaine. Ce n'est pas compliqué pour nous joindre et comme je te dis il y en

a toujours qui ne connaissent pas ce numéro... et ce n'est même pas à connaître ce numéro, mais juste à connaître le numéro du service. C'est dans tous les annuaires, sur internet... Et donc ce n'est pas compliqué.

(Le praticien qui gère les entrées vient justement pour se plaindre de recevoir un patient en entrée directe pour un motif injustifié ou plutôt ne relevant pas de la gériatrie, soi-disant accepté par le praticien que j'interroge. Ils ont une longue conversation. Le praticien que j'interroge me précise qu'on lui avait demandé un avis et qu'il avait demandé que le patient soit redirigé en neurologie ou infectiologie ou en médecine polyvalente)

H8/ Voilà on a des problèmes comme ça. Donc ce n'est pas grave, on va gérer. Tu vois ça ne nous gêne pas de les prendre... Là, c'est un bon exemple, comme on est disponible et qu'on répond au téléphone... et que là, tu vois bien qu'ils n'ont pas réussi à avoir les autres spés... Donc, par solution de facilité ils nous appellent nous, et parfois en trichant un petit peu... Donc c'est pour ça que parfois on filtre un petit peu et qu'on refuse un petit peu. Bon lui il a réussi à nous avoir.

JC/ Dans l'organisation du service, une entrée directe ou une entrée via les urgences ça change quelque chose ?

H8/ Non... Enfin si ! Il faut qu'elle arrive avant 18h-18h30... même le plus tôt possible ! Il faut qu'on puisse le voir et programmer des choses. Euh... *(réfléchit)* Non c'est tout... arriver le plus tôt possible qu'on ait le temps de les voir.

JC/ Ce n'est pas plus compliqué parce qu'il n'y a pas d'évaluation aux urgences ou plus facile parce qu'il y a le médecin généraliste qui a apporté directement des infos ?

H8/ Non, alors, les infos du médecin généraliste, c'est toujours pareil, il y a toujours ceux qui font un bon travail, une belle lettre et tout. Parce qu'en plus c'est le Dr.X qui prend les appels cette semaine, mais autant le patient va dans un de mes lits. Alors on leur demande de bien remplir le courrier, de donner l'ordonnance. Certains le font, certains ne le font pas. Non donc après tu vois ton patient, comme quand il vient des urgences, ça ne change rien.

JC/ Est-ce qu'il y a une méconnaissance de la gériatrie et en particulier de la prise en charge sociale ?

H8/ Peut être oui. En même temps, toi, tu y as été formé ?

JC/ Non...

H8/ Donc voilà. C'est vrai que les médecins généralistes ne mettent pas ça sur leur courrier. On apprend ça grâce aux familles. Le médecin lui il te dit « je vous adresse monsieur Machin pour AEG avec perte de 20 kilos en 3 mois ». C'est un cas classique d'entrée programmée, qui n'a rien à faire aux urgences. Après on a l'ordonnance avec le traitement et « inch'allah ». Et parfois les résultats de la prise de sang qui a été faite récemment. Le reste on l'apprend grâce aux familles « où vous vivez ? Comment vous vivez ? » etc., parce qu'ils ne viennent jamais seuls donc voilà on fait le truc comme ça.

JC/ *Donc vous n'avez pas de préférence ? Ce n'est pas une filière qui va être plus ou moins développée parce que ça représente un avantage ou une difficulté pour vous*

H8/ Non ce n'est pas plus facile, ou moins facile. Parce que, quand ils arrivent des urgences, on regarde quand même les gens, parce que les urgences n'ont pas la fibre gériatrique. On regarde tous les traitements, on vérifie tous les traitements... Parce que le nombre de fois où on retrouve du LOVENOX alors qu'il a une mauvaise filtration rénale, le nombre de fois où... (*cherche un exemple*) où c'est mal prescrit. Donc non c'est pareil, on les revoit. C'est peut-être un peu plus facile par les urgences parce qu'ils ont déjà bien « épluché » le truc. Mais autrement ça nous demande... (*s'interrompt*) On n'arrivera pas aux pathologies aiguës, on sait pourquoi il vient. Ouai il y aura altération de l'état général, perte de 20kg en 3 mois. T'as le temps de le voir. Sur plusieurs jours. Ce n'est pas le mec qui vient pour coma, non ça, ça te demande du temps que tu ne pourras pas avoir. Donc non, ça ne demande pas plus de travail, non.

JC/ *Tout à l'heure on parlait des améliorations à apporter, quand on a été coupé...*

H8/ Ah oui... Alors avoir plus de lits, bon, ça ne changera rien. Avoir une meilleure visibilité, ce n'est pas à force de le faire que... Je crois que ça ne changera rien. Ce n'est pas parce que je vais passer à la télévision que ça va donner plus... Non. Ils le savent. Donc bon... Non mais c'est TOUT le système qu'il faut revoir s'il y avait plus de places de SSR gériatrique, parce qu'il y en a peu dans le Var. Mais ça

après c'est national, si la prise en charge sociale, je trouve, était mieux... répartie, coordonnée...

JC/ *D'ailleurs à ce sujet, est ce que le plan PAERPA apporte une amélioration ?*

H8/ Non.

JC/ *Aucun bénéfice ?*

H8/ Non... Alors tu es aidé, t'as la Plateforme Territoriale d'Appui, le PRADO, les trucs comme ça. Il y en a plein de choses. C'est bien, ça existe, c'est tant mieux, ça existe mais... le social c'est long. S'ils arrivent et qu'il faut que je fasse une mise sous tutelle ? Quoi qu'il arrive ça va me prendre 2 mois, donc je vais être bloqué. Donc il faudrait améliorer le social. Mais on ne peut pas améliorer le social, le juge des tutelles il ne pourra pas donner un avis (*fait un claquement de doigts*) en 10 jours comme ça. Non... Il faut changer toute la société si tu veux changer les choses. Il faut que les gens aient des retraites, il faut que les maisons de retraite soient moins chères, il faut que... (*réfléchit*) que l'APA soit moins compliquée à avoir. C'est 3 mois pour traiter un dossier d'APA à Draguignan, et c'est 3 mois si les frères et sœurs s'entendent, sinon tu pars sur plus longtemps. Bon allez 2 mois l'APA. Mais à l'hôpital on n'a pas 2 mois ! Une bronchite ça se traite en 5 jours ! Il faut changer toute la société si tu veux...

JC/ *Donc ça, ça serait surtout pour libérer les places ?*

H8/ Oui pour fluidifier toute la filière. Ce n'est pas le médical qui bloque ! C'est le social ! Ici en court séjour ! Alors parfois j'ai du social, que je

bascule en SSR, qui donc me prends une place en SSR... voilà c'est ça !

JC/ Oui et anticiper ça pourrait limiter le nombre de passages aux urgences pour maintien à domicile difficile...

H8/ Complètement, parce qu'aux urgences il y en a ! Regarde, cette dame, le toit s'est effondré, elle est allée aux urgences (*pointe du doigt un nom sur son écran d'ordinateur*). Après le problème de la prise en charge en amont c'est que le médecin généraliste il n'a pas le temps ou bien il n'est pas là.

JC/ Oui il y a clairement un manque de temps en médecine libérale.

H8/ Oui ils manquent de temps. Tu n'as déjà pas le temps de faire de la médecine, alors t'imagines si en plus il faut qu'ils suivent un peu le social. Alors qu'il y a des gens qui sont payés pour le suivre ce social. Mais ce n'est pas super bien fait. Et c'est très compliqué pour les gens.

JC/ Vous avez une admission directe développée avec les EHPAD ?

H8/ Non. L'EHPAD c'est « t'as de l'argent, tu rentres ».

JC/ Alors non, je pensais plutôt dans l'autre sens, est ce que l'EHPAD vous adresse des patients pour une hospitalisation via une filière d'admission directe ?

H8/ Chaque maison de retraite doit signer une convention tripartite avec le service de soin, pour créer des filières. Le médecin coordonnateur doit mettre des procédures. Mais c'est une obligation pour toutes les maisons de retraites de créer leur filière.

JC/ Donc vous faites des entrées directes avec elles ?

H8/ Oui ! Comme une entrée directe en ville. C'est le médecin co ou le médecin traitant qui appelle. Mais ça c'est une obligation. Mais ce n'est pas... c'est marrant parce que ce n'est pas... comment dire... C'est faiblement à double sens. C'est beaucoup nous, et peu eux. Parce qu'eux c'est privé. Donc moi je reçois jour et nuit, mais eux ne peuvent pas recevoir jour et nuit. Ils ont un problème médical, OK, je reçois. Mais moi si j'ai un problème social, ils ont une place, est ce qu'ils peuvent m'aider à prendre ? La réponse est non ! Alors c'est parce que c'est privé/public. Mais même en public ! Parce que c'est payant. Sur les maisons de retraite on ne peut pas, parce qu'il y a de l'argent qui rentre en jeu, donc ce n'est plus nous qui maîtrisons.

JC/ Finalement, pour conclure, qu'est-ce que vous pensez, personnellement, des filières d'admission directes ? Est-ce qu'il y a un intérêt ?

H8/ De formaliser une filière d'admission directe... (*perplexe*)

JC/ De la formaliser ou de la développer ?

H8/ Non, moi je pense que non. C'est du bon sens. Parce que si je la formalise, eux et moi, on risque d'être embêtés. Parce que si je dis que je réserve obligatoirement 2 lits, tous les jours, et qu'il y a 50 en bas aux urgences, qui sont urgents, et que je ne respecte pas ce que je signe, ce que je formalise, on va me dire, à juste titre « Oh mais non c'est dégueulasse, regarde tu as signé ! ». Faut que ce soit modulable, flexible, donc

formaliser non. On va me dire « tu as signé un papier tu es obligé de me le prendre ». Donc non, faut que ce soit du bon sens. Un patient gériatrique, tu appelles un service de gériatrie. Et on ne peut pas recevoir l'urgence vraie, donc on ne pourra pas empêcher qu'il y ait des gens qui attendent 3h aux urgences. Et puis voilà c'est leur métier. Bon, par contre qu'il y ait une « nana » qui attende 7h pour une démence/placement... CA ce n'est pas normal, j'aurais dû la prendre. Et encore j'aurais dû la prendre ou bien est ce qu'elle aurait dû aller en maison de retraite depuis bien longtemps ? Mais comme tu as vu, demain j'ai deux sorties. Comment je prends... bon là il est trop tard, personne ne va m'appeler à 17h15... Mais comment demain je prends une entrée directe si en bas, aux urgences, c'est la folie. Tu vois...

JC/ Et ça ne marche pas mieux aujourd'hui qu'avant ?

H8/ Non. Et même statistiquement ça marche moins bien qu'avant. Je fais moins d'entrées directes. Depuis le début de la création du service on fait moins d'entrées directes. On se stabilise à 10, je ne sais plus, 10 ou 15% d'entrées directes. Au fur et à mesure, chaque année je baisse d'un pour-cent.

JC/ Pourquoi ça marche moins qu'avant ?

H8/ Je ne sais pas... Pourquoi ça marche moins qu'avant ? (*S'interroge*) Bon j'allais dire parce que les urgences sont saturées, mais si je faisais ça les urgences ne seraient pas moins saturées... Euh... Pourquoi ça marche moins qu'avant ? Parce que (*rires*) je crois qu'on a de plus en plus de vieux,

et que... on n'y arrive pas. C'est tout. Quand tu réfléchis il n'y a que l'hôpital de Hyères et nous qui faisons de la gériatrie. Donc pour le grand Toulon, ça fait 100 lits de gériatrie. Et si t'ajoutes la médecine polyvalente de la Seyne, ça te fait 200 lits. Alors apparemment, ce n'est pas suffisant puisqu'on bloque. C'est parce que je crois qu'il y a trop de demandes. Et tu pourrais avoir 300 lits, je pense qu'on les remplirait. On a 101% de taux d'occupation !!! Pour te dire ! On est au taquet ! Et ce n'est pas faute de, on n'est pas des fainéants, ce n'est pas faute de ne pas travailler. Et pour agrandir, de toute façon, tu n'as pas d'argent pour te payer de nouveaux médecins, de nouvelles infirmières. Je pense qu'il faut changer la manière de penser les choses, mieux médicaliser les maisons de retraites pour qu'elles soient... que tu n'aies pas besoin d'aller aux urgences pour une fin de vie ou des trucs comme ça. Il faut tout changer le système, qui a été fait à une période où on n'avait pas tant de personnes âgées et que maintenant on n'y arrive pas. Enfin voilà. Bon par contre c'est vrai que depuis qu'on a mis un responsable d'admissions par semaine, qui a le téléphone jaune, c'est mieux, il y a du mieux, on en fait un peu plus...

Entretien hospitalier n°9

JC/ Présentation du sujet, de la vignette clinique, en pratique que faites-vous ?

H9/ Tout à fait alors c'est très clair, puisqu'on a fait une évaluation des pratiques dans le cadre du circuit du patient sur le sujet. Je pense que je devrais vous faire une photocopie de la fiche pour vous montrer ce qu'on fait. Alors qu'est-ce qu'on fait quand le médecin généraliste nous téléphone ? Ou on a une place sur le moment, ce qui est... rare, parce que dès le matin nous prenons, jusqu'à 10 heures à peu près, le temps de s'assurer que ceux qui sortent doivent sortir et à ce moment-là on a anticipé... *(se coupe)* alors pas le lundi ! Mais on a anticipé des hospitalisations programmées et donc il y a des gens déjà prévus, ou alors on va aux urgences pour voir s'il y a des patients qui ont besoin d'être hospitalisés. Sinon quand le médecin nous téléphone, on a un carnet, un classeur sur lequel on met le nom, le prénom et la date de naissance du patient, la date de l'appel, le motif d'hospitalisation et les coordonnées des personnes qu'il faut rappeler pour organiser l'hospitalisation s'il n'y a pas de grosse urgence. Parce que votre patient, ça peut être très urgent, comme ça peut attendre un petit peu. C'est-à-dire 24 ou 48h. Si ça ne peut pas attendre, on a la place, on prend le patient. Si ça ne peut pas attendre et qu'on n'a pas de place, on propose au médecin de faire passer le patient par les urgences, de le faire hospitaliser éventuellement à l'UHCD, puisqu'on n'a pas de place, et le prendre en priorité dès qu'on a une place sur l'UGA (*Unité de Gériatrie Aiguë*). Voilà.

Si c'est une urgence différée, à ce moment-là on prend sur le classeur et on a notre liste d'attente pour laquelle on téléphone la veille de la date d'admission. On appelle la personne référente, à qui on demande tous les bilans, les ordonnances, les examens qui ont été fait et la lettre du médecin pour pouvoir hospitaliser en temps et en heure. Il faut savoir qu'on a mis en place un numéro unique qui permet que tous les médecins... Bon, il faut savoir qu'on existe depuis 2009 donc il y a un certain nombre de confrères qui ont l'habitude de nous téléphoner, donc ils peuvent même nous téléphoner sur notre numéro perso, même parfois par mail... Mais sinon on a mis un numéro unique, qui est le secrétariat, et les secrétaires « rebalencent » sur le médecin en charge de l'unité de Gériatrie Aiguë pour pouvoir prendre en compte la problématique du médecin et d'organiser l'entrée de son patient dans les meilleures conditions.

JC/ Les entrées directes se font à n'importe quel moment de la journée ?

H9/ C'est plutôt en début d'après-midi. Comme on tourne en permanence avec des lits pleins ça se fait les trois quarts du temps... enfin trois quart... *(se corrige)* plutôt 95% sur des sortants. Alors comme les gens sortent vers 11h, l'entrée se fait pour 14h.

JC/ Dans l'activité du service, combien représente la part d'entrée directe ?

H9/ Alors je n'ai pas encore fait le bilan d'activité mais on a... *(cherche des documents dans une pile de papier)* On a 1 à 2 entrées directes par jour, programmée... parce qu'on privilégie aussi bien le « programmé » que le « non programmé ». Le problème c'est

que si on ne prend pas les patients des urgences, on va se retrouver avec des urgences débordées, saturées ; et si on ne prend pas d'entrées programmées ils vont se retrouver aux urgences ! Donc on est obligée de jongler avec les deux ! Ah voilà (*me présente des documents reprenant des statistiques mensuelles du service : nombre d'entrées, origine des entrées*) On a des entrées... Alors est ce qu'elle marque les entrées... (*cherche sur le document*) Voilà : on a les entrées par l'UHCD, par les urgences, et les entrées programmées. Voilà en octobre on en avait 10 (*tourne les pages*) 8 en septembre, (*tourne à nouveau des pages*) la 17, la 16, la 14... Voilà, donc c'est très variable selon les périodes... À peu près 40% d'entrées directes. Alors il y a des périodes plus programmées que urgences, ça dépend des moments, mais voilà on essaye d'équilibrer les deux. Ce qu'on fait, dans notre méthode de travail, c'est que la veille quand on sait qu'il va y avoir une sortie et que dans la nuit il y a peu de chance que ça se décompense, on programme l'entrée. Donc, le cadre où les infirmières téléphonent à la personne qui est sur la liste d'attente, lui propose de venir, et le lendemain matin s'il y a d'autres sorties à ce moment-là on les laisse pour les urgences.

JC/ *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les admissions directes ?*

H9/ Euh... la difficulté, essentiellement... Les ordonnances des patients qui sont souvent très difficiles à décrypter, avec parfois pas de courrier du médecin traitant... Ce qui est aussi assez difficile. Euh... Les ordonnances... on est du coup à mettre en place une conciliation

médicamenteuse d'entrée qui est quelque chose de très chronophage, parce que on a parfois des difficultés à savoir quel est le traitement exact que prend le patient. Il n'y a que finalement les patients quand ils viennent d'EHPAD, où il y a le tableau médicamenteux où là c'est précis on ne se pose pas de question et on va d'emblée sur le traitement signalé.

JC/ *D'accord ! Vous avez plus de difficultés à récupérer un traitement quand le patient vient du domicile...*

H9/ (*me coupe*) Tout à fait ! Ah oui ! Un certain nombre de personnes âgées ont plusieurs ordonnances, que ce soit du spécialiste des yeux, du spécialiste du cœur, du spécialiste de médecine générale, qui fait qu'il faut regrouper tout. Et ils n'ont parfois pas tout. Et entre ça et les génériques, tout se mélange, et c'est parfois un travail de titan de donner le bon traitement à l'entrée.

JC/ *Oui ! Mais finalement en entrant par les urgences le problème est le même ou les urgentistes ont débrouillé la situation avant ?*

H9/ C'est parfois pareil ! Parfois pareil ! Parce qu'il y a parfois des renouvellements de l'ordonnance précédente qui n'est plus l'ordonnance du jour. Donc quand ils arrivent à l'UG, la plus grosse problématique c'est de s'assurer que c'est le traitement actuel. Donc parfois par les urgences oui, ils ont fait le travail avant nous, mais parfois ils ne l'ont pas fait parce qu'ils n'ont pas eu le temps. Il faut savoir que c'est TRÈS chronophage. Quand on s'intéresse à ce problème on s'aperçoit que c'est très compliqué ! Très compliqué ! Il ne s'agit pas juste d'écrire quelques mots sur une

ordonnance, avec des posologies adaptées ou non adaptées à la fonction rénale ou hépatique. C'est beaucoup plus compliqué qu'on peut le penser.

JC/ Alors donc si on doit comparer l'entrée directe et celle venant des urgences... Est-ce que finalement c'est plus compliqué de faire une entrée directe ? Qu'est ce qui peut vous limiter à en faire plus ?

H9/ Euh... Non... rien. Il y a le problème de places mais on n'est pas plus enclin à aller chercher aux urgences qu'à aller prendre des programmés. Ça ne nous pose aucun problème... Une chose qu'on a repéré c'est qu'on ne prend pas de programmé le vendredi après-midi. Parce que, on nous a fait venir un jour un patient, vers 16 ou 17h, qui en fait s'est révélé le lendemain matin être bon pour la réanimation. Parce que cliniquement il n'était pas trop mal, sauf qu'il n'a pas eu de bilan immédiatement parce que... Et le lendemain lorsque le bilan est arrivé c'était une catastrophe. Donc on s'est dit que pas passer par les urgences ce jour-là... parce que si lui était passé par les urgences ce jour-là, il aurait gagné 24h. Donc on est très vigilant sur les programmés du vendredi. Mais voilà c'est tout, c'est seulement parce qu'il ne faut pas de perte de chance pour le patient. Parce que sinon...

JC/ D'accord... En dehors du manque de places, dans quelle autre situation êtes-vous amenée à refuser l'admission au médecin généraliste ?

H9/ Ben... éventuellement le vendredi après-midi, quand le motif d'hospitalisation n'est pas très clair...

Voilà on privilégie plus les entrées des urgences le vendredi. En plus ça présente un avantage : ça permet de dégager tous les lits de l'UHCD ou directement des urgences, pour que les urgences commencent avec un weekend soft.

JC/ Oui ! Ici, si le patient arrive à 14 heures il peut avoir les explorations...

H9/ Si c'est nécessaire dès l'arrivée l'après-midi oui ! Sinon il les a dès le lendemain matin.

JC/ Le fait de vouloir un examen rapidement n'est pas un argument pour demander un passage par les urgences ?

H9/ Ah non ! Non non ! S'il est monté dans le service et qu'en effet on a besoin d'une radio ou d'un scanner en urgence on téléphone au radiologue et on n'a pas de soucis. Le seul truc c'est qu'on ne passe pas par la filière habituelle de demande d'examens complémentaires. Il faut téléphoner au radiologue qui travaille sur l'examen dont on a besoin pour lui expliquer la problématique et il nous fait l'examen en urgence. On peut avoir une consultation cardio... Non on n'a pas de soucis de ce côté-là ! (*Semble étonnée de ma question*).

JC/ Je vous demande ça parce que vous avez un taux d'admissions directes plutôt élevé... Et c'est peut-être favorisé par ça. Il y a d'autres structures qui sont obligées de demander un passage par les urgences justement pour avoir un accès rapide aux examens paracliniques.

H9/ Non, non. Nous, s'il y a quelqu'un qui arrive et qui nous semble

« bizarroïde »... Et c'est pour ça que le vendredi c'est plus compliqué le vendredi après-midi d'avoir tous ces examens, parce que c'est un peu ... enfin le vendredi c'est connu... Dans tous les hôpitaux le vendredi et le lundi sont un peu des jours clés. Donc c'est vrai que... Bon ça nous est déjà arrivés que bon si on commence à avoir besoin du scanner, de la radiologie, de la biologie... On peut faire tout mais il ne faut pas que ce soit tous les vendredis. Parce que déjà, pour nous, ça va être compliqué pour l'équipe, et puis nos confrères vont nous dire « vous vous foutez du monde, s'il était passé par les urgences ça aurait été plus simple ». Mais sinon on essaie de ne pas faire passer par les urgences quand on peut.

JC/ Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire pour améliorer ça ?

H9/ Moi ce que j'aimerais améliorer c'est qu'il y ait un meilleur travail en médecine générale sur les traitements. Bon parce qu'on nous taxe d'iatrogénie mais je pense que tout le monde y va de son « truc » et que si en effet on travaillait chacun et qu'on ait vraiment TOUS conscience... Parce que je peux vous... Franchement ! Moi-même j'ai été surprise... Parce qu'avant on faisait le point, le patient on l'examinait, et on prenait l'ordonnance, on prescrivait et « basta », on ne se posait plus de questions. On faisait le séjour, l'ordonnance de sortie et c'était terminé. Maintenant quand on fait le point à l'entrée, le point à la sortie, qu'on compare avec les traitements que nous apportés les patients, parce qu'on demande aux patients de nous apporter le « paquet »... Parce que quand on modifie le traitement on essaie de leur faire comprendre à la

sortie pourquoi on a modifié le traitement. Nous on a essayé de mettre en place un papier prévenant aussi bien le pharmacien que l'infirmière, parce qu'en travaillant avec les URPS (*ndlr : Union Régionale des Professionnel de Santé*) on s'est aperçu qu'ils étaient en première ligne à la sortie de l'hôpital... Et il ne comprenait pas parce que le patient leur disait « ah mais je n'ai plus mon comprimé rose, ils me l'ont retiré » et on leur répond « ah mais ils ont oublié de vous le prescrire. Alors que non on n'a pas oublié, c'est parce qu'on l'a supprimé, parce qu'on en a rajouté un autre ou qu'on l'arrêté définitivement... Ça, ça permet de communiquer et je pense que c'est un élément important. Si en effet, pour toutes les ordonnances, ou les consultations, on avait UN traitement ET UN papier du médecin, on gagnerait beaucoup de choses. Parce qu'en plus en gériatrie, l'interrogatoire du patient est tellement compliqué ! Enfin ce n'est pas compliqué, mais dans la véracité de ce qu'il dit c'est tellement complexe, qu'il vous jure tout ce que vous voulez, sauf que ce n'est pas la réalité. Et il ne le dit pas pour « emmerder le monde » c'est parce que voilà, c'est comme ça. Donc ça, ça me semble important de passer cette information. Sinon nous on n'a pas... enfin moi je ne vois pas de soucis particuliers pour les hospitalisations directes. Dans la dernière certification on a travaillé sur l'altération de l'état général en hospitalisation programmée chez la personne âgée. On a fait tout un travail qui prend tout le chemin clinique, qui part de l'arrivée au secrétariat... Parce qu'un jour une personne âgée a « atterrit », avant cette certification, dans nos lits parce qu'elle était âgée. Parce que les ambulanciers, personne

n'avait vérifié, « elle est vieille, allez HOP on va au 4^{ème} en gériatrie » (*rires*). Ils ne se posent pas de questions ! Il y avait un lit vide alors « hop on la met là ». Les aides-soignantes, en commençant à poser les questions se sont dit « ah mais tient c'est bizarre ce n'est pas le nom qu'on avait sur la programmation ». (*Rires*) C'était pour le 3^{ème} étage. Donc voilà. Donc ce jour-là, problème d'identitovigilance. Alors ce n'est pas grave la dame a pu aller là où elle devait aller, on a dû refaire la chambre... C'était le « binz » qui fait qu'on a réfléchi à deux fois. Donc identitovigilance organisée ici, au secrétariat, ils vérifient que c'est le bon patient, à mettre dans la bonne chambre et après tout se déroule, avec l'interrogatoire des infirmières et des aides-soignantes, puis ensuite l'interrogatoire du médecin...

JC/ Justement pour cette équipe médicale et paramédicale, est ce que c'est plus difficile d'admettre un patient qui arrive par les urgences, ou un patient qui arrive de l'extérieur ?

H9/ Bon... c'est un peu plus de travail quand il s'agit d'un patient de l'extérieur. Et encore je ne suis pas sûre, parce que comme il s'agit d'un dossier informatisé, tout le monde doit remplir la même chose. Alors ou elles s'amusent à faire un copier-coller du dossier infirmier des urgences... Ce qui n'est pas toujours pratique parce qu'ils ne font pas la même chose, ils ne demandent pas les mêmes choses. Donc elles doivent de toute façon remplir un dossier. Donc je ne pense pas qu'il y ait une grosse différence. Le plus important c'est de collecter les informations. Et parfois collecter les informations après quelqu'un c'est parfois plus dur que quand c'est

spontané. Je suis désolée, je rassemble mes affaires, j'ai une réunion ensuite...

JC/ Oui pardon ! (En rassemblant mes affaires également) Je vous embête juste un petit peu, est ce que vous avez l'impression que ce type de filière s'est développé ? Est-ce qu'elle est plus importante qu'avant ?

