



HAL
open science

Déterminants de l'envoi aux urgences de patients gériatriques par le médecin généraliste sous le motif : altération de l'état général

Mathieu Ah-Sing

► **To cite this version:**

Mathieu Ah-Sing. Déterminants de l'envoi aux urgences de patients gériatriques par le médecin généraliste sous le motif : altération de l'état général. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499507

HAL Id: dumas-02499507

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499507>

Submitted on 5 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES
N° 86

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 juin 2019 à Bordeaux

Par Mathieu AH-SING

Né le 19 mars 1988 à Marseille

**Déterminants de l'envoi aux urgences de patients
gériatriques par le médecin généraliste sous le
motif : altération de l'état général**

Directeur de thèse :

Docteur Antoine OSPITAL

Jury :

Professeur Muriel RAINFRAY

Président

Docteur Baptiste LUACES

Rapporteur

Docteur Claire ROUBAUD BAUDRON

Juge

Professeur Philippe CASTERA

Juge

Docteur Marie-Alix GREGOIRE

Juge

Docteur Antoine OSPITAL

Directeur

Remerciements

À Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici toute ma considération et l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être mon rapporteur et d'évaluer mon travail. Je vous remercie sincèrement pour votre réactivité et vos critiques constructives qui m'ont permis d'améliorer mon travail de thèse.

À Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Madame le Docteur Claire ROUBAUD

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Madame le Docteur Marie-Alix GREGOIRE

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci de m'avoir guidé pendant ses six mois d'internat par ta gentillesse et ton enthousiasme pour la gériatrie.

À mon directeur de thèse le Docteur Antoine OSPITAL

Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger ce travail de thèse. Ta disponibilité, ta rigueur et tes remarques pertinentes restent pour moi de précieux atouts qui m'ont permis de réaliser ce travail. Tu as d'ores et déjà mon plus grand respect et toute ma reconnaissance.

À mes parents, pour tous les sacrifices que vous avez faits pour moi et toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Sans vous, je ne serais certainement pas là où j'en suis aujourd'hui. Je vous remercie du fond du cœur.

À ma sœur Marion, pour ta gentillesse et ton dévouement sans pareil auprès de toutes les personnes qui t'entourent. J'ai beaucoup de chance que tu veilles sur moi.

À mes grands-parents, pour leur amour inconditionnel et leur joie de vivre.

À ma tante Ning et tonton François, qui m'ont si bien accueilli et qui ont rendu mon adaptation à la vie métropolitaine d'autant plus agréable.

À Dominique et Gilles, des beaux-parents comme tout le monde en rêve, avec vous on se sent comme chez soi.

À Elsa, Tatiana et Jérémie, ma famille d'adoption capbretonnaise, qui m'ont permis de découvrir la vie à la plage entre sessions de surf et barbecues, on s'y habitue assez facilement !

À Thomas, Sandrine et Morgan, pour qui le terme « famille » prend tout son sens. Merci d'avoir toujours été là dans toutes ces épreuves. Ça va être votre tour bientôt ! Force et espoir !

À Anne-So et Simon, compagnons sportifs entre foot et escalade, votre entrain et votre bonne humeur est contagieuse ! Merci de rendre le Pays-Basque si agréable.

À Xavier, éternel globe-trotter, bilingue autoproclamé et bientôt référent infectiologue de la zone Océan indien. Que du bonheur à toi et Amandine, ta réunionnaise.

À Breubreu et Pierre, amateurs de calembours et jeux de mots en tout genre à connotation ethnique.

À Claire et Roxane, mamans en puissance et victimes collatérales des deux rigolos cités plus haut.

À Charlie et Justine, les incompris de l'organisation.

À **Pauline, Clément** la famille qui regarde toujours plus haut, toujours loin. On attend avec impatience votre nouveau projet.

À **Débo**, relève-toi vite, tant de mains attendent ton retour.

À **Cécile**, avec qui tout à commencer, une amitié qui perdure malgré les années et la distance. Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Nicolas.

À **Émilie**, surfeuse invétérée et toujours de bonne humeur

À **tout le groupe de réunionnais Alex, Jasmin, Charlie, Valou, Crocky, Sagra et tous les autres** pour qui la musique est une bénédiction et la fête un art de vivre. A tous les futurs rhums-cocas et shifoumis en pagaille.

À **Mei, Lisa, Julie**, c'est toujours un plaisir de vous revoir à la Réunion.

À **Gaspard**, grand amateur d'oignons et colocataire d'exception.

À **Olivia, Audrey, Canard, Margaux, Philippine**, merci pour l'accueil bordelais

À **toutes les belles rencontres de l'internat : Chauvot la pince, Vince, Jean-Paul, PO, Simon, Clémence, Odiou, Chauvet, Leire, Camille, Grayon, Steph, Marine, ...**

À **Anaïs**, tu restes ma plus grande fierté. Tous les moments partagés à tes côtés me font grandir chaque jour. Merci pour tout ce que tu m'apportes.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	5
Glossaire	8
Introduction.....	9
Généralités	11
A) Etat des lieux actuels.....	12
1) Une population vieillissante pour les années à venir.....	12
2) Des urgences surchargées.....	13
B) Le vieillissement	14
1) Définition de la personne âgée	14
2) Le concept de fragilité	14
3) Une prise en charge complexe	15
3.1) Particularités du vieillissement pathologique.....	15
3.2) Polypathologie.....	16
3.3) Polymédication.....	17
3.4) « Rentabilité » de la prise en charge.....	17
C) Les urgences : un service inadapté pour les personnes âgées.....	18
D) L’AEG, un terme obsolète et peu informatif	20
E) Objectifs de recherche :	21
Matériel et méthodes.....	22
A) Schéma d’étude.....	22
B) Population d’intérêt	22
C) Elaboration d’un guide d’entretien	23
D) Recueil des données.....	24
E) Analyse des données	25
Résultats.....	27
A) Données sur la population étudiée	27
1) Caractéristiques de l’échantillon.....	27
2) Caractéristiques des entretiens.....	27
B) Résultats de l’étude.....	30
1) Perception du terme AEG par les médecins généralistes	30
1.1) Une définition apprise sur les bancs universitaires.....	30
1.2) Un concept flou et plurifactoriel	30

1.3)	L'importance de la notion de durée	31
1.4)	Troubles nutritionnels	32
1.5)	L'évaluation des fonctions vitales	33
1.6)	Détérioration progressive	34
1.7)	La perte d'autonomie	35
1.8)	Impasse diagnostique.....	35
1.9)	Intuition	36
1.10)	Le contexte environnemental	36
2)	Déterminants incitant le médecin généraliste à hospitaliser aux urgences un patient âgé en situation d'AEG	37
2.1)	Contexte de la consultation/ environnement	37
2.2)	Pathologie(s) associée(s) à l'AEG	43
2.3)	Diagnostic	45
2.4)	La prise en charge thérapeutique.....	46
2.5)	Le patient	50
2.6)	Le médecin.....	56
2.7)	L'équipe paramédicale	64
2.8)	L'hôpital	66
3)	Solutions proposées	67
3.1)	Avis spécialisé rapide	67
3.2)	Des urgences gériatriques	68
3.3)	Améliorer la continuité des soins entre acteurs médicaux	68
3.4)	Meilleure gestion des hospitalisations	69
3.5)	Autres solutions.....	69
4)	Principaux résultats	71
	Discussion	73
A)	Les limites de l'étude.....	73
1)	Population d'étude.....	73
2)	Investigateur.....	73
3)	Réalisation des entretiens.....	74
B)	Les forces de l'étude.....	75
1)	Intérêt de l'étude	75
2)	Méthode.....	75
3)	L'échantillon d'étude.....	75
4)	Analyse des données	76
C)	Comparaison avec la littérature existante	76
1)	Un terme qui n'est plus d'actualité.....	76
2)	Les déterminants d'une hospitalisation aux urgences d'un patient en AEG	77

2.1)	L'importance du non médical dans une situation d'AEG	77
2.2)	Le devenir à court terme	80
2.3)	Une autre manière d'évaluer le patient.....	82
2.4)	L'incertitude diagnostique, un réel frein pour la suite de la prise en charge	83
D)	Perspectives.....	84
	Conclusion	85
	Bibliographie	86
	Annexe.....	90
	Abstract	93
	Serment d'Hippocrate	94

Glossaire

AEG : Altération de l'État Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EMOG : Équipe Mobile Gériatrique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

INED : Institut National d'Études Démographiques

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie

PAERPA : Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

GDS : Geriatric Depression Scale

MMS : Mini-Mental State

AVJ : Activités de la Vie Journalière

MNA : Mini Nutritional Assessment

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Introduction

Avec les années, les Urgences s'affichent comme un moyen d'accès facilité aux soins pour la population générale qui n'hésite pas à y avoir recours quel que soit l'endroit où l'on se trouve en France. Leur activité devient de plus en plus prépondérante avec un nombre de patients qui est passé de 13.6 millions en 2001 à plus de 18 millions en 2012 en France (1) . Beaucoup de recherches sont actuellement menées face à ce flux croissant de passages pour trouver des solutions adéquates à ce problème, notamment autour de la gestion du fonctionnement des urgences, qu'elles soient en amont, en aval ou encore pendant le passage aux urgences.

Dans cette population, une catégorie se démarque tant par sa croissance que par sa complexité de prise en charge, celle des personnes âgées qui représente une charge de travail plus importante pour le personnel soignant. Elle représente un quart de l'affluence totale des urgences avec un taux d'hospitalisation supérieur à 50 % chez les plus de 75 ans (2). Plusieurs facteurs sont souvent intriqués chez ce type de patients (polypathologies, perte d'autonomie, troubles cognitifs et difficultés socio-économiques) et concourent à allonger la prise en charge aux urgences chez cette population fragile.