H9/ Ah ben oui ! On a une évolution oui, dans le bon sens. Parce que les gens nous connaissent, parce qu'on a développé une filière gériatrique, parce que moi avant quand j'ai commencé en 91 ce n'était pas un service de gériatrie aiguë. Le service de gériatrie aiguë a ouvert ses portes en 2009. Donc ça fait 9 ans cette année, bientôt 10. J'ai vu l'évolution. Toute la filière gériatrique s'est mise en place, et j'ai participé à tous les projets de mise en place de cette filière, du court séjour, de l'équipe mobile... Enfin on a commencé par l'équipe mobile intra hospitalière, puis après le court séjour. On a mis en place un hôpital de jour, on a mis en place des consultations mémoire, des consultations de gériatrie, des consultations d'oncogériatrie. Voilà tout ça... Le pôle gériatrique se fait connaître. Et là c'est pour ça que j'ai la réunion avec l'ARS, on est dans le programme PAERPA... Vous connaissez ?

JC/ Oui bien sûr...

H9/ Voilà donc on travaille depuis juin 2016, et puis mai 2017 on a ouvert la CTA et tout le programme PAERPA et les choses avancent...

JC/ Oui donc vous me parlez du PAERPA... Est-ce qu'il a facilité des admissions directes ?

H9/ Non, non pas vraiment en unité de gériatrie aigue, mais à l'hôpital de jour, et aux consultations mémoire oui. Mais c'est vrai pas en gériatrie aigue... Alors est ce que ça permet aussi d'éviter des passages aux urgences ? En tout cas c'est aussi un des objectifs, si on améliore la prise en charge ambulatoire, si on anticipe sur certaines situations au domicile il peut y avoir un bénéfice... Voilà... Mais on essaie de développer les admissions directes. Ce qui est certain c'est que nous manquons de places... Il y a une demande qui est très importante, notamment en période d'épidémies, de grippe ou de gastro entérite, où là les urgences débordent de patients en attente d'une place... Donc bien évidemment c'est encore plus difficile d'avoir de la place pour les entrées directes dans ces moments-là. Et puis comme je le dis à mes confrères généralistes, faire hospitaliser un patient âgé en période d'épidémie pour un bilan d'altération de l'état général c'est à la fois un problème de places mais aussi un problème de contagion... Est-ce que c'est vraiment utile de faire hospitaliser ce type de patient là, à ce moment-là ?

3. Entretiens libéraux

Entretien libéral n°1

JC / *Présentation de la thèse, de la vignette clinique, en pratique que faites-vous ?*

L1/ En pratique, pour ma part et avec le peu d'expérience qui n'est pas non plus une expérience « de fou », je commence par appeler le service de gériatrie qui a la plus grande capacité d'accueil du coin, et qui est aussi un service dans lequel j'ai travaillé quand j'étais interne, qui est le service de gériatrie de l'hôpital Sainte Musse.

JC/ *Vous avez un contact en particulier dans ce service ?*

L1/ Oui. Pour ma part c'est un peu particulier puisque la cadre de santé est un membre de ma famille. Donc ça m'arrive d'appeler et avec un simple appel, sans avoir trop à demander ou avoir le médecin référent j'ai déjà l'état des lits. La seule fois où je n'ai pas pu utiliser ce contact pour hospitaliser directement un patient, j'ai appelé le service et demandé à parler à un des médecins présents pour lui présenter le cas.

JC/ *Est-ce que pour vous ça représente une difficulté dans la pratique l'organisation d'une hospitalisation ?*

L1/ Oui. Premièrement parce qu'on ne tombe jamais sur un seul interlocuteur en particulier. Alors qu'en étant interne dans le service j'avais l'impression que

c'était toujours le même chef chargé de prendre les appels. En tant que médecin généraliste libéral, quand j'appelle, je tombe sur beaucoup de filtres avant de réussir à avoir le médecin qui va valider l'hospitalisation. C'est assez compliqué : Établir le contact, c'est déjà une difficulté.

JC/ *Est-ce que vous rencontrez d'autres difficultés ?*

L1/ Ensuite ça s'organise assez bien. Bon on sait que tout ce qui est ambulance, transport, c'est toujours un peu compliqué. Ne serait-ce que pour leur disponibilité. Ensuite il y a la famille, généralement qui n'est pas contre, comme dans le cas que tu as présenté c'est une demande de la fille. Et puis une autre difficulté : le patient. Le patient qui a du mal à quitter le domicile, parce que l'hôpital, surtout chez les personnes âgées, c'est mal vécu.

JC/ *Est-ce que ces difficultés-là peuvent vous amener à privilégier un passage par les urgences ?*

L1/ Oui ça peut ... (*hésitante*) Oui et non ... Oui ça peut, oui on envoie aux urgences par exemple, chez le papi un peu dément qui ne veut pas être hospitalisé directement, ça arrive de lui parler de faire un bilan d'abord aux urgences et de voir ensuite s'il devra être hospitalisé. Ensuite quand on a un diagnostic simple, clair, déjà établi, je pense que c'est plus facile d'hospitaliser de façon directe. Quand on a un doute diagnostic, à ce moment-là oui, on voit... si on n'est

pas sûr, ou si on pense qu'il y a quelque chose en plus, les urgences ça reste quand même un bon outil de débrouillage.

JC/ *En pratique on vous a déjà refusé une admission directe ?*

L1/ Oui, par manque de place uniquement.

JC/ *Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses à améliorer pour faciliter l'admission directe ?*

L1/ Peut être avoir une ligne. Si on avait UNE ligne directe, avec UN interlocuteur dédié...(insiste) ce qui est normalement le cas, mais pas en pratique pour les libéraux c'est difficile à avoir, ça serait peut-être plus facile. Ensuite c'est de la gestion de cas, on peut revenir à ce que l'ARS est en train de faire en test pour les personnes âgées avec des situations compliquées, qui est un réseau qui est mis en place et qui directement essaie de gérer au cas par cas des hospitalisations.

JC/ *Qu'est-ce que vous identifiez comme facteur facilitant ces hospitalisations directes ?*

L1/ Le réseau. Clairement.

JC/ *Vous vous êtes installée très récemment. Est-ce que lors de votre installation vous avez eu un annuaire, une présentation, ou eu à faire à des médecins hospitaliers différents de ceux de votre réseau, qui vous ont proposé des solutions facilitant la communication entre ville et hôpital ?*

L1/ Pour l'instant non, mais pour ma part je suis me suis installée depuis très peu de temps et pour l'instant tous les cas où j'ai dû hospitaliser c'était dans le cadre de remplacements

libéraux. Et en tant que remplaçant c'est encore différent. La démarche est tout à fait différente, on va beaucoup plus vers les urgences parce que la plupart du temps on n'a pas le suivi nécessaire pour établir un diagnostic. En tout cas pas sur des remplacements ponctuels comme je les faisais.

JC/ *Est-ce que vous pensez que la situation géographique du cabinet a un impact sur le mode d'hospitalisation.*

L1/ Alors oui. On hospitalise moins parce qu'on est plus près et on sait justement que si les choses venaient à mal tourner, par exemple une simple pneumopathie, on a un recours aux urgences faciles, elles sont à côté, en très peu de temps le patient peut être pris en charge à l'hôpital. Donc on peut prendre plus de risques, et on essaie au plus de maintenir le patient au domicile. Et puis dans notre zone nous on assure une permanence des soins au cabinet jusqu'à 19- 20h puis en dehors des horaires il y a le relai de SOS médecin, donc les patients sont peut-être plus en sécurité. On peut se permettre d'attendre un peu plus avant d'hospitaliser. On va peut-être moins vers des hospitalisations directes.

JC/ *Avec la délocalisation du secrétariat comment se passe la coordination des soins ?*

L1/ On gère l'intégralité de la coordination. Pour nous, c'est aussi important de gérer intégralement l'hospitalisation, on confie nos patients, on les confie à l'hôpital. C'est important pour moi de véritablement confier mon patient à l'hôpital, qu'il soit pris en charge comme on aimerait qu'il le soit si on l'avait à charge dans le service, comme si c'était gage qu'on allait bien

s'en occuper. C'est chronophage c'est certain, mais ça n'arrive pas tous les quatre matins. Puis on essaye dans tous les cas de privilégier les soins et le maintien au domicile, de ne pas hospitaliser pour rien.

JC/ Qu'est-ce que vous pensez de la place et du développement de ces filières dans le Var ?

L1/ Je pense qu'il y a un intérêt à les développer. C'est déjà le cas, c'est développé grâce au réseau mais peut être encore pas assez. Surtout pour des gestes ou pour des situations où on a besoin d'une hospitalisation de courte durée ... J'ai deux exemples de cet été, deux petites mamies de 92 et 96 ans avec quelques troubles neurodégénératifs, qui avaient une anémie à 8,5. On est d'accord qu'explorer l'anémie peut être compliqué, on ne sait pas si c'est quelque chose de très aigu, on voudrait peut être l'avis du gastro entérologue ... alors est ce que je les envoie aux urgences, par exemple pour la première c'était un vendredi soir, elle allait attendre pendant des heures ou bien est ce que je décroche le téléphone, essayer d'appeler directement dans les unités et de programmer. Alors pour ce genre de situation j'appelle parfois l'unité de médecine ambulatoire polyvalente, qui m'a toujours très bien répondu. L'assistant a programmé pour le lendemain l'hospitalisation. Juste une surveillance par l'IDE le soir, une commande de transport, et le lendemain elle était prise en charge dans le service, sans avoir « piocher » aux urgences. C'est beaucoup plus confortable pour les patients.

Entretien libéral n°2

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique pour l'hospitaliser ?*

L2/ En principe, j'envoie aux urgences.

JC/ *Directement ?*

L2/ Oui directement, j'appelle l'ambulance. Si vraiment c'est dû à la pneumopathie, alors c'est quelque chose d'aigu, j'envoie par les urgences. Si c'est quelque chose de chronique, qu'il y a une dégradation, qu'il faut faire le point : non ! Mais c'est très rare que j'envoie dans le service de gériatrie, que j'ai eu le médecin... Ça m'arrive quand il y a des troubles cognitifs qui persistent, que ça ne va pas, qu'il faut soulager la famille... des choses comme ça. Quand c'est plus ou moins chronique. Mais donc quand c'est une dégradation momentanée parce qu'il y a un événement intercurrent, j'hospitalise par les urgences.

JC/ *D'accord. Pour les motifs un peu plus chroniques comment vous faites ?*

L2/ J'ai les coordonnées d'un médecin du service de gériatrie... Je l'ai quelque part... Je l'ai quelque part... (*cherche du regard sur son bureau*) Je ne sais plus son nom d'ailleurs. Voilà plutôt sur sainte Musse.

JC/ *Vous avez déjà rencontrés des difficultés pour les joindre ? pour les places ?*

L2/ Ah oui !! Oui, oui !! Oui, c'est difficile bien sûr. Pour les joindre, bon je ne le fais pas souvent, mais on arrive à les avoir. Après c'est pour les places, ils n'en ont pas souvent, après eux doivent programmer une place

donc ils rappellent. Chaque fois que j'ai eu à le faire, ça s'est bien passé.

JC/ *Vous avez obtenu des réponses rapides ?*

L2/ Non... enfin rapide, oui... en me disant on programme ça pour tel jour. Ça m'est arrivé notamment pour un patient très âgé, qui décompensait ou en fin de vie, et effectivement une semaine après il était pris en charge.

JC/ *D'accord il y avait un délai d'une semaine... Si derrière vous avez une famille qui presse un peu...*

L2/ Oh ben ça après c'est les urgences. Ça m'est déjà arrivé de faire passer par les urgences. Encore plus s'il y a une décompensation cardio ou autre, je passe par les urgences.

JC/ *Pourquoi vous privilégiez les urgences ?*

L2/ Bah parce que d'abord je ne sais pas où est ce qu'on va le placer... Oui c'est vrai que pour le patient ce n'est pas sympa de faire la queue aux urgences... Ce n'est pas agréable... Mais je ne suis pas sûre qu'ils aient une place déjà en gériatrie, je ne suis pas... Souvent moi quand je vais faire mes visites c'est souvent entre midi et deux il n'y a plus personne ou alors le soir après les consultations... Donc de toute façon je n'ai pas forcément la possibilité de pouvoir téléphoner donc ça passe aux urgences !

JC/ *Donc il y a la disponibilité du service ...*

L2/ Et la mienne aussi ! Voilà ! Donc l'hospitalisation c'est programmé...

JC/ *Est-ce qu'il y a un souci de gain de temps ?*

L2/ Ah ben je ne vais pas rester 3h au téléphone ! Je ne peux pas ! Je ne peux pas me le permettre. Puis je ne sais pas, j'ai peur d'embêter l'hôpital et les médecins de l'hôpital aussi... se dire que bon, si chaque fois qu'il y a un problème on appelle le gériatre... il va en avoir marre le pauvre « qu'est-ce que fais j'hospitalise ou pas » ... je ne sais pas. Je n'ose pas déranger non plus...

JC/ *En les appelant, avez-vous déjà eu des réponses négatives ou bien des réponses où eux-mêmes demandaient un passage par les urgences ?*

L2/ Ah oui, oui j'ai déjà eu ça. Ben oui ...

JC/ *C'était sur des motifs aigus ?*

L2/ Je ne me souviens plus, je ne me rappelle pas... C'est vrai que quand ce n'est pas prévu, et c'est comme ça la plupart du temps, je fais passer par les urgences... Quand je me suis déplacée... Parce que parfois ce n'est même pas moi qui me suis déplacée, je leur dis « je ne peux pas venir, appelez vite SOS ». Ça m'est arrivé l'autre jour pour un patient j'ai dit : « je ne peux pas je suis désolée, appelez le centre 15, il faut vite le faire hospitaliser, il faut qu'il y aille. »

JC/ *Oui, c'est vrai que sur un patient qui présente une urgence vitale ou une grosse décompensation, celui-là nécessite le passage aux urgences. Mais la réflexion est née surtout pour le patient pour qui on sait qu'une hospitalisation est nécessaire, mais qui globalement est stable... mais qui doit être hospitalisé du fait de ses fragilités... Alors ce patient, qui doit être hospitalisé, pour qui les urgences ne feront pas plus, finalement est ce qu'on pourrait envisager qu'il soit*

hospitalisé directement, par ce que j'appelle une filière d'admissions directes... et si oui comment ?

L2/ C'est vrai que les urgences ne sont pas confortables pour le patient... Non, c'est vrai que c'est une filière peu utilisée... Mais déjà, est ce qu'ils ont un numéro ? Si on avait... Par exemple, bon ça n'a rien à voir, mais l'autre jour j'avais une patiente qui visiblement faisait une phlébite ; donc normalement je téléphone à un médecin qui me les prend tout de suite en urgence quoi, et là justement elle connaissait très bien parce qu'elle l'avait vu plusieurs fois, le cardio l'avait vu plusieurs fois, donc j'ai dit retournez-y. Avant ça elle était sous anticoagulant, le cardio avait dit aucune raison de garder les anticoagulants, une semaine après elle faisait la phlébite... Bref... Donc j'ai commencé la prescription de XARELTO et je dis à la patiente retournez y, allez-y vite... La patiente était un peu âgée. Je ne sais pas ce qu'il s'est passé, si finalement il n'était pas là, s'il ne travaillait pas ou si elle n'a pas voulu voir le cardio je ne sais pas, mais la patiente s'est retrouvée sans rendez-vous. Bref elle aboutit à l'hôpital ! Et là, à l'hôpital on lui dit qu'il existe un numéro direct, que son médecin aurait dû appeler, il y a un numéro pour ces urgences ! Bon du coup maintenant je le sais et j'ai le numéro « urgences vasculaires ». Voilà s'il y avait un numéro fixe, pareil un numéro « urgences pédiatriques » ça serait bien... Un numéro dédié ! Un seul, que l'on connaisse ! Un temps, l'hôpital faisait des plaquettes... Bon par exemple ce numéro « urgences vasculaires » je ne l'avais pas dans mes ... En fait si on avait des numéros vachement bien fait, comme un

répertoire, avec tel numéro à utiliser... ça serait plus facile pour nous.

JC/ *Vous avez l'impression qu'il manque de communication entre la ville et l'hôpital ?*

L2/ Ah ben oui, ce n'est pas nouveau ça ! Oui... Bon, on les a quand même hein, mais c'est compliqué. Et même pour les rendez-vous, on appelle toujours au même endroit, même pour les rendez-vous radios, parce qu'on sait qu'ils répondent tout de suite et puis voilà.

JC/ *Donc si on devait les lister, les principales difficultés pour faire hospitaliser un patient...*

L2/ *(me coupe)* Moi si j'avais un numéro, un standard avec une réponse rapide « oui vous pouvez faire ça, il y a des places, ou il n'y en a pas » déjà oui ça serait bien. Ça me fait gagner du temps, si on me dit « oui vous pouvez le faire amener ». Bon après le problème c'est les places dans le service ! Il est plein le service la plupart du temps ! Donc ça ne change rien, faut qu'il passe par les urgences pour être dispatché après.

JC/ *A l'inverse est ce qu'il y a des structures, des services, avec qui vous fonctionnait facilement, avec qui c'est facile d'organiser une hospitalisation ? Des contacts privilégiés ?*

L2/ Pas vraiment... Mais parfois oui... Je ne suis pas quelqu'un qui aime déranger, je ne suis pas trop téléphone... Bon c'est un tort parfois, c'est un défaut de ma part mais parfois oui ... En oncologie, oui. En oncologie, quand ça ne va plus, quand il y a un truc intercurrent, qu'il faut vite... Voilà ça j'appelle. J'ai le portable parce que, quand quelqu'un ne va pas, souvent il

se trouve que j'ai le portable de l'oncologue.

JC/ *Est-ce que vous pensez que la situation géographique du cabinet à un impact sur le mode d'hospitalisation ?*

L2/ Je n'en sais rien *(ne semble pas comprendre ma question)*

JC/ *Est-ce que d'être en milieu urbain, dans une grande ville, avec beaucoup de médecins généralistes, et beaucoup de patients, avec une grande structure hospitalière à côté, ça a un impact sur le fait qu'il n'y ait pas de relation avec l'hôpital ? Finalement on ne se retrouverait pas noyé dans la masse ?*

L2/ Je n'en sais rien.

JC/ *Vous avez toujours exercé ici ?*

L2/ Non j'ai fait beaucoup de remplacements...

JC / *Vous avez l'impression qu'avant on communiquait plus avec l'hôpital ? Ou est-ce l'inverse ?*

L2/ *(hésite)* Peut être qu'avant on se connaissait mieux, peut être que... ça dépend aussi d'où on a fait nos études, où on fait nos stages. Je pense qu'un jeune installé qui a fait un stage à coté, connaît mieux l'hôpital, connaît mieux les médecins, et appelle plus facilement aussi. Je pense que c'est ça aussi. C'est tout bête, mais c'est plus facile peut être.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez de ces filières d'admissions directes ? Est-ce que vous pensez que c'est développé ? Est-ce que vous pensez que ça existe ?*

L2/ Non je n'ai pas l'impression que ça existe.

JC/ *Est-ce que vous pensez que ça peut représenter un intérêt ?*

L2/ Oui oui ! Ça oui ! Il faudrait qu'on soit bien au courant... Après je vois aussi qu'il y a des services de médecine, dans le privé, en clinique qui ouvrent. J'ai reçu un truc sur la clinique X, mais ce n'est pas le secteur. Mais c'est vrai que par exemple, ah mais si c'est la même clinique, j'ai déjà eu à faire eux. J'ai reçu un « truc » là je n'ai pas encore ouvert, je ne l'ai pas encore lu. Mais je leur ai déjà envoyé un patient parce que j'étais allée à une réunion, il y avait un médecin qui s'en occupait, qui disait ... donc j'avais gardé le numéro. Enfin tout est une question de connaissance, d'être au courant, d'avoir les bons numéros de téléphone dans la sacoche d'urgence et cetera... les numéros à jour... Si on reçoit régulièrement une plaquette avec les bons numéros remis à jour c'est plus facile. Parce que même sur les comptes rendus, moi quand je les reçois je les scanne, je ne les garde pas sur moi en visite. Faudrait comme un annuaire, un petit carnet. J'avais eu une année de la part de Sainte Musse, c'était très très bien ça, je l'avais avec moi, mais ils ne l'ont plus refait ça. Et puis c'est bien, il y avait la liste avec le nom des médecins, on sait qui on a au téléphone... ça c'est bien ça il devrait le refaire.

Entretien libéral n°3

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique pour l'hospitaliser ?*

L3/ Je viens de voir le patient, je vois qu'il a une pneumopathie, que je ne peux pas traiter au cabinet, et qu'il vit seul chez lui, j'essaie d'appeler le service de médecine de l'hôpital public d'à côté voir s'il y a une place pour le faire rentrer rapidement. En principe, dans le service de médecine j'arrive à avoir une place, ou au moins le lendemain. Si c'est vraiment plus urgent je le fais passer par les urgences, mais sinon j'ai généralement une place dans les deux jours et ils entrent directement dans le service.

JC/ *D'accord, donc vous avez un numéro d'appel rapide ?*

L3/ Non j'ai simplement le numéro du service. Ce qu'il y a c'est que c'est souvent difficile de les avoir, alors heureusement j'ai une secrétaire ! Elle est absente aujourd'hui, mais j'ai une secrétaire qui va téléphoner jusqu'à ce qu'elle ait le médecin et après elle me passe l'appel. C'est beaucoup plus facile comme ça.

JC/ *Après c'est l'organisation habituelle ?*

L3/ Voilà ! Après je fais le bon de transport. Hospitalisation... il n'y a pas de problème.

JC/ *Vous rencontrez des difficultés dans, ne serait-ce que l'organisation de l'hospitalisation ?*

L3/ Ah ben, joindre le service d'abord ! Quelques fois il faut rappeler,

rappeler... mais bon on y arrive. Après non il n'y a pas de difficulté. Moi je fais le bon de transport. Les gens appellent l'ambulance et entrent à l'heure prévue. Ils vont dans le service, et après j'ai les comptes rendus. Ça se fait bien, j'ai un bon retour... Alors quelques fois il n'y a pas de place ! Il n'y a pas de place je comprends bien hein ! Alors dans ces cas-là j'essaie de faire passer par les urgences, et ils le mettent quelques fois en service de chirurgie en attente d'aller dans le service de médecine. Ou bien il le transfère vers un autre hôpital quand il y a affluence.

JC/ *Les refus que vous avez eu jusqu'à maintenant c'était pour des problèmes de place ?*

L3/ Oui. (Ton catégorique)

JC/ *Pas d'autre motif ?*

L3/ Non. (Ton catégorique)

JC/ *Vous ne rencontrez pas de difficultés pour faire hospitaliser vos patients ?*

L3/ Non ! Ici à Brignoles ça se passe assez bien.

JC/ *Vous avez un interlocuteur privilégié ?*

L3/ Non pas vraiment un en particulier, on change assez souvent d'interlocuteur, mais il n'y a que deux services de médecine, donc toujours le même service. Non ça se passe assez bien, ils sont à l'écoute.

JC/ *Pour vous, le fait d'avoir une secrétaire facilite vos démarches d'hospitalisation ?*

L3/ C'est sûr ! C'est très lourd, financièrement, pour un médecin, une secrétaire, elle n'est pas à plein temps

mais quasi à plein temps c'est très lourd. Mais bon je pense, pour mon organisation... (réfléchit) c'est beaucoup mieux, elle gère les coups de fils, les urgences, elle me place les rendez-vous, et quand il y a quelqu'un à hospitaliser elle me passe le médecin directement. Mais il y a un filtre qui fait que je ne suis pas tout le temps au téléphone.

JC/ Tout à l'heure vous me parliez du passage par les urgences en cas de manque de place et ça se comprends, même en cas de manque de place, s'il y a une indication d'hospitalisation, il faut bien que la prise en charge débute donc on envoie vers les urgences... Mais il n'empêche qu'il y a toujours aux urgences des patients âgés qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe et certains médecins ne le font pas, pourquoi selon vous ?

L3/ Alors après on peut être pris de court, on peut être bousculé, et les gens arrivent en urgence... ça ne va pas... je les adresse directement aux urgences, quand le cas est vraiment trop rapide, je n'ai pas le temps d'appeler le service, de gérer, je les envoie aux urgences. Ça m'arrive aussi.

JC/ Vous parlez en cas d'affluence à votre cabinet ?

L3/ ça peut être par rapport à l'affluence, mais aussi par rapport à une période d'épidémie où je sais déjà qu'il n'y aura pas de place ! Une épidémie de grippe par exemple. Une détresse respiratoire en épidémie de grippe je vais l'envoyer tout de suite aux urgences, je ne vais pas...

calculer, réfléchir ! Donc c'est aussi en fonction du tableau clinique.

JC/ Vous pensez qu'on pourrait mettre en place des outils pour favoriser l'hospitalisation directe ?

L3/ (réfléchit) Oui... Une espèce de ligne directe... Mais ils sont tellement occupés et il manque tellement de personnel à l'hôpital que je les comprends aussi. S'ils ont une ligne directe pour les médecins, pour appeler, ils sont trop occupés, c'est toujours une infirmière qui va répondre et puis qui va essayer de joindre le médecin. On revient au même point. Donc bon on a un numéro du service, un numéro de la surveillante chef. Alors ça ne marche pas tous les jours, il faut appeler après 9h et après la visite. (Grimace) la visite...

JC/ Oui, ce n'est pas toujours compatible avec les horaires du libéral...

L3/ Ah non, non. Mais bon j'ai ma secrétaire qui gère. Et puis elle me dit, il faut rappeler à telle heure. Moi je vais être pris par mon travail et oublier. Mais elle, elle va me dire « je vous passe le service ». C'est clairement grâce à ma secrétaire sinon je n'y arriverai pas ! C'est trop chronophage !

JC/ Est-ce que vous pensez que la situation géographique du cabinet facilite l'hospitalisation directe

L3/ Oui, parce qu'en ville c'est déjà plus compliqué. Dans une grande ville c'est plus compliqué, il y a peut-être moins de disponibilité aussi. Ici c'est un petit hôpital... Oui ça facilite.

JC/ Vous exercez depuis combien de temps ici ?

Ça fait 33 ans que j'exerce, mais ici ça fait 26 ans. J'ai fait 7 ans à la Seyne sur mer.

JC/ Au cours de votre carrière et des dernières années est ce que vous avez vu une évolution de cette filière d'admissions directes ?

L3/ Oui ça a évolué. Ça a évolué dans le sens où avant on envoyait quelqu'un aux urgences et en une heure il allait dans un service. Donc on ne se posait pas trop la question. Maintenant on va l'envoyer aux urgences et il va attendre 4, 5, 6 heures. Il y aura des urgences devant eux, parce que ce n'est pas LA grosse urgence. Pour les personnes âgées c'est l'enfer. Donc j'essaie toujours maintenant de trouver une place, du fait de l'évolution de l'hôpital et des urgences. Et puis ça déchargera les urgences ! Puisque justement ils sont débordés, je ne vais pas leur faire attendre quelqu'un en plus pour une hospitalisation dans un service.

JC/ Finalement les urgences sont un moyen d'entrée en hospitalisation... et pas forcément pour une évaluation urgente comme...

L3/ *(me coupe)* Non mais de toute façon, quand on les adresse en hospitalisation on le fait avec un courrier, le patient il est cadré ! Ils lisent le courrier, ils savent ce qu'il y a et ils entament les examens complémentaires et le traitement. C'est pareil ! Au lieu de « cadrer » aux urgences... moi je considère que les ai « cadrés » avant ! Voilà ! Après s'il y a des examens complémentaires à faire en urgences, je vais essayer de les avoir en ville avant l'hospitalisation. Si je ne les ai pas, il passera par les

urgences si vraiment c'est un examen fondamental à faire avant.

JC/ Il existe une communication avec l'hôpital ? Vous avez la sensation qu'il y a des efforts faits de la part de l'hôpital pour développer l'admission directe ?

L3/ ça a toujours été comme ça. Moi j'ai toujours essayé de faire de l'admission directe, surtout maintenant avec le temps d'attente aux urgences mais je n'ai pas l'impression qu'ils font un pas vers moi. Moi je n'ai pas eu démarches. Mais ça fonctionne, ils sont à l'écoute quand j'appelle « c'est pourquoi, votre patient il a quoi, bon on va essayer de le prendre ». Ça se passe bien.

Entretien libéral n°4

JC/ *Présentation, vignette clinique, « que faites-vous en pratique »*

L4/ Alors moi la particularité c'est que je viens d'arriver dans le département. Je ne suis installée que depuis quelques mois. Donc je n'ai pas encore mes entrées... on va dire « directes ». Je ne connais pas les praticiens. Donc ça m'est arrivé une fois de faire réguler par le 15 et l'autre fois ça m'est arrivé... mais c'était moins... Enfin dans le cas précis de cette vignette clinique je pense que là actuellement je régule par le 15, ou en fonction du moyen de transport je préviens les urgences. Mais... mais voilà.

Après en général... ça m'est arrivé pour un autre patient, ce n'était pas tout à fait le même cas, ce n'était pas urgent. J'avais vraiment besoin d'une hospitalisation mais non urgente et dans ce cas-là j'avais appelé... (*hésite*) alors je crois que c'était la médecine polyvalente de Sainte Musse... (*ndlr : méconnaissance du médecin, la médecine polyvalente est à l'hôpital George Sand à Seyne sur mer*) J'ai eu une PH et ça s'est réglé comme ça. Je crois qu'elle a réussi à le prendre quelque chose comme 10 jours plus tard, mais ça s'est bien passé. Après 10 jours... bon je n'avais pas besoin que ce soit plus rapide, c'était un bilan à organiser... voilà.

JC/ *Pourquoi actuellement vous privilégiez un passage par les urgences*

L4/ Euh... (*réfléchit plusieurs secondes*) parce que là, euh... en fait, je ne sais pas comment faire

autrement quoi ! Je ne saurai pas comment faire autrement.

JC/ *Vous n'avez pas eu d'informations lors de votre installation ou depuis l'installation ?*

L4/ Non, non pas du tout. C'est vrai que je n'ai rien reçu. Je n'ai pas de numéro ou une démarche à suivre...

JC/ *Vous travaillez avec quelle structure ?*

L4/ C'est principalement Sainte Musse... Mais c'est vrai qu'il y a Hyères ! On ne travaille pas trop avec Hyères... C'est plus Sainte Musse.

JC/ *Est-ce que faire passer le patient par les urgences est plus facile pour vous ?*

L4/ Oui pour moi c'est plus facile de diriger vers les urgences. Mais... bon là par exemple sur la vignette clinique euh... c'est vrai qu'il y a aussi le critère d'urgence donc pour moi... Donc c'est vrai que je n'ai jamais réfléchi que de manière urgente c'était possible de faire admettre directement en service. Enfin... je ne savais même pas que ça se faisait... enfin déjà quand j'étais interne ça ne se faisait pas, ou très peu, en tout cas pas là où j'étais. Du coup... je ne suis pas au courant en fait !

JC/ *D'accord ! En réalité c'est plus ou moins faisable selon la structure... Vous êtes installée ici depuis combien de temps ?*

L4/ Ça fait à peine 6 mois. Avant j'avais une collaboration à Marseille. Donc c'était comme une installation, mais ce n'est pas du tout le même réseau. A Marseille, je n'avais pas non plus la même patientèle, j'avais très peu de personnes âgées, donc du

coup même là-bas ça ne m'est quasiment jamais arrivé... Mais plus de patient précaires...

JC/ *Vous pensez que c'est dû à un manque de réseau parce que l'installation est très récente ?*

L4/ Euh... oui je pense que ça joue. (Perplexe) Je pense que ça joue... Ouai, mais pas QUE, parce que je n'étais même pas au courant que c'était possible ! Donc enfin... je pense que c'est les deux. Il y a peut-être aussi un manque d'informations des structures...

JC/ *Si justement vous aviez cette possibilité-là, est ce que vous l'utiliserez ? Est-ce que ça ne serait pas de toute façon plus difficile pour vous ?*

L4/ Alors je ne sais pas comment ça fonctionnerait, mais appeler un référent dans cette structure et organiser un transport, je ne pense pas que ce soit beaucoup plus difficile. Parce que s'il y a une bonne disponibilité en face, que j'ai quelqu'un au téléphone sur le moment, et que je peux faire venir mon patient en ambulance... Non ça peut être bien, et je ne pense pas que ça change grand-chose par rapport au passage aux urgences.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer pour le développement de ces filières ?*

L4/ Alors pour le coup, donc l'information. Après je ne sais pas si je n'y ai pas eu accès parce que je viens d'arriver, ça ne fait même pas un an et que voilà. Mais j'imagine que... je ne sais pas il faudrait améliorer l'information, par n'importe quel moyen. Au moins un mail peut être, ou des réunions, quelque chose de cet

ordre-là. Ça améliorerait un peu la communication, déjà en voyant les gens une fois...

JC/ *Donc à l'installation il n'y a pas de démarches de l'hôpital vers vous, et puis de vous vers l'hôpital par j'imagine manque de temps...*

L4/ Non pas du tout. Alors est ce qu'ils savent que j'existe, non je ne pense pas, ou pas encore. Mais non.

JC/ *Est-ce que vous pensez que d'être un peu plus éloigné des structures hospitalières influence sur la prise en charge, sur l'indication d'hospitalisation ?*

L4/ Euh... alors bon par rapport à Marseille... Non Marseille c'était quand même biaisé ce n'était pas la même patientèle... Non je pense que ça ne change pas grand-chose. A la limite dans la relation avec l'hôpital, je trouve ça plus facile ici parce qu'il y a moins de diversité d'offres, moins de cliniques, moins d'hôpitaux. On se fait une idée plus rapidement quand même, c'est plus facile, parce que c'est plus à taille humaine. Marseille, c'est encore autre chose...

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez des filières d'admissions directes ? De leur intérêt ?*

L4/ Complètement, si on peut éviter un passage aux urgences aux personnes âgées. Pour libérer les urgences... Après moi, c'est vrai que j'ai tellement entendu répéter, et encore quand j'étais interne « il faut un passage aux urgences ! il faut un passage aux urgences ! Il faut un passage aux urgences ! » (Lève les yeux au ciel) de la part des services ! Qu'en fait moi ça m'est resté gravé et comme depuis je n'ai pas mis les pieds à l'hosto...

Effectivement moi je suis restée là-dessus...

JC/ Vous avez l'impression que c'est de toute façon l'hôpital qui fait cette demande de passage par les urgences ?

L4/ Oui ! Après moi, je suis restée là-dessus. Après j'imagine bien que ça évolue depuis que je n'y suis plus, mais en tout cas ce n'est pas encore vraiment arrivé jusqu'à mes oreilles.

Et parce que même, quand j'étais interne à Dignes, on faisait les nuits... alors je me souviens que... On avait une garde pour revoir les patients après qu'ils soient passés aux urgences et avant la montée en service... donc c'était complètement... il y avait double visite avant l'hospitalisation en service ! Bon voilà, bref. C'était particulier...

JC/ Vous pensez que certains services comme celui-ci peuvent être réticents à recevoir directement pour quelles raisons ?

L4/ Je pense qu'ils ont peur que le patient ne soit pas cadré entre guillemet quoi... Enfin c'est qu'ils ne soient pas suffisamment filtrés ou cadrés... Qu'il y ait des patients qui arrivent, sans antécédent, sans dossier, sans rien. Ce n'est pas gérable non plus.

JC/ Bon après, s'il y a une relation avec la ville ce n'est pas censé se produire. Bien souvent les informations du médecin généraliste sont plus riches que celles de l'urgentiste...

L4/ Oui c'est vrai, l'urgentiste ne connaît pas le patient, le médecin généraliste oui.

JC/ Vous pensez qu'il y a une méfiance de l'hôpital ?

L4/ Ben je pense qu'on ne se connaît pas. Alors pour le coup en ville, de l'hôpital on n'a que le souvenir de nos études. Et les hospitaliers bien souvent, ne sont pas passés en ville. Donc je pense que c'est de la méconnaissance. Méfiance, je n'en sais rien, parce que quand même les nouvelles générations, j'ai l'impression que... bon je ne sais pas si ça a changé ou pas mais j'ose espérer que c'est un peu moins clivé quoi. Mais après je pense que c'est plus de la méconnaissance.

JC/ Donc en conclusion, pas assez développé et pas assez de communication là-dessus ?

L4/ Oui. Parce que moi j'ai l'impression que je sauterai sur l'occasion ! Si j'avais un numéro, une ligne, quelque chose. Enfin ça serait super. Même tout simplement d'avoir un hospitalier au téléphone justement pour discuter d'une admission, voilà. Sans lui imposer, ce n'est pas du tout obligatoire, ça permet aussi pour nous de nous orienter, d'avoir des conseils.

JC/ Comment vous êtes organisés dans le cabinet ? Vous avez un secrétariat ?

L4/ Oui nous on a une secrétaire, c'est pour ça que j'ai choisi ce cabinet en arrivant ici. On est 5 donc on peut se payer une secrétaire. Elle est sur place, elle est là tous les jours sauf le mercredi.

JC/ Est-ce que vous déléguez à la secrétaire des tâches pour vous faciliter les démarches en cas d'admission ?

L4/ Comme la commande de transport ?

JC/ *Oui ?*

L4/ Ça peut, ça peut être délégué sur les ambulances. Après je suis sur rendez-vous. Et comme on est 5, elle a déjà beaucoup à faire avec les appels donc ce n'est pas systématique, pas vraiment.

JC/ *Vous faites des visites à domicile ?*

L4/ Alors pas encore. Parce que c'est une création et pas une reprise de patientèle donc très peu. Pour l'instant, ils ne sont pas encore dépendants. Mais à terme je pense que je n'aurai pas le choix. Là, pour l'instant avec l'installation tout ça, ça m'allait bien de ne pas en faire. Bon et puis ici il y a encore SOS qui peut intervenir. Les villages au-dessus non, donc c'est encore un autre problème. Donc déjà tout ce qui est visites rapides pour les petits etc. ce n'est pas nous qui nous déplaçons. Après pour tout ce qui est personnes âgées dépendantes, maintiens à domicile difficile, personnes handicapées, je vois mal comment, après avoir suivi quelqu'un plusieurs mois ou plusieurs années et qu'une situation de dépendance arrive, je ne vois pas comment refuser de poursuivre le suivi.

JC/ *Vous pensez voir moins de patients nécessitant une hospitalisation ou un passage aux urgences ? Du fait d'être sur rendez-vous, ou sans visite à domicile ?*

L4 / Après d'être sur rendez-vous et sans visite à domicile je ne suis pas sûre que ça filtre les patients un peu moins graves. Surtout ici, les gens se déplacent, ils passent chez le médecin généraliste, ils n'ont pas le réflexe

« urgence » parce qu'ils ne sont pas en ville. Ils sont un peu plus loin... Donc on voit des trucs ... euh... quand même !! (*Sous-entendu, des motifs de consultations avec un certain caractère de gravité*). Donc non pas forcément.

Entretien libéral n°5

JC/ *Présentation du sujet, vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

L5/ S'il n'y a pas de critère de gravité, j'essaie de trouver une hospitalisation. Un traitement à la maison si possible et ensuite une hospitalisation. S'il y a un critère de gravité je l'hospitalise direct, via les urgences. Soit par le 15, soit en me déplaçant, en trouvant une ambulance moi-même.

JC/ *Quand il n'y a pas de critère de gravité mais que vous cherchez une hospitalisation, comment procédez-vous ?*

L5/ Ben je téléphone.

JC/ *Vous avez des contacts privilégiés ?*

L5/ Oui.

JC/ *Vous travaillez avec quelle structure ?*

L5/ Alors avec Gassin et avec Fréjus. Mais je suis aussi PH urgentiste à Fréjus. Donc je connais bien la structure. Et je suis médiateur aussi de l'hôpital de Fréjus. Et puis Gassin c'est l'hôpital de proximité et donc je connais tout le monde aussi.

JC/ *Vous utilisez un numéro perso ? Un numéro du service ?*

L5/ Oui j'ai le numéro du service.

JC/ *Est-ce qu'on vous a déjà refusé une hospitalisation ? Si oui, sous quel motif ?*

L5/ Non, on m'a différé quelques hospitalisations mais c'est tout. Pas de refus. Différé oui.

JC/ *Sous quel motif ?*

L5/ Manque de places ! (*Rigole, comme pour signifier que le problème est récurrent*)

JC/ *Vous privilégiez Fréjus ou Gassin ? Comment faites-vous votre choix ?*

L5/ De façon territoriale on est sur Gassin ici. Fréjus il faut ... un peu plus d'arguments. Mais bon, comme je travaille là-bas, c'est un argument de plus, donc j'arrive à les faire entrer.

JC/ *Donc vous n'avez pas de réelles difficultés à faire hospitaliser vos patients ?*

L5/ Euh... (*réfléchit*) Il se peut que ça butte. A ce moment-là, si ça butte de trop je les fais passer par les urgences. Puisque je les connais tous les urgentistes de Fréjus et de Gassin (*rigole*).

JC/ *Donc finalement vous n'avez pas beaucoup de difficulté dans la relation avec l'hôpital par votre activité et vos connaissances !*

L5/ Exactement.

JC/ *En dehors de cette relation-là qui est facilitée chez vous, qu'est ce qui peut rendre la demande d'hospitalisation difficile ?*

L5/ Le manque de places ! Principalement !

JC/ *Vous êtes installé depuis combien de temps ?*

L5/ Depuis 30 ans.

JC/ *Comment vous exercez ? Sans rendez-vous ? Vous avez un secrétariat ?*

L5/ Non pas de secrétariat et uniquement sans rendez-vous. Tous

les lundi, mardi et mercredi. Après je suis à l'hôpital.

JC/ *De votre expérience, vous avez l'impression qu'il y a une évolution des filières d'admissions directes ?*

L5/ Bof. Non, pas plus pas moins... je ne sais pas.

JC/ *Vous pensez qu'elles présentent un intérêt ? Que c'est assez développé ?*

L5/ Non, non ce n'est pas assez développé.

JC/ *Aux urgences vous devez le voir d'ailleurs...*

L5/ Ouai déjà ouai. C'est vrai qu'aux urgences, pendant l'hiver, ces patients polys pathologiques qui arrivent, qui débarquent, qui attendent des heures.

JC/ *Vous pensez qu'un simple coup de fil aurait pu...*

L5/ Ben encore faut-il qu'il y ait de la place... Parce qu'à Fréjus on est plutôt « hôpital en tension » plutôt qu'autre chose. Depuis le mois de septembre là...

JC/ *Vous pensez qu'ils ne développent pas plus la filière par manque de place ?*

L5/ C'est ça, ils n'ont pas la réserve de places pour.

JC/ *Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour la développer selon vous ?*

L5/ Je ne sais pas... Je ne sais pas si tu es au courant, mais sur le Var Est il y a un réseau qui s'appelle PAERPA qui a été monté. Et qui... amène pas mal de choses en fait, et qui permet à des gériatres de se déplacer au domicile, de venir voir les gens au domicile. C'est un réseau qui se

structure convenablement et qui marche bien sur le secteur, ici.

JC/ *Vous l'utilisez ?*

L5/ Oui.

JC/ *Et il facilite les hospitalisations ?*

L5/ Euh... (réfléchit)... Non pas forcément, mais dans la prise en charge du patient âgé oui.

JC/ *Oui PAERPA peut être un bon outil pour en tout cas, anticiper, et éviter des hospitalisations. Mais quand elle est nécessaire, qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer.*

L5/ La HAD... La HAD... mais il faut aussi avoir la possibilité d'avoir... bon les prises de sang c'est facile, mais aussi les images. Donc ça ce n'est pas toujours facile. On peut passer, si c'est pressé, on peut les essayer de les avoir par les urgences. Sinon avoir des radios rapidement au cabinet. Par un cabinet de radiologie.

JC/ *C'est quelque chose qui vous manque en ville ? Vous envoyez aux urgences par manque de...*

L5/ (Me coupe) Non j'arrive aussi à avoir des radios dans la journée. Bon ça prend du temps mais bon...

JC/ *Est-ce que vous pensez que votre situation géographique influe sur votre décision d'hospitalisation ?*

L5/ Euh... (souffle, réfléchit) Le fait d'être en milieu semi-urbain ?

JC/ *Oui.*

L5/ Non, les gens ne sont pas des « bouseux » quand même ici (rires) !

JC/ *Et le fait d'avoir un pied à l'hôpital fait que vous utilisez plus facilement le recours à l'hospitalisation ?*

L5/ Je ne sais pas comment font mes confrères... Mais j'utilise l'hospitalisation dès elle me semble nécessaire. Je ne vais pas laisser des gens à la maison quand je ne suis pas sûr d'un diagnostic. C'est la formation hospitalière qui veut ça.

JC/ *Est-ce que le fait de ne travailler « que » les trois premiers jours de la semaine en ville, et donc de ne peut être pas avoir le temps de pouvoir réévaluer, suivre sur la semaine un patient influe sur le recours à une hospitalisation ?*

L5/ C'est vrai que fin de semaine... Bon, j'ai un remplaçant en fin de semaine qui peut suivre... Mais moi, j'apprécie quand les choses sont... cadrées. Donc, j'ai peut-être plus recours à l'hospitalisation... Encore que...

JC/ *Vous qui êtes aussi aux urgences, vous avez la sensation que certains passages auraient pu être évités par une hospitalisation directe ?*

L5/ Oui (*rires*) et déjà j'essaie de ne pas le reproduire, et d'adresser ne serait-ce qu'avec un courrier, les antécédents, les traitements, le motif d'hospitalisation...

JC/ *Pourquoi, selon vous, certains ne font pas l'effort du courrier, du coup de fil ?*

L5/ Parce que... Parce que ça prend du temps ! Et que là-dessus... parfois c'est de la négligence. Les courriers sont quasi illisibles, sans notion de traitement ou d'antécédents. Le minimum des choses c'est d'avoir un courrier expliquant explicitement les choses, et l'histoire de la maladie qui conduit à l'hôpital. Encore plus chez le

patient âgé, un peu confus, polyopathologique...

JC/ *Est-ce que vous pensez que les libéraux sont informés que ce type de filière existe ? Qu'il est possible d'hospitaliser un patient sans le faire passer par les urgences ?*

L5/ Sur Gassin oui ! Oui sur Gassin c'est clair ils le savent oui ! Sur Fréjus qui est une plus grosse structure c'est plus difficile c'est vrai. Moi j'arrive plus facilement à faire hospitaliser à Gassin, MÊME en travaillant à Fréjus ! J'arrive plus facilement à faire hospitaliser en médecine à Gassin. Alors après les patients ont leur mot à dire, et ça dépend quelquefois ils préfèrent Fréjus. Alors ce n'est pas justifié parce que ça bosse bien partout. Mais ça c'est les hôpitaux de proximité, ils ont, de base, mauvaise réputation... Parce que tout le monde le connaît et on peut tous avoir l'exemple d'un drame dans l'hôpital de proximité. Donc on généralise, et c'est la faute de l'hôpital... Sans même savoir ce qu'il s'y est passé ou non. Mais c'est partout pareil, c'est parce que c'est un hôpital de proximité. Mais ils sont très bien. Et puis parce que c'est un petit hôpital, qu'ils n'ont pas tellement de moyens... Donc faut que les patients soient relativement cadrés, sans avoir à faire de grosses explorations. Mais c'est vrai qu'on peut avoir des refus de la part des patients.

JC/ *Ça rentre dans votre choix, entre les urgences à Fréjus et l'hospitalisation directe à Gassin ?*

L5/ Oui. C'est le choix du patient... C'est dommage mais bon.

JC/ *Est-ce que vous avez autre chose à me dire concernant la filière d'admissions directes ?*

L5/ Quelque part il faut surtout augmenter les places d'hospitalisation en gériatrie. Parce qu'à Fréjus ça déborde et d'autres services prennent le relai, comme l'UHCD qui ne devrait pas avoir à gérer des patients âgés polyopathologiques.

JC/ *Est-ce qu'en arrivant à les faire un peu plus rentrer par admission directe... Est-ce qu'on peut imaginer désengorger les urgences ? Donc moins de place prises par les urgences... ?*

L5/ Euh... ça... (rires) je ne serai pas si optimiste. Il y aura toujours des arrivées aux urgences. Déjà, la nuit, en EHPAD, quand le patient décompense, c'est aux urgences qu'on l'envoie. Bon donc... Et puis tout en sachant que plus le patient passe de temps aux urgences, plus il a des chances de mourir !

Moi je suis médiateur aussi à Fréjus entre l'hôpital et les familles. Il me vient en tête deux exemples. Une personne âgée qui arrive aux urgences avec hématurie macroscopique et une rétention urinaire, qui a eu des stents la semaine d'avant... Il va rester plus de 24 heures aux urgences. Donc il va être traité, il va être sondé, lavé au niveau vésical. Pendant ce temps-là le traitement anti-agrégant n'est pas donné et il fait son infarctus, son OAP et décède de ça... Alors le suivi aux urgences ce n'est pas terrible. Mais ce n'est pas le lieu non plus. Parce que la durée de séjour qui devrait être de 4 ou 5 heures, dépasse maintenant les 24 heures... le suivi du traitement n'est pas fait... ce qui n'est pas normal non plus...

JC/ *Finalement dans le cas que vous me présentez, on peut se demander si*

en bénéficiant d'une entrée directe, il aurait pu être suivi et avoir son traitement...

L5/ Non mais il se présente aux urgences pour hématurie...

JC/ *Je comprends bien, mais une hématurie finalement, on peut se dire qu'elle aurait peut-être pu bénéficier d'une entrée directe... Dans le sens où lorsque qu'une hématurie avec rétention aiguë d'urine se produit chez un patient, en cours de séjour, c'est quelque chose qu'on sait gérer en service. On ne redescend pas, ou très rarement, un patient aux urgences pour RAU sur caillotage...*

L5/ Oui ! Mais c'est par manque de places qu'il n'a pas été hospitalisé !

JC/ *Et le deuxième exemple ?*

L5/ C'est un peu différent. Ça ne concernait pas une patiente âgée et c'est sur une erreur diagnostic... Mais c'est là où j'interviens, ou je m'excuse auprès des familles pour la prise en charge et derrière on essaie de trouver des mesures correctives pour améliorer la prise en charge... Pour ne plus que ça se reproduise. Voilà...

Entretien libéral n°6

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

L6/ En pratique j'appelle le 15. J'appelle le 15 parce que... ça dépend en fait des signes de gravité. S'il tolère bien et que... Mais bon 80 ans et dans l'état dans lequel vous le décrivez il ne peut pas y aller tout seul avec juste une lettre. Donc soit il y a la famille qui peut l'accompagner et je fais juste la lettre pour l'hôpital et je préviens l'hôpital qu'il vient. Mais je l'envoie aux urgences, à l'hôpital de Hyères. Il passe par les urgences.

JC/ *Pour quelles raisons vous privilégiez le passage par les urgences ?*

L6/ Parce que je me dis qu'il va avoir un bilan complet, tout de suite... Enfin tout de suite (*souriant comme pour faire référence au temps d'attente aux urgences*) en théorie... Donc prise de sang et radio rapidement. Que si je l'envoie... Bon nous ici on nous a donné, enfin l'hôpital Riondet nous a donné une feuille, ou plutôt un listing ou on peut appeler directement le chef de service en lui disant « voilà j'ai un patient qui présente ça, ça et ça. Est-ce que vous pouvez me le prendre ? ». Donc ça, ça marchait bien et puis bon, petit à petit on n'arrive pas à joindre le chef, le sous-chef n'est pas au courant, l'infirmière etc... donc on perd un temps fou.

JC/ *D'accord ! Ne serait-ce que pour joindre quelqu'un ?*

L6/ Oui c'est difficile donc maintenant on... enfin JE passe directement par les urgences.

JC/ *Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous avez rencontrés, qui font que maintenant vous privilégiez les urgences ?*

L6/ Non... c'est surtout d'avoir la personne qui décide et vous dit « oui, envoyez-le-moi ». C'est à chaque fois « ah mais moi je ne peux pas vous dire... vous pouvez appeler un tel mais il n'est pas là ou... »

JC/ *Donc il ne s'agit pas de numéro d'accès direct ?*

L6/ Non. Puis le problème c'est qu'il faut les avoir avec soi. Voilà. Donc là par exemple je les ai quelques part (*cherche du regard dans un tiroir et sur une pile de document*). Donc pas en visite...

JC/ *Qu'elle est votre façon de travailler ?*

L6/ Sans rendez-vous. Les visites à domicile le matin en général, surtout mardi et jeudi matin.

JC/ *Finalement vous avez l'impression que la filière d'admission directe fonctionnait mieux avant ?*

L6/ Non, ça n'a jamais fonctionné.

JC/ *Vous êtes installé depuis combien de temps ?*

L6/ Depuis une vingtaine d'année. Bon c'est-à-dire qu'avant j'étais à SOS médecin.

JC/ *Donc pour vous, sur les 20 dernières années, c'est une filière qui ne s'est pas développée...*

L6/ Ça s'est développé parce qu'en fait il y a 20 ans... Enfin déjà quand j'étais à SOS médecin on passait directement

par les urgences, forcément. Après quand je me suis installé en 2007... euh... le temps passe vite... euh non en 97 !! Je me suis installé donc à Hyères et je passais systématiquement par les urgences parce que je n'avais aucun numéro de téléphone pour contacter les chefs de service.

JC/ La voie classique d'entrée en hospitalisation pour les personnes âgées...

L6/ C'est les urgences. Même si sur Hyères effectivement il y a un listing... Même si on s'en sert qu'en visite, et qu'il est au cabinet...

JC/ Quand vous avez pu l'utiliser, est-ce qu'on vous a refusé la place ?

L6/ Non, non, non ! Mais souvent c'est « ah mais il faudrait rappeler à telle heure » Il y a toujours un petit délai qui fait que ça prend un temps fou ! Parce que qu'ils n'ont pas les mêmes horaires que nous ou que les patients qui appellent... Ou il est en visite, ou il fait la visite et n'est pas joignable... voilà il y a toujours... il n'y a pas une personne qui attend au téléphone !

JC/ Selon vous, qu'est-ce qu'on pourrait faire ou améliorer pour faciliter cette voie d'hospitalisation ?

L6/ Ben oui, qu'il y ait un numéro dédié à l'hôpital... Comme le 15 quoi ! Qu'on fasse le 23 par exemple, et que voilà par exemple quand on fait le 23 on pourrait dire « voilà j'ai quelqu'un qui a un problème pulmonaire, qui a tel âge » comme un centre de régulation et que la personne puisse dire « je vous l'oriente vers tel service ».

JC/ Vous voyez autre chose ?

L6/ Non... Non, ça, ça serait le top !

JC/ Vous avez la sensation qu'il y a un clivage entre la ville et l'hôpital ?

L6/ Oui, oui ça c'est clair. Il y a un manque de communication. Mais ce n'est pas forcément du qu'aux hospitalier. C'est aussi la médecine générale, on ne se mélange pas, parce que... (*réfléchit*) parce que je ne sais pas en fait ! (*Rie*) Mais ça a toujours été comme ça...

JC/ Vous n'avez pas un contact privilégié, un service ou une structure avec qui vous travaillez un peu plus ?

L6/ Non. Alors si, je peux téléphoner... Je me suis fait des amis qui sont cardiologues etc... Donc en passant directement par eux, par leur portable personnel, donc ils peuvent me dire « donc voilà fait comme ça, ou envoie le je m'en occupe ». Mais ce n'est pas la voie classique ! C'est au même titre qu'une secrétaire qui connaît une secrétaire qui peut avoir un rendez-vous très rapidement. C'est une histoire de réseau personnel. C'est pour ça que je dis que ce n'est pas forcément dû à l'hôpital ! Le médecin qui se fait un réseau il y arrive bien ! Celui qui ne se fait pas trop de réseau y arrive moins bien...

JC/ Vous avez plus facilement ces contacts avec des spécialistes d'organes plutôt qu'avec la gériatrie ?