Parmi les motifs d'admission qui poussent les généralistes à envoyer leurs patients âgés aux urgences on retrouve un motif qui exprime la difficulté du praticien à faire un diagnostic et par la même occasion oriente insuffisamment l'urgentiste dans sa prise en charge : « l'altération de l'état général » (AEG).

Ce terme défini par l'asthénie, la perte d'appétit et la perte de poids, représente un syndrome très utilisé en médecine générale comme motif de recours aux urgences mais qui devient obsolète de nos jours. Selon une étude réalisée en 2008, au pôle urgence du CHU de Clermont Ferrand, l'AEG chez le sujet âgé traduit plus couramment une rupture avec l'état antérieur, liée une fois sur deux à une pathologie aiguë (3). Cela pourrait justifier un recours à l'hospitalisation mais le passage aux urgences est-il vraiment indiqué dans ce cas ?

Ce motif de recours peu informatif entraîne un retard de prise en charge, une perte de chance de survie pour le patient et un coût supplémentaire pour l'hôpital par la surconsommation d'examens complémentaires. Nous nous intéressons dans cette étude aux critères qui incitent

les généralistes à envoyer leurs patients âgés sous le motif AEG aux urgences afin d'analyser si l'indication d'un envoi aux urgences est pertinente et d'en extraire des informations utiles pour une prise en charge plus adaptée.

Généralités

Selon l’OMS, la population mondiale ne cesse de vieillir. Entre 2000 et 2050, la population âgée de plus de 60 ans va doubler passant de 11 à 22 % (4). Un tableau similaire se dresse pour la France et malgré une amélioration de la qualité de vie et des progrès médicaux, les problèmes de santé et de dépendance continuent à se développer.

Cette explosion démographique implique des adaptations rapides et efficaces de notre système de santé actuel au vu des enjeux que va représenter le vieillissement dans l’avenir (5). En effet, l’hôpital reste un espace de soins performant pour les pathologies ciblées mais son cloisonnement par spécialité rend plus compliqué la prise en charge des personnes âgées qui demandent souvent une approche globale. Les services de médecine polyvalente ou les services de gériatrie tendent à limiter ce problème mais leur nombre reste encore insuffisant.

Au niveau des urgences, la « vague grise » participe fortement à la surcharge de ces services. Des restructurations telles que les cellules de coordination gériatriques ou encore la création d’équipes mobiles gériatriques (EMOG) ont pour objectif d’enrayer ce phénomène. En amont, des progrès sont également en cours et des structures comme l’hospitalisation à domicile permettent au généraliste de fournir aux personnes âgées des recours permettant d’éviter les hospitalisations à répétition. Des efforts restent néanmoins à fournir pour la coordination entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière.

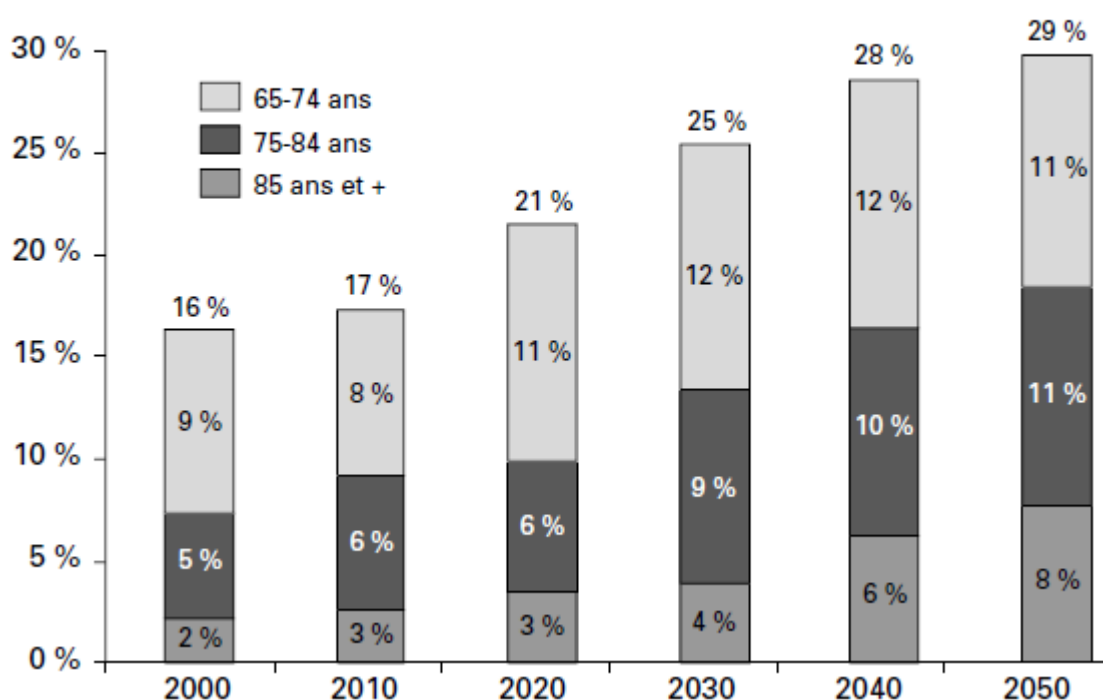
Le terme d’AEG, motif fréquent d’hospitalisation aux urgences, illustre à lui seul les difficultés de prises en charge de la personne âgée et de continuité des soins ville-hôpital. Témoin d’une dégradation de l’état du patient, l’AEG ne fait état d’aucun diagnostic particulier et laisse l’urgentiste à court d’arguments pour orienter sa prise en charge. En définitive, il s’en suit une consommation excessive de temps et d’examens qui embolissent les urgences. Mieux cerner les déterminants qui amènent le généraliste à utiliser ce terme pourrait permettre d’adapter l’offre de soins aux différents besoins sous-jacents à cette dénomination.

A) Etat des lieux actuels

1) Une population vieillissante pour les années à venir

Depuis le 1^{er} janvier 2019, la France compte 67 millions d'habitants et la part des 65 ans et plus ne cesse d'augmenter (6). Ils représentent 13,4 millions d'individus c'est à dire un cinquième de la population à l'heure actuelle et d'après un rapport de projection de l'INSEE, ils pourraient représenter près d'une personne sur trois en 2050 (7). Concernant les 75 ans et plus (âge moyen à partir duquel les problèmes de santé commencent à se manifester), ils constituent à eux seul 9 % de la population française et ils pourraient passer à 19 % en 2050 (8).

Figure 1 : Projection de la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale



Source INSEE (8)

Parmi les facteurs expliquant le vieillissement de la population, on retrouve une diminution du nombre de naissances depuis 4 ans (818 000 naissances en 2015 contre 758 000 en 2018) due à une baisse du nombre de femmes en âge de procréer et une diminution de la fécondité (6). Il faut y ajouter une baisse de la mortalité depuis la période d'après-guerre et une génération issue du baby-boom (personnes nées entre 1946 et 1975) qui commence à rejoindre la

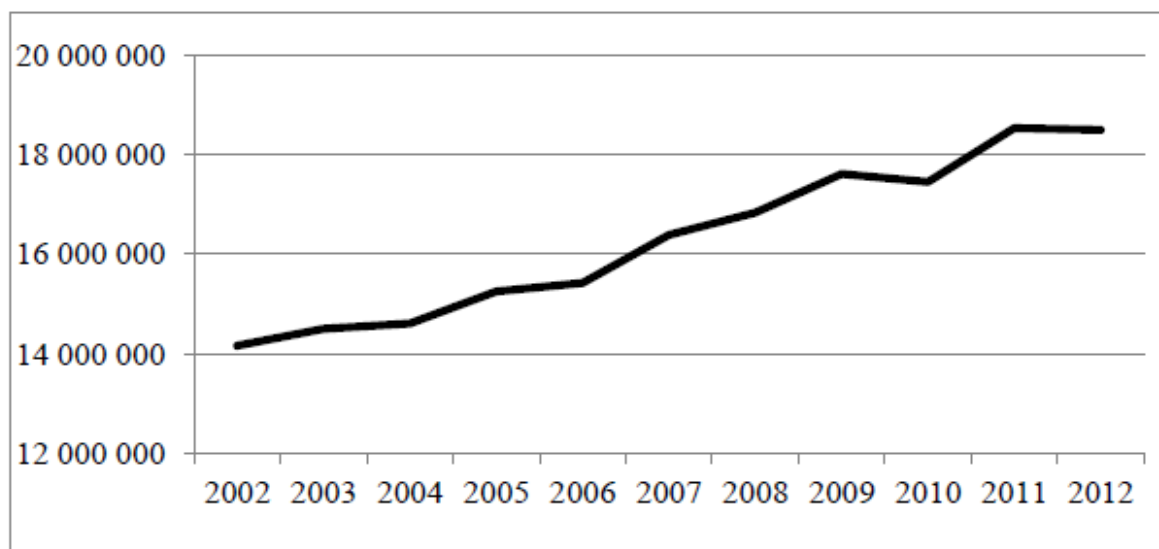
catégorie des plus de 65 ans. L'espérance de vie est majorée dans cette classe grâce à une meilleure hygiène de vie et des progrès majeurs dans le domaine médical (9).

Les générations futures arrivent donc au stade de la vieillesse pour une plus longue durée ce qui entraîne par la même occasion le risque de voir croître à long terme une proportion de personnes âgées en situation d'incapacité avec de multiples pathologies (10).

2) Des urgences surchargées

D'après un rapport de la sécurité sociale de 2014, la fréquentation des urgences a doublé entre 1990 et 2001 passant de 7 millions à 14 millions pour atteindre 18,4 millions en 2012 (2) et 21,2 millions en 2016 (11). Les personnes âgées y tiennent une place importante puisqu'en 2002, les plus de 75 ans constituaient 8 % de la population totale alors qu'ils représentaient 12 à 14 % des passages totaux aux urgences (12).