L6/ Oui parce qu'en fait moi c'est un petit peu biaisé parce que je fais des séminaires, je fais de la formation médicale continue. Donc j'ai besoin d'expert en général dans les spécialités, ce qui fait que quand je les « utilise » comme expert, je crée des liens, on s'échange les numéros pour organiser les séminaires. Ce qui fait que ces numéros je peux les réutiliser pour la vie de tous les jours. Je peux

les rappeler en leur disant « voilà j'ai ce problème » ...

JC/ *Par rapport à votre situation géographique, vous êtes en zone urbaine, avec un hôpital à côté, le recours possible à SOS médecin, une population plutôt âgée... est ce que ça change quelque chose dans votre prise en charge, et dans vos indications d'hospitalisation ?*

L6/ Je pense que ça ne change rien. Euh... je pense qu'en campagne j'aurais la même attitude. Peut-être un peu plus de problème, et encore... peut être pour avoir des transports d'ambulance... Mais j'aurais la même attitude.

JC/ *Le plan PAERPA vous connaissez ? Vous l'utilisez ?*

L6/ Le quoi ?

JC/ *Le plan PAERPA ?*

L6/ Non connaît pas... enfin j'en ai entendu parler mais je ne vois pas du tout ce que c'est.

JC/ *Après globalement qu'est-ce que vous pensez de ces filières-là ? Y a-t-il un intérêt à les développer ?*

L6/ Oui, oui ! Je sais qu'on avait eu une réunion une fois entre hospitaliers et... Bon ça n'est arrivé qu'une fois... Mais entre hospitaliers et libéraux, et les hospitaliers étaient très demandeurs à faire hospitaliser directement, sans que ça passe par les urgences et que ça traîne etc... et c'est là où cette petite fiche avait été faite. Il y avait beaucoup de gériatres, parce qu'évidemment c'est dans cette situation là qu'on est le plus embêté. Les chefs de service en gériatrie disaient « voilà appelez à ce numéro il y aura toujours

quelqu'un pour vous répondre ». Mais en pratique...

JC/ *En pratique pas tellement ?*

L6/ Oui mais... (*perplexe*) non mais... c'est sûrement un petit peu de ma faute parce que... j'ai perdu le papier... Quand j'en ai besoin, j'en ai besoin tout de suite et c'est là que je ne l'ai pas...

JC/ *Donc les urgences...*

L6/ C'est la bouée de sauvetage... La facilité...

JC/ *Merci...*

L6/ Attendez j'essaie de le trouver ce papier (*se met à fouiller partout, tiroirs, pile de papier*). Non je ne sais pas où elle est cette feuille... Faut dire que je suis le spécialiste du rangement... Bon pour dire que ce n'est pas spécialement de leur faute. On nous avait donné, à la suite de cette réunion ce prospectus avec les numéros utiles, chose qui est impossible à avoir normalement.

JC/ *c'est un effort de communication fait par l'hôpital...*

L6/ Oui ! On a un hôpital un peu « post aigu »... donc euh chronique (*rie*). Quant à l'hôpital d'Hyères le problème est réglé, ils envoient le patient dans cette aile chronique on va dire, pour pouvoir les garder en convalescence quelque temps avant de les mettre en maison de convalescence ou chez eux.

JC/ *C'est un SSR ?*

L6/ Euh... je ne sais pas.

JC/ *Vous parlez de Riondet ?*

L6/ Oui, Riondet c'est l'annexe de l'hôpital... C'est de la post hospitalisation aiguë (*ndlr : méconnaissance du médecin, il ne s'agit pas d'un SSR mais bien d'un CSG*). Ils les gardent quelques temps pour les stabiliser. Quand c'est stabilisé, ils les renvoient chez eux... Donc c'est pratique des fois de l'envoyer directement ici, en disant « voilà il a juste une petite infection pulmonaire, il aurait besoin de... ». Voilà !

Entretien libéral n°7

JC/ *Présentation du sujet, vignette clinique, que faites-vous en pratique ?*

L7/ Alors déjà je vais voir avec sa fille si elle peut l'amener à l'hôpital, si ce n'est pas le cas j'appelle une ambulance. Enfin soit moi, soit la famille, généralement j'aide à trouver une ambulance. Moi j'ai des petites cartes comme ça quand je pars en visite à domicile (*me montre un paquet de carte d'ambulanciers*). Bon, si la famille n'y arrive pas, s'ils sont un peu paniqués j'appelle pour eux.

JC/ *Vous adressez le patient aux urgences ?*

L7/ Alors je vais sûrement avoir cette situation cette après-midi... Donc euh... en fait j'essaye toujours de... bon parce que moi j'ai le cas d'un patient qui est suivi pour un cancer, donc c'est le cas pour celui de cette après-midi, parce que j'ai eu l'infirmière. Je vais d'abord essayer d'appeler le service où il est suivi, pour voir si eux peuvent le prendre directement. Mais dans la majeure partie des cas on me dit de passer par les urgences. Mais j'essaye quand même, parce que c'est quand même embêtant, d'abord pour les urgences parce que ça les surcharge un peu pour rien... bon pas pour rien mais bon... Et aussi pour le patient, ce n'est pas très bon de passer par les urgences. J'ai eu plusieurs cas pour des patients psychiatriques, dont une dame âgée avec une démence, enfin surtout avec une grosse part psychiatrique, connue du service, bon alors pour elle ils m'ont obligatoirement demandé un passage aux urgences, pour un bilan complet. Sinon on me dit

« il n'y a pas de places, passez par les urgences ».

JC/ *Avec quels services vous travaillez ?*

L7/ Avec l'hôpital de Sainte Musse ou avec Brignoles.

(*Nous sommes interrompus par l'appel d'un patient*)

JC/ *Donc, on disait, soit Sainte Musse, soit à Brignoles. Et donc vous avez déjà eu des refus de la part des services ?*

L7/ Ah oui, oui !!! Bon à chaque fois j'essaie de passer par les... bon je pense que c'est le système qui veut ça... Parce que bon ça finit toujours par les urgences, on finit toujours par me dire ça. Mais j'ai essayé plusieurs fois de contourner, mais non, ce n'est pas possible.

JC/ *Quelles raisons ils avancent ?*

L7/ Soit il n'y a pas de places... Bon, en plus c'est dommage c'est souvent des patients qui sont connus du service. Ou c'était soit... (*réfléchit, hésite*) J'arrive à avoir le médecin en général en plus, mais il m'a dit « ben non, il n'y a pas de place en ce moment, donc il vaut mieux qu'elle passe par les urgences » et d'autres fois on m'a dit « ah non, mais faut lui faire un bilan complet, chose que nous on ne fait, il faut qu'elle soit bilantée ». Alors ça c'est pour le cas psychiatrique. Sinon c'est « ah mais il faut qu'elle soit stabilisée » donc avec bilan complet aux urgences. Donc c'est vrai que parfois je suis un peu dépitée et désolée pour la famille, parce qu'après faut leur dire « bon alors ce sera par les urgences » (*utilise un ton déçu et timide*). Ça m'est déjà arrivé aussi qu'on me dise « on lui garde la

place mais faites-le passer par les urgences ». Non sinon il y a un cas que j'ai eu quand j'étais remplaçante à Pignans où ça s'était bien passé. La patiente était une diabétique déséquilibrée, suivie aussi par l'HAD et pour elle on avait réussi avec son fils, enfin, c'est surtout son fils qui a réussi à l'envoyer à Hyères parce qu'ils la connaissaient et ils ont même accepté pour que son fils puisse partir en vacances. Donc c'est le seul cas où on a réussi sans passer par les urgences. Sinon dans la majeure partie des cas, si tu veux une hospitalisation faut passer par les urgences.

JC/ Tout à l'heure vous disiez « même quand j'arrive à avoir le médecin », parce qu'il vous arrive de ne pas réussir à l'avoir ?

L7/ Oui. Oui bon, en général je fais en sorte de les avoir parce que c'est le seul moyen pour tenter de faire hospitaliser. Bon rien que pouvoir les avoir c'est difficile, ça fait perdre du temps. C'est même un peu stressant. On a la cadre, on nous dit de rappeler... J'arrive toujours à avoir la cadre mais il faut l'aval du médecin. Après ils sont gentils, ils sont corrects, ils renseignent toujours.

JC/ Vous n'avez pas de numéro direct ? Comment faites-vous vos contacts ?

L7/ Non, parfois j'ai un numéro direct, mais ensuite après je suis quand même renvoyée au standard parce qu'il n'y a personne qui répond au numéro du service... Après, pour les numéros, soit le patient est suivi dans tel ou tel service et il a le compte rendu et donc j'appelle sur ce numéro-là, soit je cherche sur internet.

JC/ D'accord. Vous êtes installée depuis peu de temps, il n'y a pas eu lors de l'installation une distribution d'une plaquette de numéros.

L7/ Non ! Ça aurait été super d'ailleurs ! Mais non, non, je me suis fais moi-même mon petit répertoire (me montre un petit carnet dans le tiroir de son bureau). Mais c'est vrai que ça aurait été bien !

JC/ Donc aujourd'hui vous tentez toujours de passer par le service. Mais à force d'avoir des refus est ce que vous n'allez tout simplement pas arrêter de faire l'effort et allez envoyer directement les patients aux urgences ?

L7/ Sincèrement, oui, à un moment donné je risque de faire ça. Surtout que bon, pour l'instant je suis en début d'activité donc ça va. Mais le jour où je serai débordée... Oui ça me fait de la peine de le dire mais oui !

JC/ Alors vous prenez le temps de faire ces démarches parce que l'activité le permet ?

L7/ Oui, puis non parce que parfois je me dis aussi, enfin surtout pour les cas que j'ai eu, ils étaient déjà connus du service, ils y ont déjà été hospitalisés, donc je me dis « autant y rentrer directement » d'autant plus quand le patient est stable, qu'il n'y a pas de geste d'urgence à faire. Donc ce n'est pas tellement par rapport à moi mais plus le fait que le patient est connu du service. D'ailleurs c'est même la famille, ou le patient qui dit « ah oui là je suis suivi ». On me donne le nom, donc je me dis « non quand même là je vais les appeler ». Après le cas du patient qui n'est pas du tout connu d'un service, là je le fais passer par les urgences. Donc voilà si le patient est

connu d'un service j'essaierai au maximum d'appeler le service et de le faire passer directement. Mais j'essaierai au maximum, mais ce n'est pas toujours évident selon les journées...

JC/ Si on doit les lister, selon vous quelles sont les principales difficultés rencontrées pour faire hospitaliser directement le patient ?

L7/ Alors, l'accès difficile au médecin. Le problème de places. Puis il y a aussi le patient, parce que ça aussi le patient qui veut choisir son hôpital... surtout ici c'est Brignoles ou Toulon. Parfois ce n'est pas le patient mais la famille « ah mais je ne veux surtout pas cet hôpital » (*utilise un ton sec, désagréable*). Ils sont catégoriques. Et puis bon, comme moi c'est parfois l'hôpital où je les connais, où j'arrive à... Je suis embêtée, je ne peux pas les envoyer là-bas. Donc je refuse un endroit que je connais, où je sais comment ça fonctionne, pour envoyer vers un endroit que je connais moins. Alors ce n'est pas grave c'est l'occasion de connaître un peu plus aussi... Mais c'est sûr qu'il faut que je fasse AUSSI par rapport au patient ou à la famille !

JC/ Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait apporter comme amélioration pour développer cette filière ?

L7/ Il faudrait peut-être faire... (*réfléchit*) Dans les hôpitaux, il faudrait peut-être qu'il y ait quelqu'un, un médecin, qui ne travaille que pour ça. Un médecin qui fait le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Un médecin régulateur ! Un médecin régulateur qui s'occupe de gérer les hospitalisations et qui nous permettrait de... mais à eux aussi ça leur

permettrait d'éviter le passage par les urgences. Parce que c'est ça qui pose un problème actuellement. Donc oui, un médecin régulateur qu'on puisse appeler peut-être pas 24h sur 24... Mais avec des plages horaires adaptées. Et un seul numéro ! Quitte à ce qu'il fasse tout le département, je ne sais pas, mais qui peut s'occuper des entrées. Et puis s'il n'y a pas de places, il peut aussi me donner une conduite à tenir, un avis gériatrique. Avoir quelqu'un à qui je puisse expliquer la situation, pour avoir un avis, une conduite à tenir pour que je puisse agir du mieux possible... Il faut aussi améliorer le transfert d'informations, je suis sur messagerie de santé et je ne reçois aucun document de sortie là-dessus, c'est encore sur papier, donc je les reçois 3 semaines après.

JC/ Vous avez des contacts privilégiés avec certains hospitaliers.

L7/ Sincèrement, pour le moment, pas encore. Je viens de m'installer, j'étais remplaçante dans d'autre ville. Je commence à peine à me faire connaître. Grace aussi aux rencontres avec les laboratoires quand on fait des réunions, ils me permettent de rencontrer des hospitaliers et c'est très bénéfique pour moi. Par exemple, ne serait-ce que la semaine dernière j'ai rencontré une endocrinologue de Sainte Musse... Voilà ça me fait un contact. La semaine prochaine je vais rencontrer des cardiologues de Hyères. Voilà, les rencontres, les rencontres directes, le fait de les voir, ça facilite tout ça. En congrès aussi, on rencontre d'autres médecins, on discute, et souvent même ils me donnent leurs numéros de portable. Puis si ce sont des spécialistes qui font moitié ville et moitié hôpital pour moi

c'est parfait ! Et c'est souvent grâce aux labos !

JC/ Vous seriez intéressée par des journées de rencontres, d'information de la part des services.

L7/ Oui ça serait bien. En tout cas quand il y en a j'essaie toujours d'y assister. Déjà, pour me faire connaître et puis avoir ce contact-là. Pas forcément leurs numéros personnels. Puis pouvoir échanger aussi sur des cas que j'ai eu, avoir leur avis sur des situations qui m'ont posées problèmes, une idée de la prise en charge.

JC/ Il y a un impact de la localisation de votre cabinet par rapport aux hôpitaux ? Un impact sur la prise en charge ?

L7/ Oui... Non... Non pour l'instant je n'ai pas l'impression que ça agit sur moi. C'est plus la gravité du patient, le cas clinique. Mais non sinon non...

JC/ Que pensez-vous du développement de ce type de filière ?

L7/ Si c'était plus développé ça serait mieux... Pour le patient, pour tout le monde, et aussi pour les urgences ! Même quand je fais le courrier et qu'ils doivent passer par les urgences, je le dis bien que j'ai d'abord voulu passer par tel ou tel service et que je n'ai pas réussi. Et puis eux ça les aide de savoir vers qui j'ai voulu orienter. Donc en gros je m'excuse de l'envoyer et de ne pas avoir réussi à faire autrement.

Entretien libéral n°8

JC/ *Présentation de la thèse, de la vignette clinique. En pratique que faites-vous ?*

L8/ Moi devant ce cas-là, en général c'est par les urgences directement... Enfin... (*hésite*) ça dépend, si le patient est plutôt bien on peut tenter de le laisser au domicile, avec les infirmières, avec la surveillance par les infirmières et par moi et avec des traitements adaptés et se donner peut-être 24 ou 48h pour voir comment ça évolue, pour éviter de l'envoyer aux urgences. Mais c'est vrai qu'après sans passer par les urgences, je ne vois pas comment hospitaliser quelqu'un, c'est compliqué.

JC/ *D'accord. Vous travaillez avec quelles structures ?*

L8/ Ici on travaille avec Brignoles, Aix et Aubagne.

JC/ *Vous me dites « sans passer par les urgences c'est compliqué », pourquoi ?*

L8/ Et bien parce que j'ai déjà essayé ! Et qu'en général quand on appelle dans les services ils nous disent « envoyez le aux urgences, on verra après ».

JC/ *Donc c'est à force d'avoir des refus de leur part...*

L8/ Ah oui ! C'est certain ! Déjà, essayez d'avoir quelqu'un dans un service c'est LONG, alors si en plus c'est pour avoir un refus et recommencer au point de départ... Je ne vois pas trop l'intérêt. Donc en général c'est comme ça que ça se passe.

JC/ *Dans l'organisation avec le patient, la famille, les transports... vous rencontrez des difficultés ?*

L8/ Non. En général non ! Non... Bon après ce n'est pas un cas de figure qui arrive très souvent non plus, de devoir hospitaliser quelqu'un. Moi je ne suis pas de celle qui hospitalise facilement, donc en général c'est vrai qu'on a un bon maillage entre l'infirmier et la famille. Si c'est quelqu'un de très isolé il y a aussi généralement les infirmiers qui sont là. Ce sont nos vrais soutiens finalement, ils nous permettent de bien vérifier que tout se passe bien. Après en dernier recours, ou si la personne est très grave c'est bien sûr une hospitalisation, avec ambulance, ou même pompier ou SAMU mais c'est très rare que je les appelle. Généralement j'appelle les ambulanciers. Sauf si je ne peux pas me déplacer et que... (*se reprends*) enfin ça dépend. Parfois ça peut être quelque chose de pas important, de ne pas très urgent donc on a le temps soit de faire passer l'infirmière, soit on fait régulariser après avec la société de transport, soit sinon on appelle les pompiers. Mais je n'aime pas faire déplacer les pompiers pour rien.

JC/ *Tout à l'heure vous disiez que c'est difficile de joindre un médecin dans un service, que c'est long. Vous avez un contact privilégié ? Reçu un numéro d'appel ?*

L8/ Non. Non...

JC/ *Donc hospitaliser de manière directe dans un service c'est quelque chose que vous ne faites pas...*

L8/ Dans le cadre de l'urgence, non. A moins que ce soit en cardiologie éventuellement. Parfois en cardiologie on arrive à avoir des contacts. Souvent

le cardiologue travaille en milieu hospitalier, et à ce moment-là c'est le cardiologue qui arrive à le faire entrer dans le service. Mais sinon non.

JC/ *Donc ça ne concerne pas la médecine polyvalente ou la médecine gériatrique.*

L8/ Non, c'est plus vraiment pour des patients qui ont d'autres suivis spécifiques, comme l'oncologie.

JC/ *Et pour ces spécialités-là vous avez des contacts ?*

L8/Ah oui, oui. Je vois par exemple pour l'oncologie j'ai systématiquement un numéro. Par exemple à l'IPC ils nous mettent le numéro d'appel pour éviter justement de passer par les urgences pour ces patients fragiles et puis d'avoir un numéro de référent. Mais sinon non, en gériatrie... Alors, ce qu'on a nous ici c'est une structure de court séjour voir de moyen séjour à Nans les Pins. Donc LÀ, ils ont un numéro d'admission ! Et pour des patients qui sont plus sur une problématique d'altération de l'état général... Là, je les fais passer là-bas. Mais voilà, pour éviter les urgences et aussi parce que si je les envoie aux urgences généralement ils les renvoient à la maison... Puis, pour avoir été aux urgences, voir le patient qui arrive et ne pas savoir quoi en faire c'est très compliqué. Donc j'essaie d'éviter ça aux médecins qui sont aux urgences.

JC/ *Avec Nans les Pins, vous avez un contact...*

L8/ Oui, j'ai un numéro d'admission. On tombe sur le service d'admission. On explique ce qu'il se passe. Je n'ai

jamais eu un seul refus. Et à chaque fois ils me prennent le patient dans les 24 ou 48h.

JC/ *D'accord. Donc c'est plutôt du moyen séjour, du SSR, pour des motifs plus chroniques ?*

L8/ Oui voilà ! Exactement. Je ne leur enverrai pas le cas de tout à l'heure avec une pneumopathie. Ce sont vraiment soit des personnes qui ne sont pas en bonne forme, voilà l'altération de l'état général à domicile ça ne va pas, ils ont besoin d'un bilan général et d'être remis sur pied. Soit dans le cadre de la famille qui est là d'habitude et puis-là qui part en vacances ou qui n'est pas là...

JC/ *Pour repos de l'aidant ?*

L8/ Exactement. Donc à ce moment-là, ça leur fait du bien de pouvoir être géré par quelqu'un d'autre.

JC/ *Pour les motifs plus subaigus, quand vous arrivez à avoir le médecin du service et qu'il vous demande finalement un passage par les urgences, il le fait pour quelles raisons ?*

L8/ Je ne sais pas.

JC/ *Il ne le justifie pas ?*

L8/ Non. C'est « envoyez le aux urgences, et puis on le verra derrière ».

JC/ *Donc ici quand vous envoyez aux urgences vous dépendez de Brignoles ?*

L8/ Oui ici le secteur c'est Brignoles, donc les patients vont aux urgences à Brignoles. Sauf bien sûr s'ils ont un suivi particulier dans un service autre, sur un autre centre.

JC/ *Pour avoir rencontré un praticien, je sais qu'ils font des entrées directes. Pas autant que ce qu'ils aimeraient pour tout un tas de raisons, de contraintes qui sont les leurs, comme vous, vous avez les votre en libéral...*

L8/ J'imagine...

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire pour améliorer cette filière ?*

L8/ Ah alors déjà qu'ils nous donnent un numéro de référent, à chaque médecin du coin. Pour éviter qu'on engorge les urgences en cas de besoin ! Si on avait des personnes référentes à contacter, dans chaque service, en leur expliquant les choses correctement, et puis qu'ils nous prennent en considération, ce serait plus simple ! Mais c'est vrai qu'en général... Moi je n'ai pas eu du tout cette information-là. Même sur les courriers qu'on nous envoie depuis les urgences on pourrait alors peut-être nous mettre « dans ce cas-là, veuillez contacter le service » ou une autre personne... Mais non jamais...

JC/ *Vous pensez qu'il y a un manque de communication de l'hôpital ?*

L8/ Ah là... AU-CUNE ! Après quand on a effectivement certains spécialistes, je pense à l'orthopédie, ou en viscéral, là oui, on a des numéros. Mais sinon dans le cadre de la gériatrie, ou la médecine hospitalière, là je n'ai pas en tout cas. Bon moi je ne suis pas là depuis...

JC/ *ça se fait finalement plus facilement avec les spécialistes entre guillemets... bien que la gériatrie soit une spécialité !*

L8/ Oui, oui en général. C'est beaucoup plus simple lorsque le patient est connu du spécialiste.

JC/ *Généralement ces spécialistes ne prennent justement que le patient déjà connu... Pour hospitaliser ils ne prennent pas n'importe quel patient ?*

L8/ Ça dépend... pas forcément. Il y a des spécialistes dont j'ai le numéro, et même pour un patient qu'ils ne connaissent pas, je peux les appeler pour qu'ils les prennent plus rapidement si besoin.

JC/ *Est-ce que la situation géographique du cabinet a un impact sur votre décision d'hospitalisation ?*

L8/ Non, franchement non. Avant j'étais en région parisienne. J'avais un grand choix de structures autour du cabinet. Non, je n'ai pas l'impression que cela change quelque chose. Je pense que c'est plus mon expérience personnelle qui me permet de mieux gérer les situations. Avec les différentes situations auxquelles on est confronté, on apprend, et on voit ce qui nécessite ou pas une hospitalisation. C'est vrai que j'hospitalisais plus avant, par peur de faire mal ou de ne pas assez faire. Voilà, aujourd'hui j'ai plus de recul par rapport à ça. S'il y a besoin d'hospitaliser que ce soit loin ou pas je le ferai, ça ce n'est pas discriminant.

JC/ *J'ai eu l'occasion durant mon internat de passer aux urgences, en médecine polyvalente, et en libéral. La réflexion de la thèse est née du fait que j'ai vu à plusieurs reprises des patients âgés qui auraient pu éviter un passage aux urgences si ce type de filière était développé. Et aussi j'avais la sensation qu'il y avait un manque de communication entre ville et hôpital ...*

Alors c'est parfois utopiste il y a bien sur des choses qu'on ne peut pas faire, ou qui sont difficiles à mettre en place aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

L8/ Bien sûr, la priorité n'est pas de mettre une personne âgée aux urgences, ce n'est pas le but. De toute façon le problème est toujours le manque de places à l'hôpital. S'il y avait une structure avec plus de lits et plus de possibilité d'accueillir, et puis s'il y avait plus de médecins en ville avec plus de médecin qui font plus visites, plus de... Voilà il n'y aurait pas tous ces problèmes. Il y a un manque de moyens GLOBAL, à tous les niveaux donc on se retrouve bloqué dans des situations diverses... mais...

JC/ Vous, personnellement, qu'est-ce que vous pensez de ces filières ?

L8/ ça peut être intéressant, bien sûr, ça peut être tout à fait intéressant ! Après, moi je trouve que ça peut être délicat aussi d'amener directement le patient en hospitalisation, parce que parfois aux urgences, il y a quand même des examens de « débrouillage » qui sont aussi importants pour pouvoir orienter. Par exemple, pour le cas de la pneumopathie, est ce que finalement la pneumopathie c'est le problème particulier du patient ou est-ce que ça ne va pas aggraver son insuffisance rénale qu'il va falloir régler, et orienter le patient en néphrologie. Voilà pour l'orientation...

JC/ Oui bien sûr, et c'est d'ailleurs un argument avancé par les hospitaliers : l'accès plus facile aux examens paracliniques.

L8/ Oui voilà ! Finalement dans le service ça peut être plus long, et mettre plusieurs jours, et finalement

c'est ce qu'on peut faire nous aussi en ville. Donc les urgences bah... Comme parfois les patients qui arrivent à 18h, le soir, avec une suspicion d'appendicite, alors c'est dommage s'ils étaient venus le matin on aurait tout fait, là à 18h je n'ai plus le choix c'est direction les urgences. Moi j'essaie toujours de faire le maximum ICI. Mais si on ne peut pas, on ne peut pas

JC/ Oui il y a une gestion du temps...

L8/ C'est ça ! Ne serait-ce que l'horaire de consultation, ça joue beaucoup sur la prise en charge. Et le jour de la semaine aussi !

JC/ Vous avez un secrétariat qui vous permet de déléguer certaines tâches administratives ou en rapport avec une demande d'hospitalisation, bon de transport ?

L8/ Le secrétariat ne gère que la prise de rendez-vous. Il ne gère rien d'administratif. Je ne délègue rien. C'est sûr que ça prend du temps... Mais ce n'est pas un cas de figure qui arrive très souvent non plus heureusement.

JC/ Depuis que vous êtes installée ici vous n'avez pas vu d'évolution de ces filières d'admission ?

L8/ Je n'ai pas vu d'évolution, non. Je n'ai peut-être pas assez non plus de contact ici. Parce qu'avant d'arriver il y a 4 ans j'étais ailleurs, donc je ne connaissais pas les gens du coin. Et d'ailleurs c'était difficile pour moi au début lorsque les gens me demandaient vers quel spécialiste envoyer. Je ne savais pas quel service spécialisé, quelles urgences, quel spécialiste... Ce n'est pas facile de ne pas faire ses études à l'endroit où on

exerce après. Mais c'est vrai que je n'ai peut-être pas aussi non plus assez de liens qu'avec ce que j'aurais pu avoir si j'avais été étudiante ici. Petit à petit j'arrive à avoir des contacts mais un réseau c'est long à se faire, ce n'est pas toujours facile...

Entretien libéral n°9

JC/ *Présentation de la thèse*

L9/ *(me coupe)* Mais où est ce que vous êtes allée pêcher un sujet de thèse comme ça ?

JC/ *Alors j'ai eu l'occasion durant mon internat de travailler aux urgences, en médecine polyvalente et en médecine libérale. J'ai également fait des remplacements. Et donc il y a des services qui proposent des admissions directes...*

L9/ *(me coupe)* Mais comment vous avez atterri ici, à venir me voir ?

JC/ *Parce que du coup, pour la thèse, j'explore les ressentis et expériences des médecins généralistes du Var. Et donc j'essaie de varier la localité, le sexe, l'âge... Pour avoir des réponses les plus diversifiées possibles*

L9/ Ah, et bien alors quel âge j'ai moi ?

JC/ *Aucune idée mais vous allez me le dire !*

L9/ Non mais je ne vais pas vous le faire deviner parce que par politesse vous allez m'en donner 10 de moins. Mais je peux vous dire que je suis déjà plus âgé qu'il y a 5 minutes !

JC/ *Si vous le comptez en minutes, vous n'allez pas vous en sortir !*

L9/ Bon, je change de dizaine l'année prochaine. J'en ai 59. Voilà

JC/ *Vous exercez depuis combien de temps ?*

L9/ Alors de 92 à 2002 je remplaçais les deux médecins du village ici. Puis je me suis installé en 2003. Avant, de 88 à 92 aussi je remplaçais. Alors quand je me suis installé je n'ai pas eu de mal puisque je les connaissais déjà

tous. Ça faisait 11 ans que je remplaçais ici et au village à côté ! Alors quelles sont les questions ?

JC/ *Il ne s'agit pas réellement de questions, j'en ai quelques-unes de notées pour m'aider à nous recentrer sur le sujet, mais il s'agit plus une discussion. Présentation de la thèse, de la vignette clinique...*

L9/ *(me coupe à nouveau)* Est-ce qu'il y a dans les options l'euthanasie ?

JC/ *Il y a toutes les options, vous êtes libre ! Vous pouvez tout me dire ! (Je poursuis la présentation de la vignette clinique) Que faites-vous en pratique ?*

L9/ Ah c'est les urgences ! De toute façon ce n'est QUE les urgences ! Je n'ai jamais rien envisagé d'autre !

JC/ *Pourquoi ?*

L9/ C'est très simple : si vous essayez de contacter les services les uns après les autres pour savoir s'il y a de la place c'est impossible. Donc c'est les urgences qui font la répartition. Parce qu'une fois qu'il arrive aux urgences, c'est au niveau des urgences qu'ils cherchent un lit disponible. Vous voyez ce que je veux dire ? Souvent vous vous retrouvez avec des services qui ne peuvent plus... Vous l'envoyez par exemple pour un problème de diabétique, il se retrouve en attente en rhumatologie, ce genre de chose. Ce n'est pas évident, on n'a pas le temps de trouver des places dans les hôpitaux. Est-ce qu'on vous donne ce genre de réponse d'habitude ?

JC/ *Oui.*

L9/ Ben, c'est ça. On envoie aux urgences et après c'est eux...

JC/ *Donc vous n'appellez JAMAIS ?*

L9/ Ben ça ne sert à rien. Appeler les urgences ça ne sert à rien, déjà. On est d'accord non ?

JC/ *Ah je ne sais pas... dites-moi... chacun fait...*

L9/ Alors les urgences si j'appelle, qu'est-ce qu'il me dise : « oui envoyez le ».

JC/ *Vous travaillez avec quelle structure ici ?*

L9/ Alors on a beaucoup de chance parce qu'on est équidistant entre Manosque, Aix et Brignoles. Donc on a le choix entre ces trois hôpitaux. Quelque fois Pertuis aussi.

JC/ *Si les pompiers interviennent vous appartenez au secteur de Brignoles ?*

L9/ Oui, normalement c'est Brignoles, mais les pompiers vont aussi bien à Brignoles, qu'à Aix, ou à Manosque. Parce qu'en temps, c'est la même chose. Vous aviez cette notion que nous n'étions pas très loin d'Aix ?

JC/ *Oui, bien sûr, c'est pour ça que je vous posais la question. Donc vous passez uniquement par les urgences parce que vous ne cherchez pas à joindre un service ?*

L9/ Non parce que dans le service souvent ils demandent qu'il soit vu par les urgences.

JC/ *Ce sont les réponses qu'on vous a fait chaque fois donc maintenant...*

L9/ *(me coupe)* Pas chaque fois, parce que maintenant ça fait très longtemps que je n'appelle plus les services. Vous imaginez si chaque fois je devais appeler chaque service... Déjà il faut tomber sur le bon interlocuteur, tomber sur l'infirmière qui sait s'il y a des

places ou pas et ainsi de suite. C'est impossible. On n'a pas le temps !

JC/ *Alors sans parler d'appeler tous les services. Je pensais pour les personnes âgées, à contacter les services de gériatrie ou de médecine polyvalente pour les structures qui n'ont pas de service de gériatrie. Ça fait un peu moins de numéro déjà... Mais vous trouvez que le contact avec l'hôpital est difficile ?*

L9/ Ah oui je trouve ! Je ne les connais pas. Moi j'appelle très rarement les hôpitaux.

JC/ *Pour quelles raisons, par manque de...*

L9/ *(me coupe)* Non, mais parce que techniquement ça demande trop de temps.

JC/ *Vous travaillez sans secrétariat ?*

L9/ Oui. Je travaille sans secrétariat parce que je ne réponds qu'aux personnes qui n'appellent pas. *(Sourit)*

JC/ *(rises) Ah oui comme ça vous êtes tranquille !*

L9/ *(rises)* Non en fait voilà. *(Me montre son téléphone portable)* Là j'ai quasiment tous les numéros de mes patients dans le répertoire de mon smartphone. Et les patients qui se permettent de m'appeler pour me faire faire des ordonnances par téléphone, des trucs comme ça, je ne leur réponds plus. Et je ne réponds qu'aux personnes qui appellent peu déjà. Ou aux personnes fragiles. Donc, je ne réponds que très peu au téléphone. En revanche, sur mon répondeur il y a la date du jour et mes horaires. Et dans la mesure où je passe beaucoup de temps au cabinet, si c'est pour un papier un truc comme ça, ils peuvent

très bien se déplacer ou me mettre un mot dans la boîte aux lettres. Mais j'essaie de faire comprendre aux patients que le téléphone c'est pour les urgences. C'est tout. C'est pour ça que j'ai laissé tomber les rendez-vous. Parce qu'ils me disaient « on ne peut pas vous appeler, comment on fait pour prendre rendez-vous ? ». Effectivement, ils n'ont pas tort. Donc pas de rendez-vous, mais je suis là. Et mettre une secrétaire serait une erreur parce que du coup les patients se permettraient d'appeler pour un oui ou pour un non, et elle, elle va noter : un qui a besoin d'un mot d'absence pour l'école, et lui a besoin de ça, l'autre un mot pour la crèche, un certificat pour le sport... Donc non, là ils viennent ici, et peuvent appeler si c'est urgent. Et puis bon, les personnes qui demandent une visite à domicile sont ceux qui appellent peu et un jour ils ont besoin d'une visite à domicile. Donc voilà, s'ils ont un problème urgent, ils m'appellent et moi je le gère. Je suis là à 7h30. Je suis très occupé. Je ne suis pas débordé, je suis très occupé, c'est très différent, c'est moins fatigant. Tout le monde me plaint mais je n'ai pas à me plaindre. Je prends les choses comme elles viennent. Voyez, vous m'avez appelé je n'ai pas dit non... Où on en était d'ailleurs ?

JC/ On discutait... Donc pour vous le passage aux urgences est une facilité ?

L9/ Oui, mais ça me paraît relativement logique aussi. C'est comme ça que marchent les hôpitaux. Les patients arrivent aux urgences, et puis sont dispatchés.

JC/ Vous n'avez jamais reçu une communication de la part d'un service,

un numéro pour les admissions directes ?

L9/ Non.

JC/ C'est une filière que vous ne connaissez pas ?

L9/ Non. A part la morgue je n'en connais pas d'autres. *(Rires)*

JC/ Pour vous c'est une nouveauté ?

L9/ Ah oui, totalement. Mais ça va se mettre en place ? C'est pour « désaturer » les urgences ?

JC/ Alors... Ce n'est pas que ça va se mettre en place, c'est qu'il y a des services qui le développent. Notamment à Brignoles, ça existe, en médecine polyvalente, ils font des admissions sans passage par les urgences. Alors ce sont des admissions pour des motifs qui ne sont pas urgents, dans le sens où ça ne nécessite pas d'imagerie en urgence, ni d'acte thérapeutique urgent. C'est généralement l'admission qui peut être repoussée au lendemain. Donc oui, ils essayent... enfin ils essayent... Ils ONT une partie de leur activité qui provient d'entrées directes. Certains médecins appellent le médecin hospitalier pour faire entrer le patient à l'hôpital le lendemain, ou le surlendemain... Mais pas tout le monde ne connaît ça...

L9/ Écoutez, moi pour l'instant ça sera les urgences. Je ne peux pas faire autrement.

JC/ D'accord. Pourquoi vous ne pouvez pas faire autrement ? Si vous deviez me lister vos difficultés ce serait... ?

L9/ Parce que d'abord quand j'appelle j'ai rarement une réponse

satisfaisante, « il n'y a personne, il faut rappeler plus tard ». Il n'y a personne, il n'y a pas d'interlocuteur pour gérer ça en fait. Ou bien on me dit « il faut qu'il soit vu par un médecin » voyez, ce genre de chose. Et des médecins, il y en a aux urgences. C'est eux qui décident. Quelques fois j'envoie des patients qui sont renvoyés dans la journée à domicile. Donc en fait c'est au niveau des urgences que se décide l'avenir du patient.

JC/ *D'accord. Donc vous avez une difficulté à les joindre, à avoir le bon interlocuteur ?*

L9/ Oui c'est ça.

JC/ *Vous voyez d'autres choses ?*

L9/ Ben je vois que ça me prend du temps aussi ! Non ?

JC/ *Oui bien sûr, c'est chronophage...*

L9/ Et puis on se casse souvent le nez aussi. On appelle un service il n'y a plus de place, on appelle un autre service et il n'y a plus de place non plus... Je vais en faire combien comme ça ?

JC/ *Donc c'est à force d'avoir des refus, et avec le temps que cela prend, maintenant la voie d'entrée en hospitalisation c'est le passage par les urgences...*

L9/ Mais je trouve que c'est très bien non ? Parce que quelquefois il bénéficie d'un petit bilan aux urgences, qui leur permet de retourner chez eux... Parce que quelquefois on n'est pas sûr de l'indication 'hospitalisation, non ?

JC/ *Oui bien sûr...*

L9/ Donc, quelques fois, une radio des poumons et une NFS pour se rendre

compte que tout va bien, et la personne peut rentrer chez elle.

JC/ *Oui, d'accord. Là imaginons le cas que nous avons évoqué. Finalement la demande d'hospitalisation se fait plus sur le fait qu'il y a une situation médicale aiguë : la pneumopathie ; qui décompense un état plutôt chronique : troubles cognitifs, troubles de la marche. Donc un maintien à domicile difficile sur une pathologie aiguë. Donc là... finalement... l'indication d'hospitalisation...*

L9/ *(me coupe)* Ah mais sinon il y a toujours la possibilité de les adresser dans les ... vous savez, comment ça s'appelle ces centres de convalescence ?

JC/ *Les SSR ?*

L9/ *(perplexe)*

JC/ *Vous pensez à Nans les Pins ?*

L9/ C'est ça ! Bravo ! Ou à Jean Giono à Manosque (*NDLR Clinique SSR gériatriques*).

JC/ *D'accord ! Ça se sont des filières que vous utilisez ?*

L9/ Oui, il y a ça aussi.

JC/ *Vous trouvez que les relations avec les SSR sont plus simples que...*

L9/ Ils ont l'air très motivés pour que les patients soient admis. Alors je ne sais pas pourquoi mais... Je sais que Nans les Pins ça va vite. S'il y a de la place ça peut être bouclé dans la journée ou dans les 48 heures. Et là effectivement il y'a une interlocutrice pour tout l'établissement.

JC/ *D'accord, donc ça, ça facilite...*

L9/ *(me coupe)* Vous avez déjà fait admettre à Nans les pins, vous ?

JC/ Non parce que je n'ai pas travaillé sur ce secteur. Ou alors oui en tant que SSR post hospitalisation.

L9/ ça s'appelle SSR pourquoi d'ailleurs ?

JC/ Soins de Suite et de Réadaptation. Est-ce que vous pensez qu'il y a un intérêt à développer ces filières d'admissions directes ?

L9/ Pas vraiment... Parce que qui va s'en servir ?

JC/ (silence) Vous, les patients...

L9/ Non mais je veux dire... Les médecins vous répondent oui à cette question ? Ou ils ne sont pas convaincus ?

JC/ Parfois oui, parfois non.

L9/ Moi je ne suis pas convaincu du tout.

JC/ Oui, pourquoi ?

L9/ Je pense que... (réfléchit) à ce moment-là... (bafouille) Les urgences, c'est très bien pour faire le tri, non ?

JC/ Oui. Alors du coup, moi, ma réflexion c'est plutôt pour ces patients que vous avez déjà triés. Il n'y a pas de gravité. Ce patient de toute façon il est polypathologique, il a un déclin cognitif, il ne va de toute façon pas aller en réa, pas en soin intensif... c'est un problème aigu, l'infection, qui décompense toutes ses autres comorbidités... Donc 88 ans, c'est de la gériatrie. Ou de la médecine polyvalente dans les structures où il n'y a pas de gériatrie. Autant parfois les urgences peuvent servir à faire le tri, on n'est pas sûr de la gravité et de l'intérêt d'une hospitalisation. Autant d'autres fois on est sûr qu'une hospitalisation est nécessaire, même

de courte durée, parce que la prise en charge au domicile n'est pas faisable. Donc cette filière-là, concerne ce type de patient là.

L9/ Mais qui a imaginé ce type de filière ? C'est votre idée ou ... ?

JC/ Non, non, ce n'est pas mon idée à moi ! Il y a eu déjà des thèses là-dessus, plusieurs services proposent ce type d'admission, et il y a eu il y a plus d'une dizaine d'années des recommandations pour développer un numéro direct en gériatrie pour que les médecins généralistes puissent avoir facilement un contact avec un gériatre hospitalier, pour donner des avis et faire des admissions en évitant le passage par les urgences. Bon, donc c'est une solution aussi pour éviter le passage aux urgences de patients âgés fragiles, ça permet aussi, pourquoi pas, de désengorger un peu les services d'urgences...

L9/ (me coupe) Non, mais à mon avis, ce n'est pas avec ces patients là que c'est engorgé. C'est aussi toutes les personnes qui y vont parce que c'est gratuit. Aussi. Alors ils créent de plus en plus des maisons médicales à côté des urgences. Pour pouvoir les désengorger. Mais au niveau des maisons médicales ils ont souvent des honoraires. Il me semble. Du coup ça peut poser des problèmes pour certains. C'est surtout ces personnes-là qui engorgent les urgences, non ?

JC/ Je ne sais pas... C'est sûrement un tout.

L9/ Parce que par exemple, le samedi, il n'y a plus beaucoup de médecins qui travaillent. Et les patients vont aux urgences.

JC/ *Après, mon sujet est dirigé vraiment plus sur le patient gériatrique, parce que c'est reconnu : un patient âgé fragile, qui va aux urgences et qui reste des heures sur un brancard c'est délétère. C'est plus de confusion, plus de rétention aiguë d'urine, plus de complications... Et certaines études montrent même que ça peut rallonger la durée de séjour derrière. Donc ça a été expérimenté ces filières la... (silence). Brignoles estime à 20 ou 30 % d'entrées directes, Gassin 70%, Toulon 10%.*

L9/ D'entrées directes ?

JC/ *Oui. Sans passage par les urgences.*

L9/ Mais en gériatrie ? (Semble étonné)

JC/ *Oui, ou comme je vous disais, en médecine polyvalente.*

L9/ Ah mais si on sait qu'on doit appeler la gériatrie, ce n'est pas un problème. Moi je pensais qu'il fallait choisir un service, genre pneumologie...

JC/ *Non, non ! Moi je parlais vraiment du patient âgé, comme le cas clinique que je vous ai décrit.*

L9/ Oui ben c'est un peu l'équivalent de Nans les Pins mais au sein de l'hôpital. C'est une filière pour les personnes âgées. Pourquoi pas. Si on sait exactement où on doit appeler, ce n'est pas un problème. Je pensais qu'il fallait dire « tient c'est de la pneumo on va appeler en pneumo ».

JC/ *Non, c'est vraiment pour les patients que vous voudriez faire hospitaliser en gériatrie, ou en médecine polyvalente.*

L9/ Non mais pourquoi pas. Si c'est simple et clair, pourquoi pas.

JC/ *Vous, en tout cas, vous n'avez eu aucune communication de l'hôpital là-dessus ?*

L9/ Non.

JC/ *Et donc depuis que vous êtes installés, lorsqu'un patient a besoin d'une hospitalisation, la seule filière que vous utilisez, c'est le passage par les urgences ?*

L9/ Oui c'est ça. C'est la seule voie d'entrée que je connaisse, pour l'hôpital. Sinon il y a les SSR.

JC/ *Pour les motifs un peu plus chroniques ?*

L9/ Pour que les personnes... je dis ça pour rire, mais ça peut arriver... Pour que les enfants puissent partir en vacances... Vous connaissez ça ?

JC/ *Oui, pour repos de l'aidant.*

L9/ C'est ça.

JC/ *Pour revenir à ces filières-là, qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire pour l'améliorer ou la développer ?*

L9/ Que ça soit simple pour les médecins. Je pense qu'il faut déjà augmenter les capacités d'accueil, pour qu'on ne se casse pas trop souvent le nez avec des refus.

JC/ *A force d'avoir des refus...*

L9/ Ben ce n'est pas la peine d'appeler ! On va directement aux urgences...

JC/ *Vous voyez autre chose à faire ?*

L9/ Mais Gassin c'est un petit hôpital ?

JC/ *Oui c'est une petite structure.*

L9/ Mais ils font beaucoup de gériatrie.

JC/ *Je n'ai pas de chiffres, mais oui j'imagine comme dans beaucoup de service de médecine polyvalente, quand il n'y a pas de gériatrie, la moyenne d'âge est assez élevée... Est-ce que vous pensez que votre position géographique a un impact soit dans votre décision d'hospitaliser, soit dans votre décision de privilégier le passage aux urgences ?*

L9/ Pas vraiment. En ville c'est pareil non ? La distance n'y change rien, non ? Vous voulez dire qu'en étant loin j'ai moins tendance à faire hospitaliser les patients ?

JC/ *Je ne sais, soit moins, soit plus. C'est une question pour laquelle je n'avais pas de réponse... Les critères d'hospitalisation restent cliniques et c'est tout ?*

L9/ Oui et puis il y a un bon réseau infirmier et kiné, donc on peut gérer pas mal de choses à la maison ici. Je m'appuie beaucoup sur les infirmières. Je fais assez peu de visite à domicile... Parce que s'il y a un passage quotidien, voir pluriquotidien, des infirmiers au domicile, finalement quand il y a un problème c'est surtout les infirmiers qui m'appellent, et qui décident si je dois passer ou pas. Je limite pas mal de visite à domicile grâce à eux. Mais je pense qu'ils ont autant d'expérience que moi pour juger de la gravité d'une situation. Donc c'est eux qui déclenchent les visites. Les personnes âgées qui ont des infirmiers au domicile plusieurs fois par jour n'ont presque plus besoin de moi. D'ailleurs quand il y a un problème bien souvent ce sont les infirmiers qu'ils appellent. Et moi, on m'appelle dans la foulée. Et

puis vous savez les infirmiers ont de plus en plus de responsabilités.

JC/ *Oui et ça va probablement encore augmenter.*

L9/ Oui. Nous les médecins généralistes, on est un peu en train d'être mis sur une voie de garage, vous ne trouvez pas ? Vous n'avez pas ce sentiment ?

JC/ *Non...*

L9/ Les infirmières gèrent de plus en plus de problèmes, les hôpitaux aussi... Et nous on est un peu marginalisés.

JC/ *Vous, vous avez cette sensation-là ?*

L9/ Oui, mais ce n'est pas grave je suis en fin de course (*rires*).

JC/ *Non, c'est marrant moi je n'ai pas du tout cette sensation là...*

L9/ Je ne sais pas on nous a enlevé pas mal de chose. Les vaccins contre la grippe ce sont les pharmaciens qui le font. Le suivi diabétique ce sont les infirmières qui le font... Vous n'avez pas remarqué ? Il y a de plus en plus de télémédecine aussi... SOFIA pour les diabétiques tout ça... Et ça va se développer.

JC/ *Je ne sais pas, moi je pense qu'on aura toujours notre place.*

L9/ Qu'est-ce que vous allez faire à court terme ? Vous comptez vous installer ?

JC/ *Je ne sais pas encore, à long terme oui. Mais probablement travailler à l'hôpital pour commencer, justement en service de médecine polyvalente. C'est d'ailleurs pour ça que je me suis intéressée à ce sujet, aux admissions directes. Est-ce que ça a réellement un*

intérêt ? Oui ou non. Si oui, comment le développer ? Comment faciliter la tâche des hospitaliers et des libéraux. Essayer de concilier les deux mondes si on peut dire, parce que les deux ont une organisation, une façon de travailler complètement différente...

L9/ Et les médecins que vous interrogez vous répondent la même chose ?

JC/ Non, et c'est ça qui est intéressant. Il y en a qui ne connaissent pas du tout la filière, d'autres qui l'utilisent beaucoup, d'autres qui a force de refus ont jeté l'éponge...

L9/ Non mais en gros les urgences c'est la solution de facilité pour nous... Vous ne trouvez pas ?

JC/ Oui complètement. Complètement ! Mais justement c'est intéressant de comprendre pourquoi c'est la solution de facilité. Parce que si on arrivait à développer un outil aussi facile...

L9/ Non mais ça ne sera jamais aussi facile que les urgences car on n'a même pas besoin d'appeler !

JC/ Mais si ça ne présente plus qu'une toute petite difficulté mais qu'en contrepartie on arrive à se convaincre que c'est peut-être mieux pour le patient... Peut-être que dans la balance... Si on simplifie plus les choses peut être que pour le bénéfice du patient... voilà. (Silence). Mais bien sûr, bien souvent les urgences représentent la facilité.

L9/ Oui c'est plus facile. C'est ce qu'ils vous disent les autres médecins.

JC/ Pour une partie, oui.

L9/ Ben voilà. Donc ce nouvel outil, il faut convaincre les médecins que c'est quasiment aussi simple que les urgences. Même si on est obligé de donner un petit coup de fil.

JC/ Est-ce que l'intérêt déjà d'éviter un passage aux urgences vous paraît...

L9/ (*me coupe*) L'intérêt déjà des urgences c'est qu'ils font un petit bilan qui permet de renvoyer la personne au domicile. Parfois on n'est pas tout à fait sûr que l'hospitalisation soit utile.

JC/ Dans ces cas-là, pourquoi vous ne le faites pas en ville ce bilan ?

L9/ (*rires*) C'est vrai, vous n'avez pas tout à fait tort.

JC/ Non, mais ce n'est pas une critique, c'est une vraie question...

L9/ Parfois on est coincé par le weekend. Et quelques fois on a du mal à assumer le risque de le laisser à domicile. Du coup s'il est passé par les urgences, ben en gros on s'est déchargé de nos responsabilités. Ou le mardi soir à 19h on n'a pas envie de prendre le risque d'attendre le bilan du mercredi matin. Il y a ça aussi. C'est multifactoriel. Et parfois c'est intuition aussi. Mais je ne vous ai pas dit, en réalité je ne suis pas médecin. Je suis chercheur. Tu sais ce que je cherche ? Les vrais malades. Il y en a très peu. Enfin voilà j'espère que j'ai pu vous aider.

Entretien libéral n°10

JC/ Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?

L10/ Bon en général, sauf s'il est connu d'un service et donc dans ce cas-là j'essaie de l'orienter dans le service dans lequel il est connu. Par exemple ici, en diabète. Sinon moi je l'envoie aux urgences. Sauf si on est dans la journée, moi je travaille avec la médecine à Gassin. Donc je téléphone pour voir s'il y a une place ou pas de place. Si on me dit « non je n'ai pas de place » dans ce cas-là je l'envoie soit aux urgences dans le même hôpital à Gassin, mais ça va poser problème puisqu'il n'y a pas de place soit si c'est possible vers un autre hôpital soit Fréjus, soit Toulon.

JC/ Vous êtes donc amené à travailler avec 3 structures ?

L10/ Oui. Après c'est un peu en fonction de chacun, du patient, ce qu'il préfère. Bon l'avantage des hôpitaux un peu plus éloignés c'est qu'ils ont un plateau plus développé et qu'ils sont entièrement publics. Parce qu'à Gassin c'est une partie privée, une partie publique c'est un peu compliqué. Après ils l'hospitalisent s'ils doivent l'hospitaliser et puis on oriente ensuite sur retour à domicile ou pas.

JC/ Qu'est ce qui va faire que vous allez utiliser les urgences ?

L10/ C'est toujours ce que j'ai dit, moi les urgences, je les utilise si on ne me donne pas une place dans un service. Il faut bien que je la mette quelque part cette personne. Même si ça ne plait pas aux urgentistes, mais il faut bien qu'on fasse quelque chose. Donc moi,

en général, j'essaie d'appeler dans les services. Mais ça, ça marche quand il est 14h, parce que ça à 18h ça ne sert à rien. S'il n'y a pas de place, moi je fais comme ça, aux urgences, et après j'ai envie de dire « il se débrouille ».

JC/ Donc vous joignez quand même en priorité le service ?

L10/ Oui !

JC/ Est-ce que vous rencontrez des difficultés avec le service ?

L10/ Non ce sont des difficultés de places, c'est tout.

JC/ Vous avez déjà eu des refus...

L10/ Refus... ce n'est pas un refus... Le confrère quand il voit que je l'appelle c'est qu'il sait bien que je veux une place, alors s'il me dit qu'il n'y a pas de place, c'est qu'il n'y a pas de place...

JC/ Est-ce qu'on vous a déjà répondu qu'il y avait une place mais en vous demandant d'abord un passage par les urgences ?

L10/ Non... l'avantage du passage par les urgences... Enfin, ils nous demandent un passage par les urgences parce que les urgences c'est l'avantage d'avoir une radio, une prise de sang, qui sont faites et tout de suite, et donc ils restent 2h aux urgences puis montent rapidement dans le service. Voilà s'il y a une radio à faire, là dans ton cas par exemple, une radio à faire pour pneumopathie théorique. Donc en passant par les urgences ils ont le service de radiologie. Mais sinon non, ça n'a pas d'intérêt...

JC/ Vous avez des difficultés pour les joindre ?

L10/ Non... Non pas de soucis.

JC/ *C'est une filière que vous utilisez beaucoup ?*

L10/ Non mais parce que je n'ai pas beaucoup de personnes âgées. Il n'y en a pas beaucoup ici, et je suis là depuis bientôt 6 ans mais en création de patientèle. Je viens d'une autre région ou j'ai été installé pendant 26 ans et j'avais repris une patientèle donc j'avais beaucoup de personnes âgées.

JC/ *Est-ce que depuis votre installation dans la région vous avez vu une évolution de ce type de filière ?*

L10/ Non pas d'évolution mais je l'ai toujours connue ici.

JC/ *Comme l'avez-vous connue ?*

L10/ Par les confrères. Puis on essaye de se faire connaître, de se renseigner. Un jour j'ai eu un cas, j'ai téléphoné et puis j'ai expliqué « voilà je ne sais pas comment on fait, je viens d'arriver » et puis mon confrère m'a dit « vous me téléphonez si on a une place on le prend ». Voilà, aussi simple que ça !

JC/ *Donc vraiment pour vous ce n'est pas une difficulté d'utiliser...*

L10/ *(me coupe)* Ce n'est pas une difficulté... Non l'utilisation est simple ! Mais ça ne veut pas dire qu'ils vont prendre la personne ! Ce qui est le plus compliqué, comme il y a de moins en moins de places, bon enfin moi je n'ai pas eu 50 fois le cas donc ce n'est pas évident de vous répondre, mais s'il n'y a pas de place c'est à moi de me débrouiller. Le contact : c'est facile. S'il y a une place : c'est facile. C'est s'il n'y a pas de places c'est moi qui me débrouille. La difficulté pour moi en tout cas sur ce que j'ai rencontré c'est un problème de places.