Figure 2 : Evolution du nombre de passages aux urgences de 2002 à 2012 (suivis ou non d'hospitalisation) (2)



Source : DREES, Statistique d'activité des établissements (SAE)

Ces services d'urgence mis en place pour traiter des cas médicaux à caractère urgent deviennent avec le temps des lieux banalisés pour les patients « habitués » et les consultations non-urgentes. Mais la principale cause de surcharge est due à une difficulté à hospitaliser les patients en aval et qui malheureusement s'accroît avec l'âge comme le montre l'étude de Hodgins et Al. (13) où un âge supérieur à 65 ans semble être associé à une plus longue durée

d'attente d'hospitalisation dans le service des urgences. Une enquête de la DREES relate que 20 % des hospitalisations pour les personnes âgées ont nécessité plus d'un appel de l'équipe soignante et que, pour 10 % d'entre elles, le délai pour obtenir un lit a dépassé les 4 heures (1).

B) Le vieillissement

1) Définition de la personne âgée

Initialement établie à partir de 65 ans, la notion de personne âgée a évolué au fil du temps avec l'allongement de l'espérance de vie et une meilleure santé chez les jeunes retraités. De plus en plus d'ouvrages tendent à reculer ce seuil à 75 ans, âge autour duquel la santé décline et où commence à apparaître une diminution des capacités fonctionnelles qui impactent sur le quotidien des personnes âgées (17).

Un indicateur qui analyse plus objectivement la question du vieillissement est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) qui, selon l'INED, combine les données sur la mortalité et l'incapacité. Elle reflète le nombre moyen d'années vécues « en bonne santé » sans limitation d'activité et sans incapacité (18). En France de 2006 à 2016, l'EVSI à partir de 65 ans est de 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes. Elle a progressé de 0,9 an chez les femmes et 0,8 an chez les hommes (19).

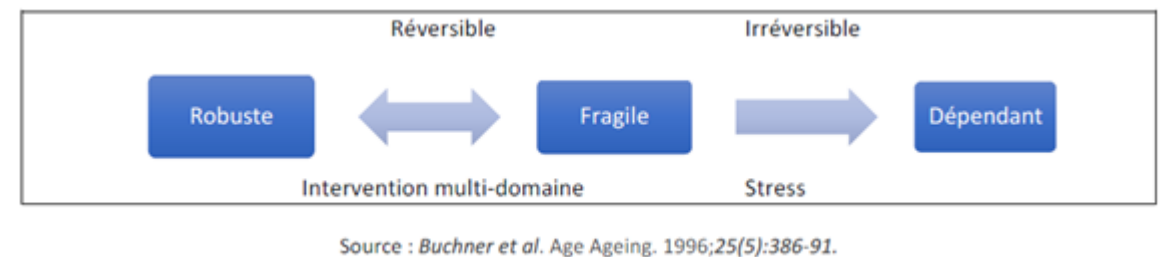
2) Le concept de fragilité

En réalité, la vieillesse reste un concept relatif qui varie d'un individu à un autre. Actuellement, les objectifs consistent à repérer les prémices de ce déclin et de mettre en place des moyens de prévention pour éviter des éventuelles décompensations fonctionnelles. Face à ce problème, le concept de « fragilité » est de plus en plus plébiscité par les gériatres.

Pour la SFGG, la fragilité désigne « une vulnérabilité excessive à un facteur de stress réduisant la capacité à maintenir ou retrouver l'homéostasie après un événement déstabilisant. La fragilité résulte ainsi d'une décroissance des réserves fonctionnelles physiologiques et expose à quatre risques majeurs : décès prématuré, perte d'autonomie, chutes traumatiques ou non et hospitalisations / institutionnalisations. » (20).

Selon une étude de Fried et al (21), la fragilité est indépendante des comorbidités et de l'autonomie fonctionnelle et surtout est réversible sous l'effet d'une intervention gériatrique ciblée. En effet le vieillissement n'est pas le même pour tous, il existe une classification des personnes âgées autour du concept de fragilité (figure 3) qui permet de constater que la fragilité, est potentiellement réversible, mais qu'une fois le stade de dépendance atteint, le retour en arrière est impossible. Il apparaît donc primordial d'agir par des actions de prévention (éducation thérapeutique, nutrition, activité physique, ...) auprès des personnes âgées à risque de fragilité pour éviter un état de dépendance irréversible. C'est un sujet de plus en plus pris en compte comme le montre la thèse de Menigni T. qui souligne l'intérêt de la prévention de la fragilité dans l'hôpital de jour du centre de gérontopôle de Toulouse (22).

Figure 3 : Schéma des profils de vieillissement



Depuis 2014, un projet visant à accompagner la personne âgée est mis en place : le plan PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). Il vise à conserver l'autonomie chez la personne âgée pour diminuer le risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation et améliorer la qualité de vie de nos aînés (23).

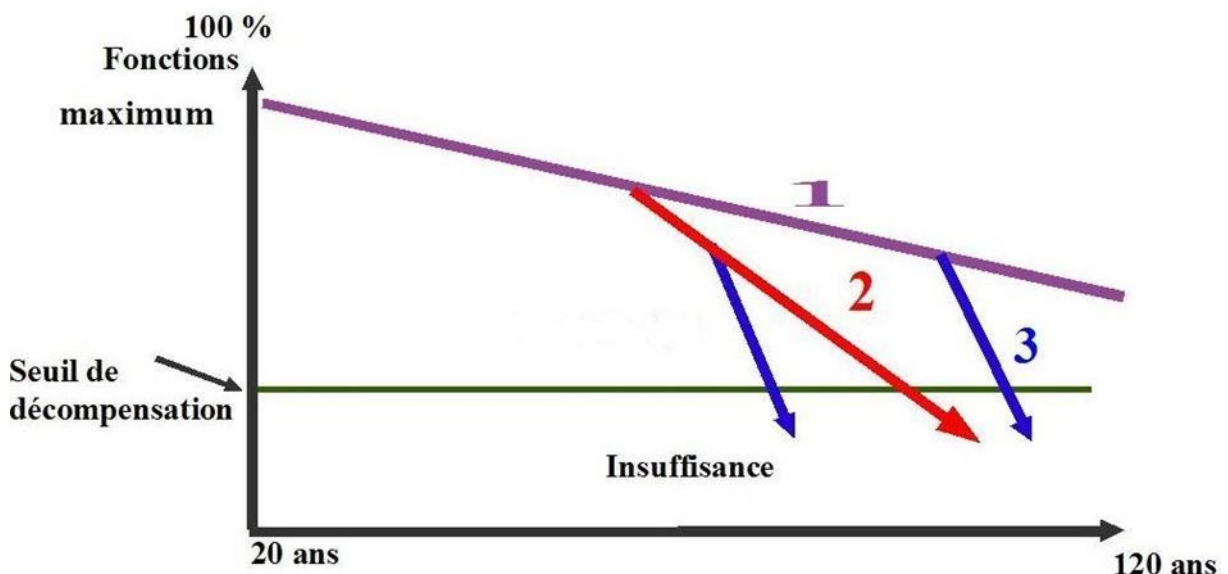
3) Une prise en charge complexe

3.1) Particularités du vieillissement pathologique

On peut considérer le vieillissement normal comme une défaillance progressive et irréversible du corps humain lorsque celui-ci a atteint sa maturité (24). Il varie fortement d'un individu à l'autre. Il se traduit par une diminution plus ou moins lente des fonctions physiologiques de l'organisme avec une plus grande susceptibilité aux agressions extérieures.

Il s'agit de vivre avec moins de réserves fonctionnelles et lors du vieillissement pathologique, il s'y associe des facteurs extérieurs qui augmentent la fréquence des pathologies chroniques. Par la suite, la survenue d'un évènement même mineur peut entraîner une décompensation fonctionnelle du sujet âgé comme démontré dans la théorie de Bouchon (25) (figure ci-dessous) :

Figure 4 : Théorie de Bouchon (1+2+3) (25)



1 : vieillissement physiologique

2 : pathologie chronique

3 : facteur aigu de décompensation (maladie aiguë, stress, iatrogénie)

3.2) Polypathologie

Le terme de polypathologie traduit selon Fortin (26) « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période. » Chez la personne âgée, ce concept de polypathologie est fortement prédominant par rapport aux autres classes d'âge. Une étude de l'IRDES de 2008 évalue à 6 le nombre moyen de maladies présentées par la catégorie des plus de 65 ans (27).

Tableau 1 : Nombre moyen de maladies déclarées par personne selon une étude de l'IRDES. N= 15941 (27)

	Effectif brut	Nombre moyen de maladies (effectif pondéré)
Variables sociodémographiques		
Age de la personne		
Moins de 16 ans	3 305	0,8
16 à 39 ans	4 673	1,7
40 à 64 ans	5 631	3,4
65 ans et plus	2 331	6,0
Inconnu / refus	1	

La présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques entraîne un retard diagnostique et un allongement de la prise en charge aux urgences. Selon une étude de l'ARH Ile de France, la polypathologie chez les personnes âgées est perçue comme une des difficultés majeures dans les services d'urgence (28).

3.3) Polymédication

De la polypathologie découle habituellement la polymédication chez la personne âgée. Il n'existe pas de consensus à ce sujet mais d'après l'étude de Haider et Al., sur plus de 600 000 personnes âgées, le seuil de 5 médicaments est suggéré du fait de la croissance linéaire du risque d'effets indésirables à partir de cette limite (29). De plus, les modifications physiologiques du métabolisme au cours du vieillissement majorent davantage ce risque iatrogénique et le risque de décompensation ultérieure (30).