JC/ *Du coup, vous, vous retrouvez un peu bloqué à devoir envoyer un patient dans des urgences d'un hôpital qui n'a pas de places...*

L10/ Moi je pars du principe... La première chose pour moi c'est le côté médical. C'est comme ça que je réagis. Pour moi, pas de places dans un hôpital c'est un côté administratif. Donc s'il n'y a pas de places parce qu'il n'y a pas de places c'est tout, il faut bien que je fasse quelque chose de mon patient, alors je l'envoie à l'hôpital. Alors c'est vrai que c'est refiler la « patate chaude » au suivant. Mais aux urgences ils peuvent au moins le garder une nuit, 24 ou 36 heures en attendant qu'une place se libère dans un service. Moi je pars du principe que si on l'hospitalise c'est qu'il ne peut pas rester à la maison, par définition ! Donc s'il ne peut pas rester, c'est qu'il ne peut pas rester ! Donc soit on le garde et on prend tranquillement le temps à la maison d'aller chercher une place à droite ou à gauche. Voilà moi je raisonne comme ça : en numéro un « est ce qu'il peut rester à la maison » oui ou non. Ce n'est pas parce qu'on me dit qu'il n'y a pas de place que je vais me dire « ah ben tient peut-être que finalement il va rester ». Voilà. S'il y a une indication d'hospitalisation ce n'est pas discutable. Sinon on ne fait pas notre travail de soin. Moi j'essaie de les garder à la maison le plus possible. Mais si on décide dans notre tête que c'est une pathologie ou un contexte qui nécessite une hospitalisation c'est à nous de se « démerder » à trouver une place. Ce n'est pas « ah ben il n'y a plus de place je vais le garder à la maison ». Enfin je raisonne comme ça.

JC/ *Par rapport à votre expérience dans le nord...*

L10/ C'est plus compliqué ici. J'exerçais dans l'agglomération lilloise, donc des établissements en veux-tu en voilà. Donc je trouvais toujours une place ! Toujours ! et ici j'ai découvert qu'il faut faire 50km pour aller à l'hôpital. Ça m'a toujours interpellé. Je me rappelle la première fois que j'ai envoyé quelqu'un au CHU, à Nice ! Je me suis dit « mais qu'est-ce qu'il va me dire ». Mais non, les patients partent à Nice comme s'ils allaient au village d'à côté ! Faut dire que là-haut, dans un périmètre de 10 km j'avais tout. Le travail a changé ici. Moi ça m'a interpellé mais ici les gens bougent facilement.

JC/ *Est-ce que votre lieu d'exercice a un impact...*

L10/ (*me coupe*) Moi j'ai toujours essayé de garder les personnes âgées à la maison. Au maximum. Mais comme je vous ai dit, j'ai toujours travaillé comme ça, que ce soit une personne âgée ou pas d'ailleurs : on voit, on essaie de faire un diagnostic puis voir s'il peut rester à la maison. Alors la décision de garder la personne âgée au domicile dépend aussi de son environnement à la maison. Une personne qui vie toute seule, qui est un peu fragile etc. Ça fait aussi parti du tableau clinique. Si on a une même personne qui a un conjoint au domicile qui est en pleine forme et qui peut s'en occuper. Bon ça va faire partie de, pas de l'administratif, mais du médical, c'est le tableau. Donc moi je ne regarde que le coté médical. C'est tout. Une fois que j'ai décidé que la personne, de par sa pathologie, de par son environnement, ne peut pas rester à la maison, ben j'essaye de me débrouiller.

JC/ *Qu'est-ce que...*

L10/ (*me coupe*) Pardon, je vais aller au bout quand même... ça m'est arrivé ici, une fois, vous envoyez une personne aux urgences parce que je n'avais pas trouvé de place en service. Je l'adresse avec un petit mot aux urgences, en disant « voilà, je vous l'adresse parce que je n'ai pas trouvé de place...etc. » Ils font tout bilan. Et effectivement, il y a une petite infection pulmonaire ou autre, mais bon ils décident « cette personne peut vivre à la maison ». Ils ne se sont pas occupés de l'environnement. Ils me l'ont renvoyé à la maison à 1h du matin ! Bon... Donc j'ai téléphoné le lendemain et bon ils m'ont dit « oui elle était aux urgences cette personne... ». Et puis moi, quand on est à la maison on n'a pas tous les éléments, on n'a pas la radio, on n'a pas toujours le bilan. Bon et bien non, il n'y avait pas de place aux urgences, et bien eux ne se sont pas préoccupé de l'environnement et l'ont renvoyé à 1h du matin chez elle. Voilà... c'est... (*grimace*).

JC/ *Oui effectivement, l'environnement, le mode de vie, sont des données très importante en gériatrie...*

L10/ Oui ! Voilà un petit cas. C'est arrivé ici. Bon, je n'étais pas très content. Et l'urgentiste a dit « ben oui, mais bon ». Il n'a pas pris le temps de m'appeler et de me demander s'il pouvait la renvoyer chez elle cette petite dame. C'est UN cas. Heureusement ça n'arrive pas tous les jours, mais enfin je te l'explique parce que ça m'a énervé. C'est arrivé ici il y a un an et demi ou deux ans.

JC/ *Vous avez l'impression qu'il y a*

une mauvaise communication entre l'hôpital et la ville ?

L10/ Ah ! Je pense que... Je le sais parce qu'à Gassin il y a un urgentiste qui fait des gardes et qui est médecin généraliste en ville entre autre. Que j'ai encore rencontré hier soir puisqu'on avait la répartition des gardes. Il réagit différemment qu'un urgentiste hospitalier. Parce qu'il se dit « s'il me l'envoie c'est peut-être parce que... ». Mais les urgentistes hospitaliers seulement, qui ne font pas de la médecine générale de ville sont plus à se dire (*cite en soufflant, en prenant un air exaspéré*) « mais pourquoi vous me l'envoyez, il aurait pu rester chez lui ». Oui mais c'est facile quand on a la prise de sang, la radio, etc... Effectivement, c'est toujours plus facile. Je pense que les urgentistes hospitaliers devraient se dire de temps en temps « bon, il me l'a envoyé, pourquoi ? ». Alors c'est peut-être aussi une erreur de notre part de ne pas mettre toujours sur le courrier l'environnement de la personne. Ça c'est peut-être aussi un peu de notre faute. On ne prend pas le temps de noter sur le courrier que cette personne elle n'est peut-être pas à hospitaliser d'urgence mais que son environnement ne le permet pas. Peut-être. Ça c'est peut-être une erreur. Je le dis, et j'en fais partie, que de temps en temps même souvent on oublie de mettre l'environnement.

JC/ C'est parce qu'il y a cette vision peut être un peu différente avec l'urgentiste que vous vous préférez téléphoner directement dans le service ?

L10/ Non mais les urgentistes sont de bonne foi... Bon, moi j'essaie de me mettre un peu à la place de l'hospitalier

en me disant ... Au début quand je me suis installé je ne faisais pas ça, et puis je me suis aperçu que c'était une bêtise... Dans les deux sens... Des fois on téléphone à l'urgentiste mais « ouai, t'as qu'à l'envoyer et puis voilà » et très souvent par contre l'urgentiste peut dire « merci d'avoir téléphoné, au moins on peut discuter, sur un courrier on ne met pas tout ». Donc moi je prends facilement mon téléphone. Ça se perd de plus en plus. Ça c'est quelque chose dont vous devez vous souvenir, aujourd'hui il y a plein de moyens de communication, des mails, « des machins et des trucs ». Mais il n'y a plus personne qui parle. Le téléphone ... Je ne sais pas si ça existe encore le téléphone. Parfois on me dit « je vous ai envoyé un mail » mais moi je ne passe pas ma journée à regarder mes mails et à répondre. Même si là il y en a un qui arrive, je suis en consultation je ne regarde pas, je regarderai ce soir. Un téléphone c'est simple, on peut discuter. Aujourd'hui je pense qu'il y a un problème de communication même si on a énormément de moyens de communication, paradoxalement on ne communique plus. Donc moi, je suis un peu ancienne génération et je n'aime pas communiquer par mail, SMS ou je ne sais pas trop quoi. Je pense que prendre son téléphone et parler d'un cas c'est beaucoup plus simple que de communiquer par tout ce qu'on a d'autre. Voilà.

JC/ Oui ce sont des démarches qui sont appréciées souvent.

L10/ Voilà.

JC/ L'objectif de la filière d'admission directe c'était de se dire qu'on pourrait peut-être diminuer le recours aux urgences pour les personnes âgées.

Pour celles qui ne nécessitent pas de prise en charge en urgence, essayer que les urgences ne soient pas, pour ces personnes-là, l'unique moyen d'entrer à l'hôpital.

L10/ Ah moi j'aimerais bien. J'aimerais bien !

JC/ *Vous pensez qu'il y a un intérêt à faire ça ?*

L10/ Ah oui, même un très gros intérêt. Moi j'ai toujours dit... Je vois qu'à l'hôpital, je crois que c'est le centre hospitalo-universitaire de Nice, ils nous ont donné un annuaire avec des numéros directs ! Une liste avec des numéros liste rouge réservés aux médecins. Moi, j'ai trouvé ça sympa. Parce qu'avec ça vous avez quelqu'un au bout du fil, parce que sinon vous ne l'avez pas. Donc pour une admission, pour ça c'est intéressant. Ça nous évite de dire « oh moi j'envoie aux urgences après ils se débrouillent ».

JC/ *C'est, selon vous, un outil à développer ?*

L10/ Un outil qui nous permettrait de dire « bon voilà, moi je dois faire hospitaliser quelqu'un ». Pour moi, dans les hôpitaux, il devrait y avoir UNE ligne réservée aux médecins de ville pour les admissions, QUE les admissions, que ça ! Ils l'ont fait au CHR de Lille, donc nous on avait UN numéro, et tous les jours on avait un médecin, régulateur si on peut dire. On téléphonait, on disait « j'ai ça, truc et truc » et c'est lui qui disait « bon, on va l'admettre en gastro » ou « on va l'admettre en pneumo ». Ou bien « non, écoutes ce que tu me dis là... bof... tu vois demain si ça va mieux, sinon tu me rappelles... ». Mais on a quelqu'un qui est de garde tous les jours et qui nous dit ce qu'il se passe,

ou « non ça on ne va pas l'hospitaliser ça ne sert à rien ».

JC/ *Donc ils faisaient des admissions 24h sur 24 ?*

L10/ Directes ! Bon, sauf si entre temps il y avait une nécessité de bilan, donc la en pleine nuit c'était « tu as qu'à l'envoyer aux urgences, il va avoir sa prise de sang, mais nous on réserve un lit, on sait que c'est de la gastro, donc il faut faire le bilan avant mais il passe aux urgences, les urgences font le bilan, vous les prévenez et hop il monte ! ». Ça permettait déjà de savoir qu'il y avait un lit ! Parce que ça ne sert à rien de l'envoyer là si déjà il n'y a pas de lit... Et ça c'était un truc... Voilà, il y avait une ligne directe, avec un type de garde qui avait le point des lits. Parfois c'était un conseil « tu mets ça en route, et puis si demain ça ne va pas mieux tu nous l'envoies. Ils appelaient ça comment déjà ? (*Recherche dans son ordinateur*) Je dois l'avoir encore ce truc... Ah voilà, ils appelaient ça « HOPLINE ». Et soit on pouvait téléphoner, soit on pouvait envoyer un mail.

JC/ *Vous voyez d'autres améliorations qu'on pourrait apporter ? D'autres outils à développer ?*

L10/ Ben... (*réfléchit*) Je ne sais pas... Je ne sais pas... Mais ça c'est déjà pas mal. Et puis avec le mail, tu pouvais même envoyer le bilan. Ça m'est arrivé le matin d'envoyer un mail, parce que je ne voulais pas déranger pour ça, et puis voilà j'avais une réponse ou un appel dans la journée. Sur le mail je disais « voilà j'ai ça et ça ». Bon le mail c'est bien si c'est dans la matinée, parce que faire ça à 18h, je ne sais pas s'il aurait répondu.

Mais une réponse dans le début d'après-midi pour un mail dans la matinée... ça, ça a été mis en route il y a bien 8 ans déjà.

JC/ Oui ça peut être un bon outil. Les urgences sont beaucoup utilisées comme une voie d'entrée à l'hôpital... Certaines structures ont de hauts taux d'entrées directes, d'autres beaucoup moins... Pour tout un tas de raison... Par exemple Gassin fait beaucoup d'entrées directes, Toulon beaucoup moins...

L10/ *(me coupe)* ça reflète ce qu'on a dit. Mais là... Bon là c'était possible, c'est un centre hospitalier universitaire et il y avait je ne sais combien de patients hospitalisés... c'était... Il y avait une personne pour tout, donc c'était rentable. Après si vous avez un petit hôpital je ne sais pas si c'est rentable de mettre un médecin au bout du fil.

JC/ Bien sûr, ce ne sont pas les mêmes moyens.

L10/ Mais ici, que ce soit à Marseille ou à Nice, même si j'ai reçu l'annuaire de Nice, je ne l'ai pas trouvé ça.

JC/ Et sur les structures varoises près de vous, vous n'avez rien reçu ?

L10/ Non. Le réseau on le fait soit même *(rires)*. On appelle une fois, ça ne marche pas, on vous dit que ce n'est pas comme ça qu'on fait, mais comme plutôt comme ça... On se « démerde » *(rires)*. Non mais voilà moi je téléphone toujours à Gassin. Parfois il n'y a pas de place, et qu'est-ce que vous voulez que je vous dise. Mon pauvre confrère s'il n'a pas de place, ben... il n'a pas de place ! C'est un problème on a quand même

supprimé pas mal de lits sur les 20 dernières années quand même.

JC/ Oui et puis il y a le vieillissement de la population...

L10/ Oui ! Bon, c'est pour ça qu'avec moi ce n'est pas le meilleur exemple parce qu'ici la population est en moyenne très jeune. Donc voilà...

JC/ Non, c'est toujours très intéressant d'avoir différents avis. Je vous remercie...

Entretien libéral n°11

JC/ Présentation du sujet

L11/ Quand ce n'est pas urgent, on appelle le service de gériatrie de Draguignan, avec qui on a de bonnes relations et ils nous programment une hospitalisation. Soit brève pour faire un bilan, soit plus complexe. Mais c'est parfois un peu long.

JC/ Le temps pour qu'ils prennent en charge le patient ?

L11/ Oui j'avais appelé une fois pour une patiente, avant de partir en vacances au mois de juillet, je reviens mi-septembre, elle n'avait toujours pas été rappelée pour faire le bilan (*rires*). Bon... je pense que ça a « buggé » à cause des vacances. Mais ça arrive souvent qu'il faille plus de 15 jours pour avoir la possibilité d'une hospitalisation programmée non urgente.

JC/ Donc, c'est plutôt pour des motifs chroniques ?

L11/ Oui réévaluations, trucs comme ça. Après quand c'est aigu, on leur téléphone, ils n'ont pas de place donc c'est par les urgences. On n'a pas tellement le choix. Après il y a sur place les PAERPA.

JC/ Oui ! Vous l'utilisez ?

L11/ Alors très peu. Parce qu'en général on a déjà mis en place toutes les aides, les aides ménagères, les infirmières et tout ça. C'est rare qu'on ait un patient qu'on ne connaisse pas et qui ait besoin en urgence qu'on mette tout en place. Voilà sinon oui à ce moment-là on les appelle. Ils font des évaluations de fragilité qui nous renvoie, voilà là c'est pareil ça passe

par des hospitalisations programmées. Donc la solution en cas d'aigu c'est souvent quand même les urgences.

JC/ J'avais fait, pour introduire le sujet, une petite vignette clinique : « présentation de la vignette clinique ». Que faites-vous en pratique ?

L11/ ça passera par les urgences. On n'arrive plus à avoir un service et programmer une hospitalisation. On n'y arrive plus. Il n'y a plus de lits disponibles en général.

JC/ Vous avez déjà tenté de les appeler ? La réponse est ?

L11/ En général quand on appelle le service, même en urgence... Bon sauf une fois j'avais eu le cas pour un patient, une suspicion de leucémie, ils m'ont dit « bon on programme un myélogramme et puis on verra ». Donc ils ont pris le lendemain le patient pour le myélogramme mais ils n'ont pas hospitalisé le patient. Donc si on veut une hospitalisation il faut passer par les urgences. Bon moi j'utilise le plus souvent Draguignan. On dépend de Draguignan, mais Brignoles c'est pareil. Bon après Toulon c'est plus compliqué...

JC/ Oui j' imagine que le patient ou les familles trouvent ça trop loin.

L11/ Oui c'est compliqué, pour nous le plus proche c'est Brignoles ou Draguignan. Donc voilà.

JC/ Est-ce que vous rencontrez des problèmes pour les joindre ?

L11/ Au téléphone... ça peut arriver mais globalement on y arrive. Ou ils prennent le numéro et nous rappelle. Moi je passe toujours par les standards. Mais par exemple pour la gynéco il existe un numéro unique

qu'ils nous ont donné. Mais c'est peu fréquent et en général on passe par les urgences parce que si on a un doute il faut faire des examens, on ne va pas les faire ici pour qu'ils perdent du temps avant de repartir vers l'hôpital. Donc on va les envoyer aux urgences pour qu'ils aient tout sur place.

JC/ La réflexion c'était de se dire que peut être en améliorant la filière d'admission directe on pourrait peut-être désengorger les urgences...

L11/ Oui, mais il faut des lits, disponibles. Donc s'il n'y a pas de lits disponibles on ne peut pas améliorer cette filière.

JC/ Pour vous, c'est la difficulté numéro une ?

L11/ Ben oui. Parfois ils restent une journée hospitalisés aux urgences, en pas de porte parce qu'il n'y a pas de lits. Donc au moins ils ont les soins adaptés. La prise en charge peut débuter parce qu'au moins ils sont aux urgences. Donc en fait le problème aux urgences est le même. Il n'y a pas de lits donc ça stocke. Donc en fait c'est le nombre de lits disponibles pour hospitaliser quelqu'un en direct ... donc ça n'est jamais possible. Bon alors on peut avoir un coup de bol (*rires*) mais c'est...

JC/ C'est à force de refus par manque de lits...

L11/ (*me coupe*) Ben la réponse c'est « passez par les urgences ». Donc à force on ne téléphone même plus. La dernière fois j'ai eu une patiente de 80 ans qui s'est cassée le col du fémur, elle est tombée dans la nuit, elle est restée par terre et je fais un mot, je dis de quoi elle a été opérée etc... Et je vois le compte rendu, et il y a avait

marqué qu'elle avait une cicatrice thoracique d'intervention inconnue, alors que je l'avais noté ! Ils n'ont même pas lu ma lettre !! A quoi ça sert ?

JC/ Mais ça c'est aux urgences ?

L11/ Oui aux urgences. Visiblement ils n'ont pas lu ma lettre, ce que j'ai écrit.

JC/ Ou le courrier s'est perdu.

L11/ Non, j'ai attendu les pompiers je leur ai remis en main propre. Donc non il ne s'est pas perdu. Donc non ils ne l'ont pas lu (*rires*).

JC/ Finalement, est-ce que si la filière d'admission directe était plus développée, est ce que ça ne faciliterait pas justement la communication ?

L11/ Oui ça faciliterait la communication. Moins d'informations perdues et puis le patient mieux et plus rapidement pris en charge, plutôt que de rester sur un brancard... Voilà ! Ça c'est sûr. Mais quoi faire ? A mon avis il faut des lits disponibles dans les services.

JC/ Vous avez l'impression que malgré le manque de places il y a une volonté de l'hôpital de développer ce type de filière ?

L11/ Non ! Non ! Moins bien qu'avant. Avant on pouvait ! Avant, on téléphonait, on disait « est ce qu'on peut vous envoyer Untel.

JC/ Donc c'était plus facile avant. Vous avez un secrétariat, est ce que c'est une aide pour gérer les hospitalisations ?

L11/ Non c'est un appui ! Si on a besoin de joindre un service, on lui fait faire les numéros. Parce que si ça

sonne « occupé », ce qui est quand même fréquent (*rires*). Parce que tout le monde est occupé. Tout le monde est occupé donc elle appelle et nous les passent ensuite. Heureusement parce que ça prend du temps. Bon quand on est à domicile, bon à ce moment-là on est bien obligé de le faire soit même.

JC/ Donc si on voulait améliorer ce système il faudrait améliorer... donc on a déjà dit la place...

L11/ Oui c'est essentiellement ça. Je ne sais pas ce que vous ont dit les autres mais c'est essentiellement ça...

JC/ Oui, j'ai plusieurs types de réponses mais effectivement c'est quelque chose de récurrent...

L11/ Mais même pour les urgences c'est aussi ça le problème. Ils reçoivent un abdomen aigu, et ils sont obligés de le garder parce qu'il n'y a pas de place en chirurgie. Ou le malade digestif qui va atterrir en cardio parce qu'il n'y a pas de place en gastro... ou l'inverse. Donc il y a clairement des problèmes de lits d'hôpitaux. Et s'il n'y a pas de lit, il n'y a pas d'entrée directe.

JC/ Oui il manque des lits parce que...

L11/ Oh ça c'est politique. Il n'y a pas de lits parce qu'ils en ont supprimé. Et puis la demande augmente aussi. Pas la demande d'hospitalisation. Mais il y a plus de monde... Moi je me souviens que quand j'ai commencé, la personne qui avait envie d'un check up, on pouvait programmer une hospitalisation pour faire un électrocardiogramme, une épreuve fonctionnelle respiratoire, un bilan général, pour deux jours et puis c'était fait...

JC/ Oui... Ce qu'on ne fait plus du tout.

L11/ Impossible ! Impossible ! (*Rires*)
Ça c'est impossible, mais ça existait et on était en mesure de le faire.

JC/ Probablement qu'aujourd'hui on a moins de médecins aussi, on n'était pas en pénurie.

L11/ Non il y a plus de médecin aujourd'hui que ce qu'il y avait avant. Mais il y a plus de monde ! Je pense aussi que l'hôpital a plus de cas lourds. On arrive à mieux gérer, à mieux traiter, donc les cas difficiles qui seraient peut-être morts avant et qui ne le sont plus, et qui sont donc plus fragiles... Avec la longévité. Donc je pense que c'est lié à ça ?

JC/ Vous avez de bonnes relations avec l'hôpital ? Vous les connaissez ?

L11/ Oui de bonnes relations généralement oui ! Après j'en connais une bonne partie mais pas tous. On les a eus.

JC/ Mais vous passez par le standard vous m'avez dit. Ce n'est pas le réseau qui facilite... ?

L11/ Non parce qu'en passant par le standard, on nous passe le service, puis on nous passe le médecin. Donc on arrive à l'avoir, sauf s'il n'est pas là, ou s'il est occupé. Mais globalement on l'a.

JC/ Est-ce qu'à Draguignan ils ont développé des plaquettes d'information ou d'autres moyens de communication pour développer la filière ?

L11/ Alors... Ils avaient fait une plaquette oui... il y a plusieurs années... Je ne sais plus où elle est. Brignoles en revanche donne bien, enfin c'est mieux fait parce qu'ils donnent les consultations, par qui, quand et à quelle heure. C'est un vieux

truc (*sort un papier du tiroir de son bureau*). Mais si j'ai besoin de faire par exemple un électromyogramme, voilà, j'envoie à Dr. X ou à Dr. Y. Je sais qui fait quoi. J'ai qu'un numéro d'appel qui est là (*me montre le numéro en titre du document*). C'est pas mal ! Parce qu'on a toutes les consultations externes à l'hôpital. Ce n'est pas les hospitalisations... Bon c'est vieux ça date de 2010. Je n'en ai pas re-eu depuis (*rires*) Mais la plupart ça n'a pas changé. Donc c'est une bonne méthode d'information. Sinon Brignoles ça marche bien, on a les comptes rendus de sortie sur messagerie sécurisée. Ça c'est bien. Draguignan c'est par courrier et pour certain service c'est très long. Par contre, quand c'est dans le privé, c'est tout de suite... On a la lettre en même temps que le patient, ou on le reçoit par messagerie sécurisée.

JC/ Vous avez près d'ici des centres privés ?

L11/ Oui on a la clinique de Draguignan.

JC/ Ils font des entrées directes ? Vous utilisez avec eux ce type de filière ?

L11/ Oui... Bon, en général on passe par le spécialiste concerné. Par exemple si on a un patient qui décompense sur le plan cardio on va appeler le cardiologue, il va le prendre à la clinique et il va le gérer. Et ils font aussi des urgences, pour la petite traumato. Mais en général je ne vais pas appeler la clinique pour obtenir une place d'hospitalisation mais plutôt le spécialiste concerné pour lui dire « voilà j'ai Mr Untel qui ne va pas bien, je pense qu'il faut l'hospitaliser ». Il va me dire « je le vois, puis je le garde ».

JC/ Vous pensez que ça marche mieux parce que c'est privé ? Ou parce que finalement ce spécialiste-là connaît déjà le patient ?

L11/ C'est plus facile, oui. Parce que par exemple pour la patiente pour qui ça a « buggé » cet été, c'était une patiente qui est connue du service de gériatrie. Donc... je les ai eus sans problème, et ils m'ont dit « dès qu'on a une place on l'appelle ». (*Rires*) Mais ils ont dû manger la commission. Bon après ce ne sont que des humains, ils sont surchargés, donc voilà (*rires*). Et en plus la patiente y est finalement allée et est partie en plein milieu de l'hospitalisation sans faire tous les examens... (*rires*) Non je ne leur en tiens pas rigueur. Puis c'est difficile pour eux, ils sont en sous-effectif, et cette année ils n'ont pas d'interne. Mais bon c'est toujours le manque de lits...

JC/ Oui, puis en même temps ils sont déjà en sous-effectif, alors avec plus de lit...

L11/ Oui ! Il manque de personnel. Il y a des difficultés de recrutement, mais surtout des difficultés d'argent. Et s'ils ont fermé des lits c'est pour que ça coute moins cher. Mais par contre, ils vont bien nommer des administrateurs... On peut aussi envoyer à l'Hôpital du Luc en hospitalisation directe.

JC/ Oui mais c'est plus un SSR ?

L11/ Oui. Un vieux par exemple où la famille doit partir... Bon ça dépend un peu du médecin, mais s'ils ont une place, si on envoie tout le dossier, ils peuvent le prendre.

JC/ Pour un repos de l'aidant.

L11/ Oui mais c'est toujours en programmé. Mais ce n'est jamais en aigu. Et certains médecins ne veulent pas. Il faut que le patient soit passé par la case hospitalisation pour pouvoir l'accepter. Donc parfois on est obligé d'hospitaliser quelqu'un pour qu'il puisse avoir accès au « truc ». Ou alors, le patient refuse la convalescence à l'hôpital et après nous la demande ! Alors là je leur dis « c'est IM-PO-SSIBLE, l'hôpital est prioritaire, vous passerez peut-être dans 6 mois ce sera trop tard ».

JC/ Donc ça, ça peut être un motif qui peut vous amener à envoyer aux urgences ? Ou en service ?

L11/ Ah non ! ça c'est de la convalescence ! Ce n'est pas de l'hospitalisation, il fallait l'accepter avant ! On peut mettre des aides au domicile, on peut aussi faire la demande mais il ne sera pas prioritaire... Voilà. En tout cas, je vous souhaite bonne chance, c'est un sujet difficile.

JC/ Merci, c'est surtout intéressant. Ne serait-ce que de voir le monde hospitalier et le monde libéral, qui parfois s'oppose un peu, parce que les contraintes des uns et des autres sont différentes...

L11/ Oui, mais bon, tout le monde est un peu surbooké et en aigu c'est toujours un peu difficile pour tout le monde. Mais nous, la SEULE solution en aigue c'est de faire passer par les urgences... Après quand c'est programmé... à 2 ou 3 jours près quand c'est semi aigu on peut parfois temporiser un peu, avec les infirmiers, on peut avoir des solutions... mais pas toujours. Donc il peut y avoir un écart entre l'hôpital et la ville... Enfin la ville,

ici... ici on n'a pas beaucoup de moyens de transport, on ne peut pas aller à l'hôpital directement. On est obligé de prendre des VSL. Le bus pour aller à l'hôpital à Draguignan il en faut 2. Donc déjà, il ne faut pas habiter très loin du bus et il faut pouvoir changer de bus, et après 18h il n'y en a pas pour revenir. Donc les transports... c'est quand même un problème. Alors qu'en ville peut être que le patient va consulter un peu plus vite, peut-être qu'il aura moins besoin d'être hospitalisé plus vite que l'autre qui aura attendu avant d'appeler...