3.4) « Rentabilité » de la prise en charge

D'un point de vue diagnostique, les résultats sont à interpréter avec plus de précaution et les normes habituelles sont modifiées selon les examens entrepris. Les traitements, eux, seront à prendre en compte en fonction de la tolérance du patient et du risque d'interactions médicamenteuses. Mais dans tous les cas, la « rentabilité » de la prise en charge reste l'élément fondamental à prendre en compte si elle permet une réelle amélioration de la qualité de vie ou de l'état de santé du patient âgé (25).

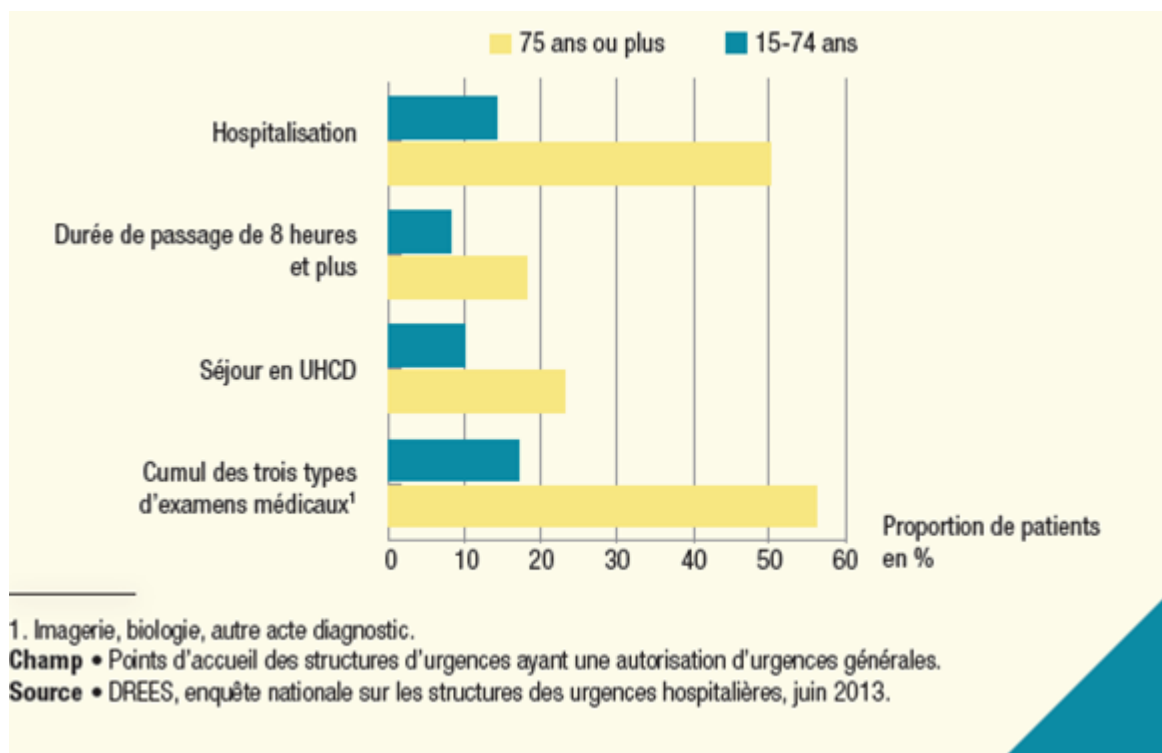
Pour toutes ces raisons, il faut appréhender la personne âgée dans sa globalité et adapter sa prise en charge. De nombreuses échelles explorant divers domaines permettent une évaluation centrée sur le patient, ses besoins spécifiques et notamment sa fragilité (GDS, MMS, échelle des évaluations des AVJ, MNA, ...). Elles restent toutefois nombreuses et les résultats retrouvés peuvent varier d'une échelle à une autre. C'est pourquoi les études actuelles tendent à établir un protocole standardisé plus uniforme pour les différents services de gériatrie, afin de repérer les patients fragiles en soins primaires comme proposé dans le projet de Duflot M. en 2017 (31).

C) Les urgences : un service inadapté pour les personnes âgées

Au CHU de Montpellier, les plus de 75 ans représentent 30% des entrées mais ils sont surtout plus de 80% à être hospitalisés (32). Ce constat montre l'importance que représente l'enjeu de la prise en charge de la personne âgée au sein des urgences.

Actuellement, ces services ne sont pas adaptés aux personnes âgées fragiles tant par la structure agressive du lieu (affluence importante de patients, longue attente, bruits permanents, l'absence de lumière naturelle ...) que par la prise en charge elle-même (multiplicité des intervenants, des examens complémentaires, difficultés d'hospitalisation dans les services) (25). Dans un service où le soin est souvent focalisé sur un seul motif urgent, la prise en charge d'un patient dans sa globalité en un minimum de temps peut paraître déstabilisante et la durée de passage aux urgences s'en trouve généralement impactée devant la complexité des cas et la multiplicité des investigations (33). Ce retard de prise en charge et le manque de formation gériatrique est générateur de comorbidités tels que les rétentions aiguës d'urine mais également d'attitudes inappropriées systématiques tels que les sondages ou la pose de cathéters (34).

Figure 5 : Contenu de la prise en charge aux urgences et modalités de sortie selon l'âge des patients



Une étude de la DREES de 2013 sur les personnes âgées aux urgences (figure 4) observent une durée de passage aux urgences supérieure à 8 heures chez les plus de 75 ans à 23 % contre 10 % chez les 15-74 ans (33). Une autre étude prospective de 2014 réalisée par Favre J. et Maunoury T. retrouve des durées d'hospitalisation plus longues pour les patients passant aux urgences par rapport à ceux hospitalisés directement en service de médecine. Cette différence de durée de séjour serait imputable au passage par les urgences. On note également davantage de retours à domicile dans le groupe hospitalisations directes, témoin d'une meilleure conservation des capacités fonctionnelles après l'hospitalisation (35).

Le Pr Pfitzenmeyer, spécialisé en gériatrie, considère que la médecine d'aujourd'hui s'est attachée à développer les services spécialisés d'organe sans prendre en compte la croissance des patients âgés qui demande une prise en charge plus globale. Les services de court séjour gériatrique, de soins de suite, de réadaptation n'ont pas été suffisamment développés et les services actuels sont pour la plupart saturés (25). Les urgences apparaissent alors souvent comme seule alternative pour les généralistes devant des patients qui nécessitent des soins secondaires ou tertiaires. Néanmoins, aux urgences du CHU de Pellegrin, les médecins

commencent à se mobiliser pour adapter les soins avec l'apparition d'une équipe mobile de gériatrie en 2006 qui interagit directement aux urgences. Par la suite, une cellule de coordination gériatrique a été créée en 2011 pour sensibiliser les équipes aux personnes âgées fragiles, faire connaître les filières gériatriques et mettre en place des indicateurs de suivi (34). D'autres projets d'envergure nationale tels que le PASS, des dispositifs médico-sociaux hospitaliers ambulatoires, sont mis en place pour lutter contre ces situations où sont intriqués social et médical pour décharger les urgences (36).

D) L'AEG, un terme obsolète et peu informatif

L'altération de l'état général, plus communément utilisé sous l'abréviation « AEG » reste un terme récurrent dans les courriers de médecins traitants lorsqu'ils envoient un patient âgé aux urgences. Par son caractère vague et peu informatif le terme AEG entraîne d'emblée un dysfonctionnement lors de la prise en charge du patient aux urgences avec pour conséquence un retard de prise en charge et une perte de chance pour le pronostic à court terme et long terme du patient âgé.

Elle fait le plus souvent référence à une baisse de l'état santé global d'un individu et même s'il n'existe pas de consensus à son sujet, la définition la plus fréquemment retrouvée dans les manuels est constituée par la triade : anorexie, amaigrissement et asthénie. Dans une enquête réalisée en 2010 à l'hôpital de Brest, le motif « AEG » représentait à lui seul 10 % des demandes d'admissions aux urgences pour les personnes âgées (9). Devant l'ampleur de son utilisation comme motif d'admission en service de médecine et aux urgences, le professeur Pepersack s'est intéressé aux symptômes présentés par les patients hospitalisés pour le motif « AEG » et il a mis en évidence que seulement 38 % des patients présentaient une des trois caractéristiques de l'AEG et seulement 2 % les trois symptômes (37).

Ce flou sémiologique, comme nous le rappelle le Dr Andrès E., reste utile au grand public mais semble totalement inadapté à l'époque de « l'evidence based-medicine » car l'imprécision est consommatrice de temps et d'investigations pour étayer un diagnostic (38).

Du côté des médecins généralistes, cette entité est peu connue et peu étudiée. Les recherches dans la littérature sont peu nombreuses et le sujet peu évoqué. Le seul article retrouvé sur le sujet et ciblant les généralistes nous vient de la revue Le Concours Médical. Il illustre parfaitement la difficulté à étayer un diagnostic à partir de ce terme en décrivant la conduite diagnostique à tenir en fonction de chacun des symptômes de la triade définissant l'AEG (asthénie, amaigrissement et anorexie) sans pour autant donner une démarche diagnostique consensuelle (39).

À partir de ces constatations et au vu des futurs enjeux auxquels nous serons confrontés dans le futur, essayer de comprendre les déterminants qui incitent les généralistes à adresser un patient aux urgences pour AEG pourrait constituer une approche différente de celles déjà entreprises pour désengorger les urgences et améliorer la qualité de prise en charge des patients âgés.

E) Objectifs de recherche :

Notre travail avait pour objectif de rechercher les différents déterminants qui vont pousser les médecins généralistes à envoyer leurs patients âgés sous le motif AEG aux urgences.