JC/ Vous pensez que la localisation même de votre cabinet fait que vous avez plus recours aux urgences ?

L11/ (*hésite*)... Je ne crois pas forcément qu'on va y avoir plus recours mais on peut avoir une population qui va appeler moins vite, qui va attendre un peu plus pour dire « j'ai besoin d'aide ».

JC/ Parce que l'accès aux soins est plus compliqué ?

L11/ Je pense... J'ai peut-être tort... Mais je pense. Voilà ! Eh bien bon courage !! (*Rires*)

Entretien libéral n°12

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique, en pratique que faites-vous ?*

L12/ En pratique qu'est-ce que je fais ? Alors, en pratique, j'appelle les urgences. Enfin je le fais hospitaliser par les urgences. C'est malheureux, ça ne va pas aller dans le sens de votre thèse, mais hospitalisé quelqu'un dans un service en particulier sans passer par les urgences c'est quasi-mission impossible. Surtout quand il y a un caractère un petit peu urgent. Si c'est une admission qui peut être différée d'un jour ou deux on peut essayer de négocier... s'il y a une place qui se libère ou un « truc » comme ça. Mais s'il y a un caractère urgent ça passera par les urgences.

JC/ *Vous dites « quasi impossible », pourquoi ?*

L12/ Parce que 9 fois sur 10, il n'y a pas de place ou il faut attendre qu'une place se libère et on ne sait jamais quand ça va être, donc ce n'est jamais très facile à faire...

JC/ *Et pour les motifs où on peut temporiser un peu... de 24 ou 48 heures ?*

L12/ ça se négocie.

JC/ *Vous travaillez avec quelle structure ?*

L12/ Moi je travaille... Ici, on est un peu à équidistance de Fréjus, Draguignan, Grasse. Donc après, moi j'ai des correspondants que je connais mieux sur les différentes structures... Donc selon les pathologies, je vais me diriger soit vers Fréjus, soit vers Grasse, soit vers Draguignan.

JC/ *Et concernant la gériatrie ?*

L12/ Fréjus ou Draguignan. Parce que là-bas j'ai des correspondants.

JC/ *Que vous connaissez personnellement ?*

L12/ Oui.

JC/ *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? Passer par les urgences représente une facilité ?*

L12/ Non ce n'est pas une question de facilité, c'est quand c'est justifié, qu'il y a un caractère urgent ou tout au moins impérieux à l'hospitalisation. Parce que souvent ça arrive. Ils ne peuvent pas rester à la maison.

JC/ *Et pour les motifs que l'on peut différer ?*

L12/ Pour les motifs différés c'est fonction de la pathologie. Si c'est de la gériatrie, oui, je travaille bien avec Fréjus. J'arrive à avoir une réponse dans la journée... Je sais l'après-midi même s'ils peuvent me prendre le patient le lendemain...

JC/ *Un de postulats de cette thèse était de se dire que peut être, en faisant plus d'entrée directe pour les personnes âgées, on diminuerait le recours aux services d'urgences, et donc on participerait au désengorgement des urgences...*

L12/ *(me coupe)* Ah mais je suis entièrement d'accord avec vous ! Si on arrivait à avoir des voies directes sur la gériatrie c'est sûr que ça éviterait d'envoyer des personnes âgées aux urgences ! Et ce que ça suppose, pour elles, c'est plus facile à vivre ! « Poiroter » 4h aux urgences...

JC/ *Donc vous trouvez qu'il y a un intérêt à développer ce type de filière ?*

L12/ Bien sûr ! Et il n'y a pas que moi qui y trouve un intérêt. Parce que les patients et les familles, des urgences, ils ne veulent pas en entendre parler. Parce qu'ils savent ce que ça veut dire, et comment ça va se passer. Ils savent qu'ils vont passer des heures et des heures sur un brancard à attendre qu'on s'occupe d'eux.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait faire pour améliorer ça ?*

L12/ Je ne sais pas quoi vous dire... Je... (*hésite*) La balle est plutôt dans le camp des hospitaliers, parce que c'est eux qui ont les places, c'est eux qui ont les disponibilités... Nous... à la limite, on serait bien content que ça marche comme ça !

JC/ *D'accord. Et vous, vous ne vous êtes jamais dit « ah non tient je n'appelle pas parce que... »*

L12/ Ah si ! Mais non, mais c'est une autre partie du débat ! L'autre partie du débat c'est que j'essaie d'hospitaliser le moins possible les patients. Parce que j'espère toujours qu'on puisse régler le problème à domicile. Donc moi j'ai la chance d'avoir un service de soins à domicile qui est juste au-dessus, et en plus dont je suis le fondateur, et encore le président. Donc je m'appuie sur ces structures de maintien à domicile. Que ce soit l'aide à domicile dans le cadre du service d'aide, et puis dans le cadre du service infirmier, dans le cadre du SSIAD. Donc ça je m'appuie vraiment énormément dessus. Donc-moi si je peux éviter l'hospitalisation... c'est ma première démarche, c'est évident !

JC/ *Alors quand je demande qu'est-ce qu'on pourrait améliorer...*

L12/ (*Me coupe*) Avoir un correspondant. Il faudrait avoir UN correspondant dans chaque service. Une personne qui soit vraiment responsable et qui puisse dire « voilà on a une place » ou « non on n'a pas de place ». Alors que là, quand on tombe dans un service, on tombe souvent sur l'infirmière qui ne sait pas qui doit demander au médecin, et le médecin lui n'est pas toujours joignable... Il faudrait qu'il y ait UN correspondant privilégié.

JC/ *Vous n'avez pas de numéro direct ?*

L12/ Si ! J'ai le numéro direct du service ! Mais dans le service en fin de compte il n'y a pas une personne qui est vraiment capable de dire... Il y a trop d'interlocuteur. C'est une perte de temps et puis souvent on ne nous rappelle pas, parce que ci ou parce que ça. Ça c'est vraiment un problème.

JC/ *C'est presque un manque de communication entre la ville et l'hôpital...*

L12/ Oui ! Je pense ! Parfois on nous répond clairement « ben faites le passer par les urgences ».

JC/ *Comment ils justifient ça ?*

L12/ Ils n'ont pas de place ou bien ils ne peuvent pas répondre parce qu'ils ne savent pas si un lit va se libérer ou pas. Donc ils disent envoyer le par les urgences si c'est vraiment urgent et puis nous on se débrouillera. Quitte à ce qu'il transite dans un service de pneumo alors qu'il a un problème uro, ou bien qu'il transite en chirurgie parce que c'est le seul lit dans l'hôpital et

qu'il pourra aller en gériatrie le lendemain.

JC/ Vous avez l'impression que pour les motifs aigus ou subaigus, finalement le seul mode d'entrée à l'hôpital c'est les urgences ?

L12/ Ici, c'est souvent comme ça que ça se passe.

JC/ Vous exercez ici depuis combien de temps ?

L12/ Je suis installé ici depuis 30 ans. Avant j'étais à Paris, mais je n'avais pas vraiment une activité de médecine générale.

JC/ Est-ce qu'en 30 ans vous avez la sensation que l'admission directe c'est quelque chose qui s'est développée ? Ou qui au contraire a régressé ? L'évolution dans le temps ?

L12/ Qu'est ce qui a évolué ? (Se questionne, réfléchit) Il y a deux choses qui ont évolué. Il y a d'abord le vieillissement de la population. Moi quand je reçois « mes trucs » de la sécurité sociale en fin d'année, ou au début, je ne sais plus... Quand je vois la proportion de ma patientèle, j'ai 50% de ma patientèle qui a... alors je ne sais plus quelles sont leurs tranches d'âge... Mais je crois que j'ai 50% de ma patientèle qui a plus de 60 ans. Alors ici il y a de nouveaux arrivants, mais il y a un vieillissement de la population ça c'est sûr. Donc ça, c'est un premier point. Le deuxième point c'est peut-être qu'en fin de compte, je ne sais pas, j'ai l'impression qu'on a moins de relation avec les hospitaliers qu'avant.

JC/ Ah oui ?

L12/ Oui... Il n'a pas franchement d'amélioration...

JC/ Parce qu'avant vous vous rencontriez ?

L12/ Avant on pouvait communiquer plus facilement. J'ai vraiment l'impression que maintenant ce sont deux mondes qui roulent en parallèle. Il n'y a pas vraiment de moment où on peut espérer se rencontrer. Pas dans le sens physique mais... J'ai l'impression que l'hôpital est devenu une structure qui est autonome, avec moins de relations avec les professionnels libéraux.

JC/ Oui, et puis il y a un fonctionnement hospitalier qui est foncièrement différent du fonctionnement libéral.

L12/ Oui, absolument.

JC/ J'ai d'ailleurs pu le constater sur certains entretiens, puisque je discute avec les libéraux mais aussi avec les hospitaliers, et il y a parfois des incompréhensions entre les deux modes d'exercice...

L12/ Et vous qu'est-ce que vous ressentez ? Quel est votre vécu par rapport à votre expérience de votre thèse.

JC/ J'ai la sensation qu'il y a souvent un souci de communication, qui vient des deux côtés. Il y a des incompréhensions et parfois même des reproches envers les confrères qui exercent en libéral et inversement. Mais je pense aussi que ceux qui « envoient la pierre » ne connaissent pas forcément le monde de l'autre. Ce sont deux façons de travailler, deux modes d'organisation différents. Quand le généraliste a besoin de l'hôpital, ce n'est pas forcément le moment de la journée où l'hôpital est le plus à même d'y répondre... Bon il y a

des contraintes de chaque côté... Et puis ensuite, le constat c'est que c'est quand même très service dépendant, ou très personne-dépendant...

L12/ Oui ça dépend des structures. Et ça dépend des généralistes. Moi je ne peux pas vous répondre au nom des généralistes, au nom de ma profession. Moi, je vous parle de moi et c'est tout...

JC/ Bien sûr !

L12/ Moi je sais que moi je le fais ! Ces filières je les connais et je les utilise. Je vous donne deux exemples. Bon j'ai créé un service d'aide à domicile et ensuite j'ai créé un service de soins infirmier à domicile et aussi un accueil de jour pour malades présentant des troubles cognitifs. Et dans le cadre de cette création, j'ai passé une convention avec l'hôpital de Fréjus, c'est-à-dire que les patients qui font partis de cette structure en tant que bénéficiaires, s'ils leur arrivent quelque chose pendant les heures où ils sont en accueil de jour, s'il y a un problème de santé on peut les faire hospitaliser avec un accès direct en gériatrie. Mais cette convention je l'ai signée avec la directrice de l'hôpital de Fréjus. Donc j'ai plus de facilité à faire hospitaliser ces patients là que mes propres patients qui n'en font pas partis. C'est marrant... Mais ça je l'ai négocié avec la directrice parce que je voulais un plus sur mon dossier pour passer à l'ARS, pour avoir une validation à l'ARS. Donc pour avoir ce plus, je suis allé voir la directrice de l'hôpital de Fréjus, et on a fait une convention que j'ai signée avec elle. Donc s'il y a un patient qui a un malaise ou un problème aigu pendant les séances à l'accueil de jour, on peut le faire hospitaliser, avec les pompiers ou les

ambulances, et il est admissible, normalement, s'il respecte la convention, directement en gériatrie. Donc c'est faisable ! Parce que moi je l'ai fait ! Mais je l'ai fait dans le cadre d'une structure, je ne l'ai pas fait en tant que praticien.

JC/ Et pour vos propres patients ça ne fonctionne pas ?

L12/ Et bien, j'avais un deuxième exemple à vous donner. C'est l'exemple de mon père. Il a présenté un problème... bon c'est vrai qu'il n'était pas bien... Bon il est aussi au programme d'accueil de jour, mais ça s'est passé tard le soir. Il est parti avec les pompiers parce qu'ils pensaient qu'il avait un problème d'hémorragie interne, finalement ce n'était pas ça... En fin de compte, il a fini en pneumologie, alors que c'était un problème urologique avec une hématurie importante. Moi je n'ai même pas réussi pour mon propre père à le faire admettre en service. On m'a dit « on va le mettre en pneumo parce que c'est la seule place qu'on a ». Et c'est MON père ! La seule chose qu'il a gagné dans l'affaire, c'est qu'en arrivant à Fréjus, il n'a pas trop attendu, il a vite été pris en charge parce que c'est mon père. Donc voilà, j'ai deux cas. Il y a le premier cas, ou je peux faire hospitaliser facilement, dans le cadre de la structure d'accueil de jour, parce qu'il y a une convention, et même si je ne suis pas là. Parce que moi je ne suis que le président. Mais le personnel a l'habilitation de faire hospitaliser directement le patient en gériatrie, si l'hôpital respecte la convention qu'on a passée. Bon voilà ! C'est très bien ! Encore faut-il qu'ils aient de la place... Mais c'est très bien, ça leur évite les 3 ou 4h d'attente aux urgences.

JC/ Vous me parliez de mes ressentis par rapport aux entretiens... Il n'y a pas non plus que le souci de communication. Il est certain, et ça globalement tout le monde l'évoque, il y a un problème de places ! C'est le problème numéro 1, qui complique la vie de tous les acteurs, gériatres, urgentistes et généralistes...

L12/ Ah oui ! Bon moi je ne faisais le procès de personne ! Donc si on doit faire un résumé par rapport à ce qu'on vient de dire : moi l'attitude que j'ai, et que je considère essentielle, c'est d'hospitaliser le moins possible. Ça c'est vraiment... En faisant appel à toutes les structures possibles et imaginables pour pouvoir les soigner au domicile. Il y a deux infirmières libérales à côté, on travaille bien ensemble. Il y a le service de soins infirmier... Tous ces « trucs-là », je m'en sers à fond ! à fond !

JC/ Le fait de vouloir le plus possible soigner le patient à son domicile, est ce que c'est aussi une question d'éloignement par rapport aux structures hospitalières ?

L12/ Non, c'est une question que je pense que si on peut éviter une hospitalisation ce n'est que mieux !

JC/ Vous pensez que votre recours aux services ou aux urgences serait le même si vous étiez en ville ?

L12/ Oui, oui pareil. Je pense que l'hospitalisation, où qu'on soit, doit être réservé aux cas qu'on ne peut pas traiter en ville. Je ne sais pas, je ne peux pas répondre pour mes confrères mais il faut absolument privilégier le domicile. Mais les gens n'ont pas du tout envie d'être hospitalisé.

JC/ Bien sûr. Je me demandais si finalement en bloquant des lits pour les médecins généralistes, quitte à ce qu'à 16h, si les places ne sont pas prises on pourrait les redistribuer aux urgences... Voilà, est ce qu'on ne ferait pas plus d'entrée directe ? Est-ce qu'à force, on pourrait presque imaginer renverser un peu la vapeur et se dire qu'on prend tellement en admission directe qu'il y a moins de personnes âgées aux urgences... donc on désengorge un peu...

L12/ Oui c'est une très bonne réflexion. Après il y a un point sur lequel... Bon, ce que je ne comprends pas toujours c'est la durée d'hospitalisation des personnes âgées. Elle est parfois excessivement longue par rapport à quelque chose qui a été rapidement cerné, la mise en place de la thérapeutique adaptée... Donc je pense qu'à ce moment-là il n'y a pas de raison de faire traîner une hospitalisation parfois.

JC/ Parce qu'il y a beaucoup de problèmes de lits d'aval à l'hospitalisation. La question du retour au domicile est difficile. Et notamment avec les familles... Parfois souvent un problème d'adaptation du domicile...

L12/ Non bien sûr. Mais il y a des patients qui restent à l'hôpital et qui ressortent moins bien que lorsqu'ils sont rentrés... Parce qu'ils sont restés au lit pendant 8 jours, parce qu'on ne les a pas beaucoup levés, parce qu'il n'y a pas assez de personnel... Alors que chez eux il y a l'infirmière, il y a le kiné... Et ils ressortent et nous on a un mal fou à les faire revenir à un état qu'ils avaient AVANT l'hospitalisation ! Je trouve que les hospitalisations en gériatrie sont souvent trop longues...

JC/ *Bien sûr. Mais les gériatres s'en plaignent aussi ! Parce qu'il y a des demandes de SSR qui sont longues à avoir, parce qu'il y a des demandes abusives des familles pour des SSR, pour...*

L12/ *(me coupe)* Ah ben oui c'est sûr ! *(Rires)* Comme ça ils ont 3 semaines pour souffler.

JC/ *Oui c'est sûr !*

L12/ Ah non mais je sais !

JC/ *C'est quelque chose qu'on entend de la part des familles « ah mais il n'est pas aussi bien que quand il est entré ». Bien sûr ! Mais plus on va prolonger l'hospitalisation et moins il sera bien...*

L12/ Bien sûr, je suis entièrement d'accord avec vous. Et c'est un conseil que je donne quotidiennement ! Mais ça, pour les familles, c'est vrai que ce n'est pas évident non plus. Voilà, c'est un constat que je fais en tant que médecin, pour moi, les hospitalisations en gériatrie sont trop longues. Après 9 fois sur 10 c'est un problème qui est facile à gérer. Je veux dire que pour nous, en ville c'est parfois trop lourd. Mais je veux dire, une fois que la structure hospitalière a mis en place un traitement, en 3 ou 4 jours, le patient 9 fois sur 10 il peut sortir ! Et on s'aperçoit que ça dure encore... Après je ne veux pas jeter la pierre aux services d'hospitalisation. Mais après les infirmières au domicile elles râlent « ah mais il a une escarre ici, il ne l'avait pas en rentrant » ou bien « ah mais il ne peut plus se lever, il est complètement grabataire ». Oui il ne s'est pas levé en 10 jours, il était au lit. Donc ça ! C'est du vécu ! Ce n'est pas

jeter une pierre à l'hospitalisation. C'est simplement ce qu'on voit tous les jours.

JC/ *Finalement vous avez l'impression que si on améliorerait la relation entre ville et hôpital, à la fois on pourrait imaginer qu'on simplifierait l'entrée mais aussi la sortie d'hospitalisation ?*

L12/ Oui. Alors ici on est dans une zone prioritaire. Enfin plutôt une zone test, pour le PAERPA. Ici dans l'est varois.

JC/ *Vous l'utilisez ?*

L12/ Je l'utilise. J'ai deux ou trois patients qui sont entrés dans le PAERPA.

JC / *Après est ce que le PAERPA facilite les entrées directes ?*

L12/ Non c'est plus pour les sorties. Mais normalement dans le cadre du PAERPA vous devez avoir un accès direct qui doit être mis en place et qui ne l'est pas. Mais c'est vrai que le PAERPA c'était une bonne idée au départ. Donc c'est vrai que ça fonctionne bien pour la sortie. Mais ça ne fonctionne pas bien pour l'entrée. On n'a rien gagné dans l'affaire.

JC/ *Qu'est-ce qu'on devrait mettre en place ?*

L12/ *(rises)* Ah ben on en revient toujours au même constat ! Il faut qu'on ait un accès direct, même s'il est limité en nombre de places, pour qu'on puisse... enfin je ne sais pas si je peux me permettre de dire un truc comme ça, mais que ça fasse comme un service d'urgence de gériatrie. Voilà. Que dans le cadre de la gériatrie il y ait une permanence qui soit destinée à ce « genre de truc ». Dans les entrées, et puis qu'ensuite on ait une relation...

Mais ça avec le PAERPA on peut espérer que ça s'améliore. Que les gens rentrent plus vite en leur offrant des possibilités d'aides à domicile. Je crois qu'elles ont le droit à 25 heures en sortie d'hospitalisation, et du portage de repas à domicile, et je ne sais plus quoi d'autre. Ce qui laisse le temps de monter un plan d'aide lorsqu'ils n'ont pas un plan d'aide, genre APA ou truc comme ça. C'est ce qu'on fait tous les jours. C'est ce qu'on fait tous les jours par l'intermédiaire de services de soins au domicile. Après il y a le problème des familles que vous avez évoqué et qui est important. C'est vrai qu'il y a des familles qui traînent des pieds... Que quand « l'ancêtre » est à l'hôpital, eux ça leur permet de respirer. Et qu'après ils poussent encore pour qu'il aille en SSR ou un « truc » comme ça pour avoir 3 semaines de « rab ». Ça c'est un paramètre qui nous échappe.

JC/ Dans quel cas allez-vous privilégier un passage par les urgences ?

L12/ Pour la gériatrie toujours ?

JC/ Oui ?

L12/ Il y a des diagnostics qui ne sont pas forcément fait au départ. La personne peut être hospitalisée pour suspicion de « ci ou de ça ». Et on ne sait pas à la limite si c'est du ressort de la chirurgie, ou du gastro. Par exemple pour quelqu'un qui a un syndrome abdominal douloureux, est ce que c'est une colique nephretique, est ce que c'est... On n'a pas toujours les moyens de faire des diagnostics en ville, et les urgences peuvent le dispatcher soit sur une urgence chirurgicale soit sur une urgence médicale. On en revient à ce qu'on disait tout à l'heure. Il y a un

moment où on ne peut pas traiter tout en ville. Parfois même au niveau du diagnostic, on n'a pas les moyens de faire tous les diagnostics. Donc les urgences, là, ont leur rôle.

JC/ Finalement ils ont aussi un rôle d'orientation...

L12/ Oui !

JC/ Donc finalement c'est plus facile de faire une entrée directe lorsque la situation clinique est claire, définie ?

L13/ Oui c'est ça. Sinon les urgences ont leur rôle à jouer. Si on a une appendicite à 80 ans, ou si on a une appendicite à 30 ans, ça reste une urgence chirurgicale. Il faut y aller. Même si j'arrive à gérer les enfants en chirurgie parce que je connais des chirurgiens et j'essaie de me débrouiller pour les faire entrer directement.

JC/ Vous avez l'impression que c'est plus facile de faire des admissions directes avec certains spécialistes, soit chirurgiens, soit spécialistes d'organe ?

L12/ Bon, moi je travaille aussi avec une clinique, à Grasse, que je connais bien, je connais tous les correspondants, des gens avec qui je travaille régulièrement. Donc c'est vrai que ça m'est arrivé d'hospitaliser quelqu'un en clinique, à 20 heures, pour une suspicion d'appendicite. Je veux dire, j'ai appelé directement le chirurgien, sur son téléphone portable, et il m'a dit « ok tu me l'envoies puis je le verrai quand il arrive ». Donc là c'est une organisation particulière, on est dans le monde du privé, de la clinique. On n'est plus dans le même relationnel.

JC/ *Ce n'est pas la première fois qu'on me fait la réflexion du privé, ou du spécialiste...*

L12/ *(me coupe)* Le privé... le privé en fin de compte, ils sont limités eux aussi par le manque de places, mais on a une relation qui est beaucoup plus privilégiée. Je veux dire, moi ça m'est arrivé, je me souviens, il y a quelques années, d'avoir fait entrer un monsieur le 30 décembre ou le 31 décembre au matin. Et le correspondant, c'était un gastro, et il m'avait dit « tu me l'envoies, si on a besoin de le faire opérer et puis si jamais on doit l'opérer et bien tant pis on fera rouvrir le bloc ! », parce qu'à cette période-là le bloc était fermé ! Donc c'est vrai que ça crée une relation. Quand même ! Et le patient le 31 décembre au matin, il est parti, et ça lui a permis de ne pas attendre des heures et des heures, et il a été opéré dans la journée...

JC/ *Pourquoi, selon vous, c'est plus facile avec eux ?*

L12/ Il y a moins de demandes... Il y a beaucoup de gens qui imaginent que la clinique c'est un endroit où... bon c'est vrai que la clinique ne gère pas les urgences, entre guillemets...

JC/ *Oui... Ils ont peut-être plus de place parce qu'ils ont la programmation, et puis finalement ils n'ont pas d'urgences, donc ils ne peuvent faire que des entrées directes !*

L12/ Voilà ! C'est une façon de régler le problème. Donc si eux y arrivent, l'hôpital devrait pouvoir y arriver si on l'hôpital arrive à mieux dispatcher les entrées... Je ne sais pas... Qu'est-ce qu'on vous dit à vous ?

JC/ *Moi je ne sais pas... Et j'ai des réponses qui peuvent être totalement différentes d'un généraliste à un autre. Parce qu'il y en a qui ne connaissent pas du tout la filière d'admission directe, qui ne l'utilise jamais, d'autres qui n'y avaient jamais pensé et se disent que finalement c'est pas mal, d'autres qui ne l'utiliseraient pas... Et puis il y en a qui l'utilise, qui connaissent ce système et qui essaie le plus possible de s'en servir. Mais c'est vrai que cette réflexion là, sur les spécialistes autres, je l'ai déjà entendu, on m'a dit « ah, par contre là quand j'ai un problème cardiologique j'appelle le cardiologue directement et il me le fait rentrer en clinique ». Même exemple avec l'oncologie. Donc dans ces cas-là, ça ne choque personne de devoir décrocher le téléphone et demander une place... Et à l'inverse pour la gériatrie ça semble plus difficile...*

L12/ Bon le cardio c'est un exemple un peu particulier, parce qu'à l'hôpital il y a un service de cardiologie qui est très performant. J'ai eu l'occasion encore de le constater il y a 15 jours. J'ai un patient qui est venu et qui faisait un syndrome de menace dans mon bureau, j'ai appelé le SAMU, j'ai eu le médecin régulateur, les pompiers sont venus le chercher, le SAMU est monté jusque-là. Le type est arrivé à l'hôpital il a été immédiatement ponté, et il doit encore en avoir deux de programmés. Donc pour la cardiologie je sais que je peux appeler l'hôpital... Sinon je travaille avec la clinique de Mougins...

JC/ *On parle beaucoup des difficultés, mais les facteurs facilitants ce type de filière, qu'est-ce que c'est ? La connaissance personnelle, le réseau ?*

L12/ Oui, mais c'est aussi la disponibilité du service ! Le service de

cardiologie, à l'hôpital, jamais ils ne m'ont dit « non on ne peut pas le prendre on est complet ».

JC/ Il y a une question de réponse du service. Finalement à force de refus on baisse un peu les bras...

L12/ Oui, aussi !

Entretien libéral n°13

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique. Que faites-vous en pratique ?*

L13/ Alors nous, en médecine de campagne on ne les hospitalise jamais. Je veux dire, on les traite à domicile. Moi je fais tout au domicile, que ce soit la morphine, les fins de vie, tous les cathéters, avec les nutritons entérales etc. Alors évidemment dans votre « truc » on va prendre l'exemple qu'il est seul au domicile... Et encore même s'il est seul à domicile, pour une pneumopathie... S'il est seul à domicile, avec ces pathologies-là, il va avoir infirmiers à domiciles, les auxiliaires de vie et les aides ménagères. Donc ça veut dire qu'il va avoir tout ce qu'il faut. S'il est un peu déshydraté, moi je vais perfuser et je vais le mettre sous antibiothérapie par voie injectable.

JC/ *D'accord. Donc il y a un impact de la géographie, du lieu d'exercice ?*

L13/ Complètement.

JC/ *En ville vous l'auriez hospitalisé ?*

L13/ Euh... alors en ville je ne connais pas mais je le sais puisque je suis formateur d'internes. Eux quand ils viennent ici, au début, c'est forcément le gros stress parce qu'ils n'ont pas l'habitude de ce genre de « truc ». Mais moi, pour moi ça n'existe pas... Le diabète au domicile je mets l'insuline moi-même... Moi, il y a 20 ou 30 ans j'étais médecin pompier donc on faisait des accouchements ici... Donc, quand j'entends la pneumopathie du papy à domicile, entre guillemet je rigole quoi !