Les objectifs secondaires étaient d'une part de comprendre le sens du terme altération de l'état général pour les médecins généralistes et d'autre part de rechercher des solutions pour éviter que ce type de situation clinique aux urgences.

Matériel et méthodes

A) Schéma d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs pour explorer les motivations des médecins interrogés.

Le lieu et l'heure de l'entretien ont été laissés au choix du médecin interviewé.

L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes de la région Landes/Pays basque après échantillonnage en variation maximale.

Les entretiens se sont clos à saturation des données.

B) Population d'intérêt

La population cible est constituée par l'ensemble des médecins généralistes français.

La population source est constituée par les médecins généralistes de la région Landes et du Pays Basque.

L'échantillon concerne quinze médecins généralistes installés ou remplaçants qui ont accepté de participer à l'étude.

Critères d'inclusion :

- Médecins généralistes installés ou remplaçants
- Exerçant dans les Landes ou le Pays Basque
- En activité

Critères d'exclusion :

- Internes
- Médecins spécialistes

- Médecins hospitaliers
- Refus de l'entretien

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale sur les points suivants :

- Age
- Sexe
- Secteur professionnel (rural, semi-rural, urbain)
- Modalité d'exercice (seul, en pluridisciplinaire, en maison de santé)
- Proximité d'une structure hospitalière

L'investigateur a travaillé en tant que remplaçant dans les cabinets des médecins 12 et 14. Il n'existe aucun lien entre l'investigateur et les autres médecins interrogés.

Nous nous sommes fixés comme limite géographique le territoire Landes-Pays basque.

C) Elaboration d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré après des recherches bibliographiques sur le sujet et a été validé secondairement par le directeur de thèse. Il a été testé deux fois pour valider la compréhension des questions et les thèmes abordés. Les deux pré-tests n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le guide d'entretien était divisé en cinq thèmes. Chaque thème était composé d'une question générale et si le médecin interrogé était à court d'arguments, des relances étaient introduites dans l'interview pour l'aider à approfondir sa réflexion.

La grille de test a évolué lors des entretiens. Dès le deuxième entretien, un point important énoncé par le médecin interrogé, sur l'influence du contexte de la consultation médicale (horaire tardive, fin de semaine, ...) dans la décision d'hospitaliser un patient, a retenu notre attention et a été rajouté au guide d'entretien. Par la suite, une reformulation de la question principale du quatrième thème a permis une meilleure réflexion de la part des participants sur ce thème. « Quelles sont pour vous les limites de la médecine de ville dans ce type de situation où vous envoyez un patient âgé pour le motif AEG aux urgences ? » a été remplacé

par « A quel moment sentez-vous le besoin de passer la main aux urgences ? ». Il n'y a pas eu d'autres changements dans la grille de test.

Le guide commençait par une courte introduction pour présenter le sujet et l'investigateur en charge de l'entretien. Par la suite s'en suivait des questions sur le profil du médecin interviewé pour connaître les modalités de son exercice et le mettre en confiance.

Le second thème abordait le sujet de l'AEG et de sa signification pour les médecins interrogés.

Le troisième thème demandait au médecin de se remémorer une situation clinique vécue, similaire au sujet étudié. Elle lui permettait d'aborder le sujet de manière plus concrète et d'avoir une base de réflexion pour les thèmes suivants.

Les deux thèmes suivants recherchaient les déterminants d'hospitalisation aux urgences de patients âgés en AEG sur le plan médical puis non médical.

Le sixième thème abordait les limitations auxquelles se heurtait le médecin de ville dans sa pratique quotidienne sur la situation clinique étudiée.

Enfin, le dernier thème résumait les réponses du médecin et l'interrogeait sur des solutions ou des projets à mettre en place pour diminuer la fréquence du sujet étudié.

Le guide d'entretien utilisé est disponible en annexe.

D) Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens nous permettaient de maintenir un cadre bien défini et d'orienter l'interlocuteur vers les thèmes étudiés. Les données ont été collectées par dictaphone puis anonymisées.

Les entretiens ont duré en moyenne 20 à 30 minutes.

L'échantillon s'est fait selon un recrutement raisonné (âge, sexe et secteur de travail du médecin interrogé) par appel téléphonique. Le sujet global était soumis au médecin sans précision supplémentaire et si l'avis était favorable à un entretien, la date et le lieu de l'entretien étaient laissés au choix du médecin interrogé.

Sur les vingt médecins appelés, quinze ont répondu favorablement et cinq par la négative. Sur les cinq refus, les motifs exprimés étaient la surcharge de travail et le désintéret pour le sujet.

Les entretiens ont été retransmis littéralement, langage verbal (parlé) et non-verbal (gestes, attitude, hésitations, ...), sous forme écrite en respectant l'anonymat des médecins interrogés.

Après l'entretien, il était demandé au médecin interviewé s'il connaissait des confrères ayant les spécificités recherchées, pour réaliser un échantillonnage en variation maximale par effet boule de neige.

Les entretiens se sont arrêtés au nombre de quinze à saturation des données lorsque le dernier médecin interrogé ne donnait pas de nouveaux éléments sur le sujet étudié.

E) Analyse des données

La démarche phénoméno-pragmatique s'est imposée comme la méthode la plus adaptée pour tenter de répondre à notre objectif de recherche (40). Phénoménologique, puisque l'entretien se basait sur les expériences vécues par chaque médecin et pragmatique, car les idées qui émergeaient de l'entretien ont été classées en différents thèmes tout en évaluant leur fréquence.

Le codage a été réalisé manuellement. Ce processus d'encodage a été réalisé par un second médecin pour s'assurer de la bonne compréhension des propos recueillis.

On peut diviser l'analyse des données en 3 parties : la préanalyse, l'exploitation du matériel et l'interprétation des résultats (41) :

La préanalyse

Elle constituait l'étape préliminaire de repérage et d'organisation des idées. Elle débutait par une lecture flottante des différents textes pour voir émerger les différentes idées proposées par chaque médecin (42). Les idées étaient ensuite associées à un indicateur d'analyse. Plusieurs lectures ont été nécessaires pour s'approprier au mieux le sens des idées.

L'exploitation du matériel

Par la suite les indicateurs d'analyse étaient regroupés en thèmes qui nous ont permis de construire une grille de codage. Cette opération s'est faite de manière libre et inductive car élaborée à partir du corpus. Nous avons travaillé ensuite par unité d'analyse sémantique en nous limitant aux passages ayant du sens sans découper l'intégralité du corpus. Chaque unité d'analyse était introduite dans la grille de codage (42).

L'interprétation des résultats

Pour interpréter les résultats, nous avons réalisé un traitement sémantique du codage par analyse catégorielle en nous basant sur le principe que la fréquence d'une idée est proportionnelle à son importance. Cela a permis de faire émerger des hypothèses expliquant le sujet étudié.

Résultats

A) Données sur la population étudiée

1) Caractéristiques de l'échantillon

Au cours du recrutement de médecins par appel téléphonique, 5 médecins n'étaient pas disponibles par manque de temps, 2 étaient en vacances et 15 ont répondu favorablement à la demande d'entretien.

Nous avons arrêté le recrutement après avoir atteint ce chiffre de 15 médecins par saturation des données.

Cet échantillon se composait de 6 femmes (40 %) et 9 hommes (60%).

L'âge des médecins allait de 29 à 64 ans pour une moyenne d'âge à 44,46 ans et un écart-type de 12,91.

6 médecins avaient une activité dans un milieu rural, 6 en milieu semi-rural et 6 en milieu urbain. Les médecins 1 et 10 étaient des remplaçants qui alternaient entre milieu rural et urbain. Le médecin 13 était un médecin qui avait exercé dans un milieu urbain auparavant et semi-rural actuellement.

2) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés selon les préférences des médecins interrogés :

- 12 entretiens au cabinet du médecin lui-même ou du médecin remplacé.
- 3 entretiens se sont déroulés au domicile des médecins.

Les entretiens ont commencé le 17 avril 2018 et se sont terminées le 02 août 2018. L'entretien le plus long a duré 37 min 17 s et le plus court 16 min 19 s pour une moyenne de 24 min 40 s.

Tableau I : Caractéristiques de la population :

médecin	sexe	âge	activité	secteur	type de collaboration	patientèle gériatrique
1	M	31 ans	remplaçant	rural et urbain	-	oui
2	M	64 ans	installé	urbain	seul	oui, davantage que la moyenne
3	M	34 ans	installé	rural	pluridisciplinaire	oui, a racheté la patientèle d'un ancien médecin
4	F	56 ans	installée	rural	en association	oui, 1/4 de sa patientèle
5	F	31 ans	installée	semi-rural	pluridisciplinaire	oui
6	F	29 ans	remplaçante	semi-rural	en cours d'association	oui
7	M	41 ans	installé	semi-rural	en association	oui, davantage que la moyenne
8	M	63 ans	installé	rural	seul	oui, davantage que la moyenne
9	M	57 ans	installé	rural	seul	oui
10	F	30 ans	remplaçante	rural et urbain	-	oui
11	M	62 ans	installé	semi-rural	seul	oui
12	M	37 ans	installé	semi-rural	en cours d'association	oui
13	F	39 ans	installée	urbain et semi-rural	seule	oui, davantage que la moyenne
14	F	53 ans	installée	urbain	en association	oui, peu
15	M	40 ans	installé	urbain	maison de santé	oui

médecin	visites à domicile ou EHPAD	spécificité	gériatrie durant internat	formation gériatrique	interlocuteurs en gériatrie
1	oui (plus régulièrement en rural)	s'installe dans 1 an en rural	oui	non	oui
2	oui (les réserve de plus en plus aux personnes âgées)	part à la retraite dans 2 ans	non	non	non
3	oui	bonnes relations avec gériatrie pour hospitalisations directes	non	non	oui
4	oui	fait beaucoup de pédiatrie et peu de gériatrie	oui	non	oui
5	oui	a récupéré les patients d'un ancien médecin coordinateur en EHPAD	oui	non	oui
6	oui, en fait beaucoup	fait un remplacement régulier et veut s'installer après la thèse	oui	non	non
7	oui, en fait beaucoup	-	non	non	oui
8	oui	maître de stage	oui	non	non
9	oui	-	non (seulement pendant l'externat)	non	oui
10	oui	remplaçante depuis 2 mois	non	non	non
11	oui	expertise permis de conduire et aéronautique et médecin sapeur-pompier	non	non	oui
12	oui	médecin coordonnateur d'EHPAD durant les 2 premières années d'installation	non	oui	oui
13	oui	a exercé 5 ans en Roumanie avant de s'installer en France	non	non	non
14	oui, peu	-	oui	non	non
15	oui	régulation au centre 15; lit PRESCRIRE pour se mettre à jour en gériatrie	non	non	oui

B) Résultats de l'étude

1) Perception du terme AEG par les médecins généralistes

1.1) Une définition apprise sur les bancs universitaires

Pour la majorité des médecins interrogés, l'AEG reste une définition apprise lors de leurs études universitaires même si officiellement, il n'y a aucun consensus à ce sujet. La triade anorexie, amaigrissement, asthénie reste l'explication la plus souvent citée pour définir le terme AEG :

- médecin 6 : « *Bon, l'AEG déjà je dirais les 3 A là, de amaigrissement, asthénie et anorexie.* »

- médecin 11 : « *Pour moi c'est euh... pour moi c'est l'asthénie. Pour moi c'est euh... l'anorexie et je dirais l'amaigrissement. Donc voilà, quand on a ces 3 éléments avec un amaigrissement qui est... alors je ne saurai pas trop le chiffrer mais dès qu'on atteint entre 5 et 10 % du poids, voilà on se pose des questions* »

- médecin 14 : « *... ben non, l'altération de l'état général c'est vraiment asthénie, anorexie, amaigrissement, non il n'y a rien d'autre* »

Même si certains se rendent compte qu'elle est insuffisante pour décrire l'état du patient :

- médecin 8 : « *Si ce n'est pas dans l'urgence, c'est l'amaigrissement... difficulté euh, l'asthénie, l'amaigrissement, perte de dynamisme, ça pourrait, tout ça mais bon... ça reste vague ! Ça reste très vague.* »

1.2) Un concept flou et plurifactoriel

Malgré tout, le sens de ce terme reste assez imprécis pour le tiers des médecins interrogés :

- médecin 8 : « *Après, après l'AEG c'est tellement vague que ça peut ouvrir sur tout.* »
- médecin 10 : « *AEG c'est un peu fourre-tout, c'est je ne sais pas quoi faire, je vais vous le refourguer.* »

Car pour la plupart d'entre eux, elle revêt un sens large qui englobe plusieurs notions :

- médecin 1 : « *Moi, il n'y a pas spécialement d'éléments cliniques mais c'est plutôt un contexte global en fait. En gros, quand la personne se dégrade et qu'on n'a pas de ... En fait moi ce terme je m'en sers quand la personne se dégrade et qu'on n'a pas réellement de points d'appels* »
- médecin 10 : « *Enfin, un assemblage de petits arguments qui font que ...* »

Le Médecin 1 explicite clairement qu'il jauge plusieurs aspects de son patient : « *C'est vrai j'aurais pu utiliser le terme euh... une altération sur plan neurologique en fait, mais finalement c'était plus dans un contexte global que ça se passait. Elle mangeait moins, elle était déshydratée euh... elle s'enfonçait plus sur le plan neuro, enfin voilà.* »

Alors que pour le Médecin 4, le côté psycho-social est plus souvent retrouvé : « *Vraiment pour moi l'AEG chez la personne âgée, c'est vraiment un truc global, ce n'est pas que du physique, c'est aussi du psycho-social... bien souvent plus du psycho-social.* »

1.3) L'importance de la notion de durée

Cette notion de durée fait écho à certains médecins qui expliquent le terme d'AEG par son caractère aigu ou chronique :

- médecin 7 : « *Euh... (rires) C'est très vaste donc euh... comment définir ça ? Je pense qu'on peut, on peut être face à des problèmes aigus. Donc une AEG pour un motif, je ne sais pas, infectieux, aigu ou euh... voilà. Ça peut être une pyélonéphrite ou un syndrome douloureux abdominal ou je ne sais quoi. Euh et puis, et puis il y a ce qu'on peut appeler une AEG de survenue plus chronique qui peut s'insérer dans un contexte environnemental* »
- médecin 2 : « *Une détresse cardiaque ça peut être une fibrillation auriculaire, ça peut être vraiment une décompensation cardiaque. Dans quel cas, là on a*

simplement je dirais euh... on s'adresse au médecin en disant : « Voilà, je t'adresse Mr X qui présente une décompensation cardiaque ». L'altération elle est automatique. Après ça c'est vraiment dans l'aigu. »

- médecin 13 : *« Pour moi l'AEG ça peut arriver brutalement si c'est une maladie aiguë ou vraiment une altération, suite à une maladie chronique qui est mal contrôlée peut-être ou ça vient de la part du patient qui ne prend pas correctement les médicaments. »*

D'autres médecins prennent en compte cette notion de durée d'une manière différente qui se manifeste plutôt par une rupture avec l'état antérieur :

- médecin 6 : *« t'as aucune idée de si c'est son « état de base » ou si c'est un truc hyper-aigu et inquiétant. Et du coup s'il y a des proches et qui disent qu'ils sont pas du tout comme ça habituellement et tout, peut-être que là je vais un peu plus m'inquiéter, employer ce terme et pourquoi pas adresser aux urgences dans ce contexte-là quoi. »*
- médecin 8 : *« L'AEG, c'est quelqu'un qui est bien jusque-là et d'un seul coup n'est plus bien. Sans qu'on sache forcément pourquoi. »*

1.4) Troubles nutritionnels

Pour deux d'entre eux, la question de la dénutrition et de la déshydratation sont les paramètres à évaluer lorsqu'on parle d'AEG :

- médecin 2 : *« c'est ça l'AEG, quelqu'un qui va être déshydraté pour une personne âgée, quelqu'un qui ne mange plus. » et « C'est la déshydratation un petit peu des personnes âgées, ils ne boivent plus, ils ne mangent plus. »*
- médecin 3 : *« Je vois un petit papy qui ne mange plus trop, qui n'arrive plus à se mobiliser, on ne sait pas trop pourquoi. » et « Euh... ce qui me fait surtout utiliser ce terme c'est le euh...euh...une personne âgée qui commence à ne plus trop s'alimenter. C'est surtout ça voilà. »*

Le médecin 5 se montre encore plus précis à ce sujet en évoquant le problème de la prise alimentaire : *« Après AEG c'est à partir du moment où on a des...enfin une asthénie qui se*

majore, une difficulté à la prise des traitements per os, à la prise alimentaire, à l'hydratation et puis euh... ouais en gros c'est ça. Difficultés alimentaires et hydratation. » et « à partir du moment où vraiment la prise des traitements per os, alimentation, hydratation est plus euh... n'est plus possible »

En conséquence de cette dénutrition et/ou cette déshydratation, c'est plutôt l'amaigrissement qui va marquer d'autres médecins :

- médecin 7 : *« Une perte de poids. Je reviens en arrière hein mais je vois là dans le compte-rendu que je retrouve là : « a perdu près de 9 kilos. » Par rapport à l'impression d'AEG, c'est quelque chose qui peut-être sans la peser m'a frappé en la voyant. »*
- médecin 14 : *« moi je dirais l'amaigrissement en premier plan. Et puis euh... enfin c'est souvent ça qui va être le motif davantage oui. L'asthénie, oui mais c'est vrai que c'est plus difficile à quantifier chez quelqu'un d'âgé, c'est souvent progressif euh... bon je dirais moi le truc phare ça va être l'amaigrissement. »*

1.5) L'évaluation des fonctions vitales

Le fait marquant chez les médecins interrogés était leur propension à utiliser des situations cliniques mettant en jeu une atteinte des fonctions vitales et plus particulièrement respiratoires et cardiaques pour décrire l'AEG :

- médecin 2 : *« L'AEG si on s'en tient au terme de l'altération, c'est simplement l'état respiratoire, l'état cardiaque, quelqu'un qui ventile mal, quelqu'un qui a une pathologie cardiaque avec une décompensation cardiaque, quelqu'un qui ne va pas pouvoir se mettre debout, qui ne va pas pouvoir...c'est ça l'AEG. »*
- médecin 4 : *« après il peut y avoir des signes d'essoufflement, dyspnée euh... voilà. Après ça peut aussi être des signes neuro avec une désorientation, perte de conscience des choses comme ça... » : et « La dernière fois où j'ai hospitalisé où j'ai hospitalisé une dame, c'était aussi une dame très âgée de 93 ans. Mais c'est vrai que j'aurais pu l'utiliser, je n'ai pas tendance à mettre ce mot là ... qui était essoufflée, fatiguée donc effectivement on était dans ce contexte-là de quelqu'un qui euh... »*

Dans un registre similaire, les atteintes neurologiques prennent également une place importante soit sous la forme de troubles cognitifs :