JC / *Alors oui pour la pneumopathie du papy au domicile mais très souvent ça devient un critère d'hospitalisation dès qu'il va être seul et qu'il ne peut plus rester seul parce qu'il est confus, parce qu'il chute...*

L13/ Oui, oui... Mais après, il va falloir voir l'évolution postérieure. Mais pour moi dès qu'ils sont fragiles comme ça, j'ai déjà mis en place toute la structure qui permet d'éviter ça en amont. Pourquoi ? Parce que moi, l'hospitalisation chez la personne âgée... Bon je suis médecin en maison de retraite aussi, j'ai 70 lits là (*pointe son doigt en direction de la maison de retraite*). Donc l'hospitalisation de la personne âgée, en pratique si on peut l'éviter... Parce que c'est catastrophique. C'est-à-dire que la plupart du temps on retrouve les gens au domicile après, ils ont perdu « la boule », donc le maintien au domicile est encore plus difficile ! Donc on n'a rien gagné ! Donc moi déjà par esprit, dans ma façon de travailler, et le lieu où j'exerce... Parce que c'est les gorges du Verdon... Ça veut dire que je fais des visites à Aiguines, autour du lac, carrément dans les gorges... Donc ça veut dire que les gens déjà ne veulent pas. D'ailleurs mon interne actuel est complètement stupéfait quand il voit les gens, souvent d'ailleurs je fais exprès pour les faire marrer, pour lui montrer à lui, je leur dis « alors avec ce que vous avez, vous allez être hospitalisé » et ils me disent « ah non docteur surtout pas ! Qu'est-ce que je vais aller faire à l'hôpital ! ». Parce que sous prétexte d'aider la personne par une structure parce que ça va je pense, la plupart du temps décharger le médecin et le soulager lui-même. Pas toujours, mais dans la majorité des cas. Il y a toujours

des cas où je suis obligé de le faire, mais moi c'est un nombre confidentiel de personnes. Parce que là on dit que le patient n'est pas bien à domicile mais quand il va aller à l'hôpital ça va être un retour catastrophique. L'autonomie que j'ai mis du temps à maintenir, avec les aides que j'ai mis du temps à initier, s'il y a un passage à l'hôpital... Et encore plus un passage à l'hôpital qu'on n'a pas pu avoir direct, ça va être l'hospitalisation temporaire... Il va commencer le premier jour à voir 4 personnes différentes, puis dans le service il va voir 3 infirmières, 3 médecins... Et on va m'appeler, on va me dire « ton patient il a Alzheimer » mais pas du tout ! Moi il n'en a jamais eu à la maison ! Mais il a les troubles de l'hospitalisation.

JC/ C'est d'ailleurs une des raisons qui font que je me suis intéressée à cette thèse. On sait que le patient âgé, s'il doit être hospitalisé, aura un meilleur vécu, et moins de complication à l'être directement sans passage par les urgences...

L13/ Oui moi je partage tout à fait ça ! C'est pour ça que les gens je les hospitalise le moins possible, et quand je les hospitalise j'ai l'avantage d'avoir un carnet d'adresses bien rempli depuis X temps et que je suis très ami avec l'unité de gériatrie et l'unité de gériatrie aiguë... Voilà. Donc quand j'ai besoin d'un bilan spécifique je peux l'avoir... Quand... Voilà ! Mais ils le savent ! Ça veut dire que quand j'envoie un patient, quand il va entrer c'est pour 3 jours, et quand il va rentrer le bilan va déjà être prévu et programmé, on en aura discuté avant et donc quand il va entrer à l'hôpital c'est pour un temps très très court.

JC/ Et en situation aiguë, ça vous est déjà arrivé de contacter le service directement ?

L13/ Ça m'arrive très rarement... Très rarement.

JC/ Et vous n'avez pas rencontré de difficulté pour le faire ?

L13/ Non. Mais c'est un privilège. C'est mon organisation qui fait que. C'est parce que j'estime qu'un médecin de campagne, encore plus qu'un médecin de ville, s'il n'a pas... La médecine ce n'est pas que des médicaments, c'est du social en plus, il y a beaucoup de social, donc il y a une organisation. Il faut être un peu obsessionnel là-dessus. D'accord. Et on ne choisit pas que des médicaments, mais on choisit aussi ses correspondants et les services. C'est-à-dire que, pour donner les meilleures chances à une personne il faut avoir ce carnet, qu'on s'est constitué, avec des gens qu'on a éliminé parce qu'ils ne valent pas le coup... Parce que les gens vous le reproche ! Ça c'est évident ! On a filé un « médoc » qui a donné une allergie ou qui été incompatible avec... On va se faire « pourrir » ! Si on va envoyer dans le service minable, que la mamie va dire « moi je n'y mets plus jamais les pieds » ou que les enfants vont le dire... C'est pareil, c'est notre réputation qui est mise en jeu. Ça me fait dire encore une fois que notre rôle c'est vraiment de sélectionner les services adéquats pour les personnes âgées, dans ce cas, mais pour les autres c'est pareil. Et moi ce correspondant-là, il va pouvoir m'appeler et me dire « voilà ton patient il sort aujourd'hui ». Ils savent que ça se passe comme ça. Il y en a un tout à l'heure qui sort, à qui je vais devoir mettre la pompe à morphine à domicile

parce que c'est un patient âgé avec un cancer, en fin de vie. Mais il sort ! Il ne se pose pas de questions, moi ils m'ont appelé dans l'autre sens, il sort aujourd'hui et ils savent que je me démerde

JC/ *Donc selon vous, votre réseau, c'est le facteur facilitant.*

L13/ Oui.

JC/ *Donc vous n'avez aucune difficulté ?*

L13/ Non, zéro difficulté... Mais par une adaptation qu'il faut bien saisir ! Le réseau, l'organisation. Moi ce que j'ai horreur, et je me bats aujourd'hui avec mes internes pour ça c'est (*prends une ordonnance et fait mine de rédiger un courrier pour les urgences*) « Cher amis des urgences, Madame Untel ne va pas bien, elle est déshydratée depuis quelques jours, prends-la en charge aux urgences ». Et même en filigrane « si tu peux te débrouiller à la placer dans un service ». Voilà ça pour moi on n'a pas fait son boulot. Donc moi, c'est l'inverse de cette pratique par des actions en amont. Ça peut paraître exagéré mais c'est comme ça.

JC/ *Non, ça s'entend ! Ici vous avez une secrétaire, est ce qu'elle facilite vos démarches avec l'hôpital ?*

L13/ Oui bien sûr, elle les appelle et après me passe la personne ! Mais moi directement, quand ça ne marche pas avec elle, moi j'ai tous les portables de mes correspondants, ils ont le mien, et ça se passe comme ça.

JC/ *Vous ne passez pas par les lignes hospitalières.*

L13/ Non dans ce cas, c'est directement avec les contacts.

JC/ *Qu'est-ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer pour favoriser cette filière d'hospitalisation ?*

L13/ C'est justement d'avoir des services de gériatrie... parce que les services de gériatrie maintenant on (*se reprend*) enfin je ne sais pas si c'est partout ailleurs, mais nous on a un service de gériatrie aigüe déjà et en plus on a un service de gériatrie post soins, qui passe à domicile... Donc ce qui veut dire que, j'en reviens donc à ça, que l'action majeure pour modifier ça c'est la relation entre tous ces intervenants. Ça veut dire une coordination ! Donc la coordination c'est ce qu'il manque ! Je vais prendre l'exemple du gars qui envoie son patient le problème c'est qu'il y en a un paquet qui font ça. Or, s'il y avait ce fait de se coordonner entre soignants le problème n'existerait pas ! Rien qu'avec ça on désengorge les urgences. Et même sur le reste de mes patients mais de les envoyer aux urgences ! Même sur ceux-là c'est une catastrophe les urgences. Quand ils vont passer 7 heures aux urgences et qu'ils ressortent, pour beaucoup, avec rien... Mais qu'est-ce qu'on a gagné ? Et pour qui on passe ? Je parle de nous ! Voilà donc j'utilise très peu ce système...

JC/ *Vous pensez qu'en l'utilisant peu, vous l'utilisez à bon escient, et donc on vous répond plus favorablement ?*

L13/ Voilà ! Voilà ! J'allais en venir à ça ! Mais c'est vrai pour tout ce que tu es en train de dire. C'est vrai qu'à partir du moment, où tu ne vas pas solliciter... C'est comme si tu appelais le cardiologue ou l'angiologue toutes les deux secondes parce que soi-disant il va trouver une thrombose

veineuse sur un des dix patients que tu vas lui envoyer... C'est l'histoire de Pierre et Le Loup... Ça va finir que plus personne n'en veut, tu n'es absolument pas crédible. Et ça on en vient à l'indication de l'examen complémentaire. L'indication de l'examen complémentaire... Le problème c'est que moi j'ai vu évoluer la société, maintenant on demande un examen complémentaire pour tout et n'importe quoi ! Et ça n'entraîne pas que le coût ! Ça entraîne l'engorgement de toutes les structures ! Parce qu'il manque un examen de base, médical, et encore une fois une communication avec le patient. L'interroger ! Demander des IRM pour tout et pour n'importe quoi... Moi je me bats avec mes internes pour leur montrer que ce n'est pas ça la médecine. Et pour les patients, j'en reviens au patient, ça a une importance ! Ça leur évite d'aller passer 200 examens pour rien, qui coutent chers, et qui vont les stresser.

JC/ Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une évolution de la filière d'admission directe ? Est-ce que vous avez l'impression qu'on l'utilise plus ou moins qu'avant ?

L13/ On hospitalise plus par les urgences qu'avant. Parce qu'avant, la technique que j'utilise moi et que j'ai toujours utilisé, on l'utilisait. On n'avait pas les lits d'hospitalisation temporaire pour attendre une place. On n'avait pas la surcharge des urgences actuelles, en partie aussi grâce au rôle du médecin de famille. C'est-à-dire que maintenant il y a des cabinets qui sont fermés à des heures... Donc ça va tout aux urgences ! Alors il y a une part de responsabilité des médecins généralistes. Mais il y a aussi une part de non-information ou de profit des

patients. Certains patients vont consulter pour n'importe quoi ! C'est à 3 heures du matin « est ce que je prends ma pilule parce que c'est 3h ». Le gamin qui a de la fièvre depuis 2 jours... Voilà, tout ça n'existait pas il y a quelques années en arrière. D'où l'encombrement des urgences. Et il y en a qui vont aux urgences pour ne pas payer... Voilà ça c'est pour résumer l'ensemble des causes, à mon avis, du problème.

JC/ Ce qui peut vous étonner, c'est que lorsque je pose la question, certains généralistes ne connaissent pas d'autres moyens pour entrer en hospitalisation que celui de passer par les urgences.

L13/ Ah oui. Mais c'est parce qu'ils ne se donnent pas les moyens de le faire.

JC/ Ou parce qu'ils ne le connaissent pas. Certains ne savent pas que ça se fait.

L13/ Oui ! Mais c'est ce que je vous disais... La base du médecin qui est le pivot de la médecine c'est de ne pas avoir que des médicaments et des examens complémentaires à prescrire, mais aussi d'avoir un réseau !

JC/ Mais vous ne pensez pas que le fait d'être peu nombreux en zone rurale, en termes de démographie médicale, vous permet de connaître plus facilement vos interlocuteurs ?

L13/ Non mais moi mes interlocuteurs ne sont pas à la campagne ! Donc ça veut dire que mes confrères de ville sont plus proches d'eux ! Donc ça ne tient pas ça... Ça ne tient pas du tout, au contraire je devrais dire l'inverse... Donc le réseau c'est la principale chose. Et ce n'est pas vrai que pour nos petits vieux.

JC/ *Bien sûr. Et globalement tous les médecins interrogés évoquent le réseau. J'ai aussi pu interroger de jeunes installés et qui reconnaissent que ce n'est pas évident de se créer un réseau. Il ne s'agit pas simplement d'avoir des noms et des numéros.*

L13/ Je répondrais à ça qu'on a tous commencé ! Et que c'est une question de volonté ! Quand on voit que maintenant certains viennent s'installer et ne viennent même plus se présenter... Ils n'en ont rien à « cagner ». Moi je vois, les seuls qui viennent me voir, c'est les spécialistes qui s'installent. Ils savent que je draine beaucoup de gens (*rires*). Mais à l'inverse, qu'est ce qui empêche qu'un jeune médecin prenne un ou deux jours pour se présenter aux spécialistes pour leur dire « voilà je viens te reconcentrer, comment tu travailles, comment je peux te joindre, à quel moment tu travailles ? ». Ça c'est un obstacle que la personne se met elle-même parce qu'elle se cache derrière le petit doigt.

JC/ *Est-ce que vous pensez qu'il y a un intérêt à développer les admissions directes ? A les formaliser ?*

L13/ Alors à les développer oui ! Après on arrive vite à une limite : il faut qu'il y ait de la place ! Après faut aussi anticiper au domicile parce qu'il faut pouvoir libérer des places pour en avoir. Et puis les places en maison de retraite aussi ! Donc voilà il faut anticiper, organiser, prévoir des bilans, communiquer, coordonner. Mais tout ça, ça prend du temps ! C'est chronophage ! C'est pour ça que je disais, pour les jeunes qui s'installent, c'est justement le moment où ils ont moins de moments avec des problèmes chronophage comme dans

mon activité à moi ! Donc c'est un désir de le faire ou de ne pas le faire.

JC/ *Est-ce qu'il n'y a pas un côté générationnel aussi. Souvent j'entends qu'à une époque quand on s'installait, il fallait montrer qu'on faisait bien les choses pour...*

L13/ (*me coupe*) Tout à fait ! Moi, quand j'ai débuté il y a eu des moments où j'avais 4 patients par semaine ! Donc, il fallait faire ses preuves et c'était « du bouche à oreille ». Maintenant, sans racisme, tu installes un roumain sans la même formation que nous, les gens vont y aller. Mais bon, s'il n'est pas bon les gens vont y aller un temps puis vont finalement préférer faire des kilomètres en plus pour avoir mieux. Mais bon c'est vrai que maintenant tu t'installes dans n'importe quel désert en France et c'est bon...

JC/ *Par rapport aux améliorations, vous m'avez parlé surtout du rôle du médecin généraliste, mais est ce que vous voyez des choses que l'hôpital pourrait faire ?*

L13/ Alors eux, je répète mais ils sont limités par les places !

JC/ *Donc vous quand vous adressez un patient âgé aux urgences finalement c'est dans quel cadre ?*

L13/ Pour les situations médicales aiguës et pour lesquelles je ne vais pas pouvoir gérer sans le mettre en danger. Ou parfois, c'est la pression familiale aussi. On a beau avoir, j'allais dire son charisme, et imposer ce qu'on a à imposer, parfois on a des familles tellement stressées que de toute façon on est obligé de le faire. Et moi je fais

le papier cadeau (*le dit en me montrant la feuille sur laquelle il avait mimé la rédaction d'un courrier*) et dans ce cas-là je me dis « tient cette fois-là au moins ça me fera moins d'investissement ». Mais je n'y suis pour rien...

JC/ Et donc dans ce cas-là vous envoyez aux urgences ?

L13/ Oui, mais en précisant bien que c'est à la demande et sous la pression de la famille.

JC/ On vous a déjà fait des refus dans le service de médecine gériatrique aigue ?

L13/ Dans quel cas ? Si j'appelle directement ?

JC/ Oui ?

L13/ Non, si j'appelle directement je vais avoir un créneau disons acceptable. Si c'est un bilan je vais avoir un délai de 15 jours, mais pour un motif non aigu, pour faire un bilan non urgent, chez la personne âgée.

JC/ Et pour la gériatrie aigue ?

L13/ C'est la place ! En aigu, le problème c'est la place ! Donc si en aigu je ne l'ai pas ça va être en recours, le moment où je vais faire l'effort le plus possible pour le garder le temps de... En expliquant à la famille que... Mais là c'est une pratique particulière.

Entretien libéral n°14

JC/ *Présentation du sujet, de la vignette clinique, que faites-vous en pratique ?*

L14/ Alors, bon ça dépend effectivement si c'est le soir à 19 heures ou en début de journée (*sourit*). En général, c'est vrai que j'appelle le service de médecine polyvalente. Après j'ai le numéro de téléphone du Dr X (*cite le nom d'un des praticiens du service de médecine polyvalente*). Ça c'est très pratique parce que généralement elle est très disponible. Je n'ai jamais eu de refus.

JC/ *Donc c'est un numéro direct personnel. Il ne s'agit pas d'un numéro du service ?*

L14/ Non, non c'est un numéro personnel, c'est une copine de promo. Alors avant que je retombe sur elle, j'appelais dans le service et en général ils répondaient favorablement.

JC/ *Le délai pour l'hospitalisation c'est ... ?*

L14/ Alors en temps, c'est en général le lendemain ou le surlendemain. Donc il faut que ça puisse attendre quand même. C'est vrai qu'une pneumopathie, pas bien, 88 ans, tout seul, en général, parfois, je suis obligée de le faire passer par les urgences.

JC/ *Qu'est-ce qu'il va vous faire décider d'un passage par les urgences ?*

L14/ Alors ça m'est arrivé aussi de faire hospitaliser dans la journée. Mais après ce qu'on me répond c'est... s'il y a une place dans l'après-midi à ce moment-là c'est jouable. Après (*liste*

les arguments pour un passage aux urgences) l'inquiétude de la famille ... Effectivement s'il est vraiment tout seul ... S'il y a des signes de détresse respiratoire ... selon les comorbidités...

JC/ *Oui la gravité clinique ?*

L14/ Oui bien sûr...

JC/ *Est-ce que vous avez déjà eu des refus ?*

L14/ Alors non, j'ai toujours été bien reçue en médecine polyvalente. Surtout que bon, j'ai eu des patients, où c'était vraiment un problème social et ils m'ont quand même pris ma patiente. Après... qu'est qu'il y avait... C'est sûr que quand ce sont des patients déments, que la situation traîne, parce que la famille ne veut pas trouver de maison de retraite, parce que c'est compliqué ils ont déjà fait X séjours en maison de retraite et qu'ils ne veulent plus reprendre le patient, effectivement là c'est compliqué. J'ai peut-être déjà eu, mais par la gériatrie de Sainte Musse un refus, en me disant « non mais quand même là ce n'est plus du ressort de l'hôpital il faut trouver une place en maison de retraite, nous on ne fera pas mieux que vous... »

JC/ *Oui, donc là c'était vraiment pour un motif social ...*

L14/ Oui ! Et puis placement parce que c'est quelqu'un qui ne peut plus vivre tout seul. Donc c'est quelque chose effectivement qu'on est censé un peu mieux gérer en ville, mais parfois ce n'est pas facile. Les nécessités d'hospitaliser pour une cause médicale, parce que c'est un peu plus grave, une situation plus précaire, en général ça se fait assez facilement.

JC/ *Donc pour vous c'est une filière qui fonctionne assez bien ?*

L14/ *Oui ! Oui ! Pour moi oui.*

JC/ *Qu'est qui facilite ça selon vous ?*

L14/ *Ah mais c'est le numéro perso pour moi c'est pas mal ! (Rires) Pour moi, ne pas avoir à chercher... voilà, et en général ils répondent toujours ! Et je n'ai quasiment jamais eu de refus !*

JC/ *A priori ce n'est pas le cas pour tout le monde... et du coup je me demandais ce qu'on pourrait améliorer ? Que ce soit du côté libéral ou du côté hospitalier, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer pour faciliter ça ?*

L14/ *Je ne sais pas trop ... (réfléchit) alors... c'est vrai que... je suis en train de réfléchir... Alors une fois ça avait été refusé parce qu'effectivement ça devait être en début d'après-midi, il y avait une place à l'hôpital, mais on m'avait dit de passer par les urgences pour faire le bilan. Le patient n'était pas très bien... Mais on m'avait demandé de passer par les urgences pour les examens complémentaires.*

JC/ *Oui tout à l'heure on parlait déjà de l'impact du moment de la journée où on fait la demande...*

L14/ *Oui, le matin c'est quand même plus facile de programmer les choses. Je peux quand même faire des bilans en externe et puis les transmettre... Est-ce qu'après on pourrait faire un passage plus rapide par les urgences en disant qu'ensuite il y a une place de réservée, qu'il faut juste le bilanter et il est attendu en médecine...*

JC/ *Oui bien sûr bien souvent dans les services ils n'ont pas tous les examens*

paracliniques aussi rapidement qu'aux urgences...

L14/ *Oui tout à fait !*

JC/ *Cette fois-là justement où on vous a demandé le passage par les urgences pour des examens complémentaires...*

L14/ *(me coupe) C'était peut-être 17 heures. Je pense que c'est une question de moment, c'était l'après-midi, et pour moi ça ne pouvait peut-être pas attendre le lendemain.*

JC/ *D'accord. Donc finalement le réseau c'est quand même ce qui vous facilite le plus.*

L14/ *Oui mais je trouve quand même qu'avec l'hôpital là, à priori ils sont bien dans cette idée-là d'accepter facilement les entrées directes.*

JC/ *Est-ce qu'ils ont développé un numéro d'accès direct, sur les comptes rendus ou autres ?*

L14/ *On a les numéros des secrétaires. Mais voilà, je n'ai pas d'autres numéros. Je n'ai qu'un portable. Et après, en revanche les secrétaires en général ça marche... Mais c'est vrai que si c'est après 17 heures...*

JC/ *Vous pensez qu'il n'y a eu que très peu de refus justement parce que vous aviez ce contact privilégié ou bien...*

L14/ *Non, non non ! Avant d'avoir mon contact j'appelais dans le service et ça se passait bien !*

JC/ *On parle du service de médecine polyvalente mais avec le service de gériatrie aigue ça se passe comment ? C'est plus difficile ? Moins utilisé ?*

L14/ *Alors après j'ai appelé peut-être plus pour un problème de placement.*

Donc je comprends que ce soit plus compliqué...

JC/ Vous suivez beaucoup de patients en EHPAD ?

L14/ Oui pas mal ! JC/ Alors pour les patients d'EHPAD comment ça se passe ?

L14/ Alors ça par contre... Si en EHPAD ils ne sont pas bien c'est les urgences en principe. Je n'ai jamais fait rentrer un patient d'EHPAD directement à l'hôpital. Parce que sinon...

JC/ Parce que vous n'avez pas le temps de passer voir le patient en EHPAD quand l'infirmière de l'EHPAD réclame une visite pour un problème aigu ?

L14/ Parfois, parfois oui... Mais sinon ça se gère à l'EHPAD directement. Bon je n'ai pas eu le cas je crois, d'un patient qui n'était pas bien, que j'ai vu et pour lequel j'ai essayé de le faire hospitaliser... Je réfléchis... Mais c'est vrai qu'en EHPAD c'est directement... Je n'ai pas eu trop le cas.

JC/ Mais il y a certaines EHPAD qui ont passé justement des conventions pour ça avec l'hôpital ?

L14/ Alors, oui ! Et le service de médecine de la Clinique du Cap d'Or qui ont passé ce type de convention je crois. Parce qu'il y a un tableau dans l'office avec noté « Cap d'Or, voir avec le Dr Y pour les urgences ». Voilà c'est noté.

JC/ Vous utilisez l'admission directe dans cette clinique ?

L14/ Oui pour les patients qui sont suivis là-bas en général.

JC/ Ce n'est pas le patient « lambda » ?

L14/ Non. C'est celui qui a déjà un suivi en clinique.

JC/ Alors effectivement on me parle parfois des structures privées. C'est vrai que ce n'est pas un sujet que j'ai étudié parce que finalement il n'y a pas d'urgences, et donc l'admission se fait de toute façon de manière directe dans le service...

L14/ Oui directement ou via le spécialiste. Bon là ils ont quand même un service de médecine polyvalente. Alors d'ailleurs, la dernière fois je me suis fait super mal recevoir aux urgences par un des médecins. Un patient qui avait 7,2 d'hémoglobine, qui avait été transfusé deux jours avant, qui avait un carcinome épidermoïde (*mime avec le creux de la main une volumineuse masse cancéreuse sous mandibulaire*), qui ne boit pas, qui ne mange pas, et qui m'appelle en me disant « j'ai des selles noirâtres qui sentent mauvais, je frissonne, je ne suis pas bien, je ne suis pas bien docteur ». Et quand il avait 7,2 d'hémoglobine ce n'est pas lui qui m'avait appelé c'était le laboratoire ! Donc c'était 8 heures du matin, je lui ai dit « je suis désolée je ne peux pas vous voir avant la fin de matinée, je suis au cabinet » et j'ai appelé le 15. Et donc les secours l'ont emmené aux urgences de l'hôpital alors qu'il avait été transfusé deux jours avant à la clinique. Mais bon... Je n'avais pas le temps d'appeler... Et du coup le médecin des urgences m'a engueulé (*prends une voix énervée*) « oui mais il est suivi à la clinique » (*rires*). J'ai appelé, moi-même, pour donner des renseignements sur le patient dans la matinée, et elle m'a jetée ! Voilà ! Elle

m'a dit (*reprend la même voix énervée*)
« oui mais on fait encore de
l'aiguillage ! ». Bon, je n'ai pas plus
cherché à comprendre...

*JC/ Est-ce que vous avez vu en 11 ans
une évolution de l'admission directe ?*

L14/ Je pense que c'est à peu près
pareil.

*JC/ Vous n'avez pas senti de la part
des structures hospitalière un désir de
développer ce type de filière ?*

L14/ J'ai l'impression qu'ils font des
efforts, peut-être plus maintenant...
Après d'un autre côté, je ne sais pas si
ce n'est pas aussi à force de mieux les
connaître... Ça me paraît plus facile.

*JC/ Et vous, dans votre pratique, vous
l'utilisez plus maintenant qu'avant ?*

L14/ Non je ne sais pas, je ne pense
pas...

4. Abréviations

APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CSG :	Court Séjour Gériatrique
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DPC :	Développement Professionnel Continu
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAD :	Filière d'Admission directe
FMC :	Formation Médicale Continue
GIR :	Groupe Iso-Ressource
HAD :	Hospitalisation à Domicile
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA :	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR :	Soins de Suites et Réadaptation
UGA :	Unité de Gériatrie Aigue
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD :	Unités de Soins de Longue Durée

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.

Résumé

Introduction : La circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques recommande de privilégier « l'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences ». L'objectif principal était de déterminer les facteurs limitant l'admission directe des patients âgés dans le Var. L'objectif secondaire était d'identifier des outils pour améliorer la filière d'admission directe.

Matériels : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens individuels, semi structurés. Les participants étaient des médecins généralistes libéraux et des praticiens hospitaliers exerçant dans un service de court séjour gériatrique ou de médecine polyvalente au sein d'hôpitaux publics du Var.

Résultats : 14 médecins généralistes et 9 médecins hospitaliers ont été interrogés entre le 1^{er} octobre et le 20 décembre 2018. La première difficulté rapportée est le manque de communication entre la ville et l'hôpital. Le manque de places, véritable problème multifactoriel, est un critère déterminant l'utilisation ou non d'une filière d'admission directe. Le motif d'hospitalisation apparaît également comme un facteur important et de nombreux médecins déplorent les recours à l'hospitalisation pour des problèmes sociaux. Pour les services d'hospitalisation conventionnelle, les difficultés d'accès aux examens paracliniques justifiaient souvent l'orientation du patient vers le service d'accueil des urgences. Plusieurs propositions sont suggérées pour répondre à ces difficultés. Il s'agit principalement de favoriser la coordination des soins entre ville et hôpital, notamment par le développement de moyens de communication telle qu'une ligne téléphonique directe, et réservée aux médecins généralistes. Diminuer le recours à l'hospitalisation pour les problèmes d'ordre social et faciliter le retour à domicile de la personne âgée limiteraient le problème du manque de places.

Conclusion : La compréhension des difficultés inhérentes à la pratique hospitalière et libérale d'une part, et des difficultés liées à la prise en charge du patient âgé fragile d'autre part, a permis de mettre en évidence les facteurs limitant l'admission directe.

Mots clés : admission directe, sujet âgé, parcours de soin, hospitalisation, médecine générale, gériatrie, filière gériatrique, relation ville-hôpital