- médecin 2 : « *L'AEG, ça peut s'adresser à un patient Alzheimer de 90 ans qui ne mange plus, qui ne s'alimente plus depuis 3 jours qui a des troubles cognitifs qui vont s'aggraver, c'est à dire qu'on va perdre un petit peu la conscience et à ce moment-là on va parler d'AEG.* »
- médecin 9 : « *une altération de l'état général tout simplement, non mais parce que voilà il y a une fatigue inhabituelle, un... une dégradation de l'état cognitif euh... il y a cent applications hein.* » et « *Ce que je disais hein, une asthénie inhabituelle, des troubles cognitifs, quelquefois une fièvre inexplicée* »

soit sur des troubles de la vigilance :

- médecin 3 : « *: Euh...ouais une personne déshydratée, une personne un peu somnolente, (silence)...euh oui il y a que ça que je vois.* »
- médecin 12 : « *Je n'ai pas écrit AEG, j'ai marqué troubles de la conscience bah c'est une espèce d'AEG* »

1.6) Détérioration progressive

Pour d'autres, l'AEG fait référence à une détérioration continue dans le temps :

- médecin 1 : « *En fait moi ce terme je m'en sers quand la personne se dégrade et qu'on n'a pas réellement de points d'appels, c'est-à-dire en gros il n'y pas de pneumopathie, il n'y a pas de pyélo, il n'y a pas de syndrome inflammatoire, il n'y a pas de... Elle se dégrade* »
- médecin 4 : « *Pour moi l'AEG, comme ça, qui me vient je vais plutôt avoir tendance à l'utiliser quand quelqu'un qui lentement se dégrade.* »

Le médecin 4 décrit à nouveau ce terme un peu plus loin comme un syndrome bien connu des gériatres, le syndrome de glissement : « *Voilà quand je vois des situations qui se dégradent avec des gens qui n'ont pas forcément de problèmes purement médicaux mais qui petit à petit*

se laissent aller, ne mangent plus, ne se font plus à bouffer, ne vont plus faire leurs courses... au bout du compte on arrive à une AEG. »

Pour le médecin 10 cette détérioration se rajoute au refus de certains médecins d'accepter le déclin de leurs patients : « - I : *Et d'après toi pourquoi autant de médecins utilisent ce terme général ?*

- M 10 : Pfffouu, parce que les personnes âgées vont forcément vers euh... elles vont de moins en moins bien, donc après, des fois les personnes d'années en elles-mêmes et je pense l'entourage des fois qui... et puis les médecins qui n'acceptent pas forcément que ça aille dans le mauvais sens et je pense que le terme AEG il est sur euh sur... surutilisé quoi. »

1.7) La perte d'autonomie

La perte d'autonomie n'est pas un symptôme en soi mais elle représente un retentissement chez la personne âgée auxquels beaucoup de médecins associent le concept d'AEG :

- médecin 2 : « *c'est les personnes qui ne vont plus être capables de se gérer elles-mêmes. »*
- médecin 4 : « *Quand ils commencent à être fatigués, qu'ils n'arrivent plus soit à se lever soit à faire leur toilette, à assurer leur repas... leur quotidien qui est souvent un peu... comment dire... un peu resserré quoi ! je veux dire ce n'est pas... voilà. C'est là que je commence à m'alerter. »*
- médecin 12 : « *j'ai utilisé le terme AEG parce que le monsieur était valide et est devenu grabataire suite à sa fracture vertébrale »*

1.8) Impasse diagnostique

Pour d'autres, ce terme fait référence à une difficulté dans la prise en charge diagnostique et reflète leur incapacité à mettre en évidence un diagnostic précis :

- médecin 1 : « *En fait moi ce terme je m'en sers quand la personne se dégrade et qu'on n'a pas réellement de points d'appels, c'est-à-dire en gros il n'y pas de*

pneumopathie, il n'y a pas de pyélo, il n'y a pas de syndrome inflammatoire, l n'y a pas de... Elle se dégrade »

- médecin 4 : *« C'est plus quand je trouve des gens-là qui...voilà qui descendent un petit peu et on ne trouve pas, on n'a rien à l'examen de... et qui accroche. »*
- médecin 8 : *« L'AEG, c'est quelqu'un qui est bien jusque-là et d'un seul coup n'est plus bien. Sans qu'on sache forcément pourquoi. »*

1.9) Intuition

Devant l'absence de véritable consensus et de définition claire concernant l'AEG, quelques médecins le traduisent plutôt comme un ressenti ou une alerte vis-à-vis de leur patientèle :

- médecin 6 : *« qu'effectivement je vais peut-être dire de quelqu'un qu'il est altéré sans forcément faire appel à ces mots-là parce qu'il me semble bien quoi mais parce qu'il a le teint gris ou qu'il a l'air maigrichon ou quoi mais ça sera plus l'intuition que les mots médicaux. »*
- médecin 10 : *« Moi, je dirais que c'est un état d'altération de l'état général visible par euh... ressenti soit par le patient, soit par la famille, soit par toi. Et euh... j'ai l'impression que c'est plus un ressenti que quelque chose de très palpable, quoi. »*
- médecin 8 : *« l'AEG c'est un éveil qui appelle le médecin mais pas forcément l'hospitalisation. »*

1.10) Le contexte environnemental

Pour d'autres, le terme d'AEG est plus vaste et leur permet d'englober le côté non médical d'une situation clinique en médecine ambulatoire :

- médecin 4 : *« Donc du coup, après ce n'est pas forcément des contextes purement médicaux ou alors ça va être des contextes de dépression, d'isolement, des choses comme ça... »* et *« Vraiment pour moi l'AEG chez la personne âgée, c'est vraiment*

un truc global, ce n'est pas que du physique, c'est aussi du psycho-social... bien souvent plus du psycho-social. »

- médecin 7 : *« il y a ce qu'on peut appeler une AEG de survenue plus chronique qui peut s'insérer dans un contexte environnemental ou euh... (cherche ses mots) »* et *« Donc, donc voilà... quand c'est quelque chose où il y a vraiment une problématique environnementale, un isolement, une fragilité, des choses comme ça... ben là on va un peu plus cadrer ! »*

2) Déterminants incitant le médecin généraliste à hospitaliser aux urgences un patient âgé en situation d'AEG

2.1) Contexte de la consultation/ environnement

Isolement

L'isolement social constitue le critère le plus fréquemment employé par les médecins pour justifier un envoi aux urgences :

- médecin 1 : *« Mais malheureusement au bout d'un moment euh... il y a l'isolement des gens qui fait que t'es obligé de faire quelque chose de toute façon. »*
- médecin 7 : *« en fait ce qui m'a posé problèmes pour cette patiente c'est que, elle n'avait pas grand monde autour d'elle, aucune famille à proximité. »*

Les médecins 5 et 9 comparent deux situations auxquelles sont habituellement confrontés les médecins généralistes dans leur pratique :

- médecin 5 : *« Non, c'est sûr que c'est plus compliqué du coup s'il y a une AEG chez quelqu'un qui n'est pas du tout entouré, ça va être plus compliqué je vais hospitaliser plus facilement qu'une AEG chez un patient qui est en maison de retraite ou qui est entouré »*

- médecin 9 : « *Donc il y en a qu'on peut prendre facilement en charge et plus facilement en EHPAD évidemment qu'à domicile mais ça dépend si il y a de la famille aussi etc... »*

Pour les médecins 6 et 10 l'isolement géographique a aussi son importance surtout si les structures de soins secondaires et tertiaires sont éloignées : « *ou alors l'isolement dans la localisation, qui sont à 3 heures du moindre hôpital. Ça, ça va peut-être plus m'inciter à l'adresser aux urgences.* » (6) et « *Ouais, ou dans les régions où il y a moins d'hôpitaux moins près, peut-être que... peut-être t'en envoies plus facilement... ou moins de spécialistes... ou moins facilement des avis... peut-être que t'envoies plus facilement mais...* » (10)

Date et heure de la prise en charge

Un autre enjeu majeur concernant l'envoi aux urgences se situe au niveau de l'heure ou du moment de la prise en charge. Certaines situations entraînent davantage une hospitalisation aux urgences. A la veille ou en début de week-end l'hospitalisations se fait plus fréquente :

- médecin 1 : « *qu'il n'y a pas la famille ou je n'en sais rien etc... C'est le week-end c'est le bazar, personne ne passera le week-end et on se dit qu'elle ne peut pas rester sans qu'un médecin ne passe ce week-end. Et ça c'est le gros problème de l'altération de l'état général »* et « *Ça c'est clair euh en gros la patiente qui finit aux urgences le vendredi soir, c'est une patiente qui n'a pas trop de famille, on sait que ça va être compliqué le week-end, il n'y a plus de médecins etc »*
- médecin 2 : « *Alors c'est vrai que la notion de temps joue. C'est vrai qu'un vendredi...bon c'est malheureux mais un vendredi par rapport à un lundi, on va faire plus de choses un lundi qu'un vendredi parce que vendredi, c'est samedi, dimanche, il va falloir déplacer plus de monde. »*
- médecin 5 : « *ça dépend c'est vrai que le week-end, quand le week-end approche on a plus tendance à hospitaliser parce que...parce que on sait que pendant le week-end il aura moins d'accès aux soins et que là il risque de passer directement par les urgences »*

Une autre situation mettant souvent les médecins en difficulté concerne les gardes où ils ne connaissent généralement pas le patient :

- médecin 3 : « *j'étais en garde, je ne la connaissais pas trop, alors je me suis dit : « écoutes, tu ne vas pas trop jouer. » Du coup je l'ai envoyée aux urgences pour faire le bilan »*
- médecin 14 : « *Moi, le patient que je vais adresser pour AEG, généralement, c'est peut-être un patient que je ne connais pas bien. Ça va être dans un contexte de garde ou des choses comme ça. »*

Pour le médecin 7, les contraintes sont davantage présentes pendant les fêtes ou les vacances car le nombre d'aidants ou d'aides paramédicales diminuent fortement : « *Euh je ne sais plus, ça devait peut-être être un...c'était fin décembre donc aux alentours des fêtes, personne n'était là, moi non plus hein d'ailleurs, je partais en vacances et 2-3 jours après. Voilà. »*

Pour le médecin 11, c'est plutôt l'appel de fin de journée qui représente une difficulté : « *Euh je ne sais pas l'appel était en fin de soirée je pense et il n'y avait personne de disponible sauf l'urgentiste. (rires) »*

Maintien à domicile difficile

Pour deux tiers des médecins, cette question autour du maintien à domicile revient souvent puisque tous sans exception font des visites à domicile :

- médecin 3 : « *Ouais moi à chaque fois je connote toujours le terme d'AEG avec maintien à domicile difficile. Ça pour moi, ce sont des gens qu'on arrive plus à gérer à la maison, trop. »*
- médecin 5 : « *à un moment donné on ne peut pas laisser le patient à la maison quand ça devient dangereux ou compliqué donc c'est pour ça qu'ils se retrouvent, je pense, aux urgences, alors qu'ils ne devraient pas mais, voilà. »*
- médecin 10 : « *Ben que pour moi ça veut dire que la personne à la maison c'est un peu compliqué et que ça nécessite une hospitalisation derrière. »*

- médecin 11 : « *Oui, voilà c'était... ben parce que, ils ne voulaient pas le laisser seul et voilà il ne pouvait pas rester seul non plus.* »
- médecin 14 : « *c'est vrai que si là le maintien à domicile est impossible et que de toute façon l'altération est telle qu'on ne peut pas le laisser à domicile et qu'on ne peut pas faire le bilan en ville, oui je vais l'adresser aux urgences* »

Ressenti des aidants

La famille, les amis ou encore les voisins représentent une aide prépondérante chez les patients âgés en AEG. Leur avis reste un critère important que le médecin généraliste prend en compte :

- médecin 3 : « *Donc je tâte le terrain un peu, voilà si les gens sont assez inquiets ou stressés par la situation quoi.* » et « *quand ils me disent qu'ils sont inquiets qu'ils ne veulent pas la garder à la maison et compagnie bon voilà... je ne vais pas à leur rencontre.* »
- médecin 4 : « *Oui, je crois que c'est important d'en tenir compte même si nous on n'a pas, nous, des signes forcément patents mais je pense que par expérience, écouter la demande des gens c'est important et des fois ils savent mieux que nous.* »
- médecin 6 : « *s'il y a des proches et qu'ils disent qu'ils ne sont pas du tout comme ça habituellement et tout, peut-être que là je vais un peu plus m'inquiéter, employer ce terme et pourquoi pas adresser aux urgences dans ce contexte-là quoi.* »

Pression de l'entourage

Au-delà du ressenti et de l'inquiétude de l'entourage ou des aidants, le médecin est parfois « poussé » par la famille à hospitaliser un patient :

- médecin 2 : « *Et puis, quelque chose dont on tient compte parce que nous on a une pression, c'est la pression familiale ! [...] Mais quand vous arrivez dans la journée et vous avez la famille ou la fille qui est là, ou le fils qui est là, qui dit ça fait 3*

jours qu'il est comme ça, qu'il ne mange plus, qu'il ne boit plus, qu'il ne respire pas bien donc faites quelque chose ! Ce « faites quelque chose » ce n'est pas la piqure qu'on va faire et le traitement qu'on va lui donner. Ça veut dire (claquement de doigts) : « Envoyez-le à l'hôpital » »

- médecin 8 : *« Et puis après sinon, si tu ne trouves pas... ben une hospitalisation pour... quand la famille te dit : « Vous ne faites rien, on n'a rien trouvé. » ou que tu juges qu'il faut passer la main quoi, hein. »*
- médecin 12 : *« des fois il y a une pression familiale pour faire une hospitalisation et ça peut tout à fait rentrer en compte mais j'essaie d'en avoir conscience »*

Pour le médecin 15, la pression familiale est sous-entendue par la présence de structures secondaires et tertiaires à disposition lorsqu'il est en difficulté : *« Faut expliquer à la famille ce qu'on fait, dire qu'on va soigner une personne qui est en train de se dégrader sans savoir ce qu'elle a, un petit peu au pifomètre alors qu'on a des soins en secondaire voire tertiaire à portée de main, c'est difficilement acceptable de nos jours quoi. C'est très très casse-gueule. Il y aussi cette pression là qu'on peut avoir de l'entourage... »*

Disponibilité de l'entourage

L'investissement d'un aidant auprès d'une personne âgée demande un sacrifice de temps non négligeable, cette disponibilité n'est parfois pas suffisante ou même impossible pour certains :

- médecin 12 : *« Alors la cause ça peut être, ben parce que le proche il ne peut pas s'occuper de l'autre quoi, c'est tout à fait possible quoi ouais. »*
- médecin 13 : *« Et comme l'état général ne me permettait pas de la garder à la maison car elle habite toute seule...son fils n'habite pas très loin mais n'est pas avec elle tout le temps [...]j'ai décidé de l'envoyer à l'hôpital »*
- médecin 14 : *« Ben la proximité de la famille, s'il y a des aidants familiaux et autres, etc... »*
- médecin 15 : *« Et surtout l'absence d'aidants parce qu'actuellement on fait plein de choses au domicile mais bon parfois c'est compliqué quoi. Si on n'a pas les aidants qui sont ok qu'on n'a pas le réseau infirmier et qu'il n'y a pas d'infirmiers*

qui sont sur le coup, malheureusement on n'a pas d'autres choix que d'envoyer à l'hôpital quoi. »

Pour certains, même si la famille est présente il arrive qu'elle ne veuille plus s'occuper du patient et qu'ils se déresponsabilisent de leurs devoirs :

- médecin 6 : *« je trouve ça un peu terrible quand moi j'étais aux urgences en stage, par exemple autour des vacances de Noël et des trucs comme ça, des gros arrivages de personnes âgées parce que les familles les ont déposés-là, parce que soit disant ce n'est plus possible à la maison et ça fait sûrement des mois que ça dure mais ce jour-là ils partent aux Maldives donc là ce n'est vraiment plus possible... »*
- médecin 11 : *« Parce qu'en fait c'était un patient qui était... qui avait effectivement une AEG mais qui aurait pu à mon avis rester à domicile mais avec une aide et malheureusement les enfants, je crois que c'étaient les enfants, ne voulaient pas s'en charger donc en fait on avait hospitalisé. »*
- médecin 15 : *« on en revient à l'entourage aussi... qui peut être présent mais qui peut aussi dire : « Ben non (siffle), on se décharge, on veut que papi et mamie aillent à l'hôpital. Nous on ne peut pas s'en occuper. » J'ai eu ce genre de cas aussi. Dans ce cas-là on ne joue pas quoi. »*

Pour le médecin 4 le problème survient plus en aval lorsque que la prise en charge devient trop lourde pour l'aidant que ce soit au niveau physique ou psychologique : *« C'est l'AEG qui pose souvent soucis aux aidants et qui parfois oblige à hospitaliser parce que les aidants n'arrivent plus à gérer »*

Précarité et conditions de vie

La précarité est un des aspects frappants auquel le médecin généraliste est confronté dans son exercice et notamment durant les visites à domicile :

- médecin 1 : *« Parfois, t'as une AEG avec une incurie, un patient qui n'a pas de ressources, qui est isolé, c'est clair qu'ils finissent plus facilement aux urgences. »*

- médecin 7 : « *Donc ça avait été très compliqué il y avait beaucoup, beaucoup de choses à faire sur son domicile pour qu'il soit viable. Elle avait un petit peu bloqué tout ça. Et elle s'est retrouvée début de l'hiver rentrant toute seule chez elle dans une grande maison totalement insalubre, non chauffée. Il faisait -4°C, c'était pile dans une vague de froid et il y avait des problèmes d'eau, d'électricité, des rats, c'était un Diogène, hein ! On avait chiffré ensuite... rien que l'évacuation des déchets à plus de 10 000 euros. (rires) Et euh... donc voilà. Il y avait une AEG qui n'était pas récente, elle a été hospitalisée aux urgences mais dans un cadre particulier pour des raisons psychiatriques et de précarité. »*
- médecin 8 : « *euh environnementaux... je ne sais pas moi, quelqu'un qui a le chauffage déficient l'hiver, se fait une intoxication chronique au CO ou une tête... je ne sais pas moi, pleins de choses. »*

2.2) Pathologie(s) associée(s) à l'AEG

Décompensation aigüe

Dans une deux tiers des cas, la décompensation d'une pathologie associée à l'AEG a été retrouvée comme facteur précipitant qui favorisait l'envoi de la personne âgée aux urgences :

- médecin 2 : « *on a la situation d'urgence vitale, qui est en détresse respiratoire, qui est en détresse cardiaque. Une détresse respiratoire ça peut être une personne qui ventile mal. Une détresse cardiaque ça peut être une fibrillation auriculaire, ça peut être vraiment une décompensation cardiaque. Dans quel cas, là on a simplement je dirais euh... on s'adresse au médecin en disant : « Voilà, je t'adresse Mr X qui présente une décompensation cardiaque ». L'altération elle est automatique »*
- médecin 10 : « *Là où j'ai un argument clinique qui fait qu'on ne peut pas s'y prendre petit à petit en faisant des explorations en dehors de... je ne sais pas qu'il décompense un peu au niveau cardiaque ou des constantes un peu pourries ou de la fièvre ou euh... quelque chose de palpable qui fait qu'on n'a pas le temps de faire quelque chose tout seul avec... sans les urgences. »*

- médecin 15 : « *il avait une gêne respiratoire à la limite de la détresse respiratoire donc euh dans tous les cas c'était plus, voilà son contexte général, lui il ne pouvait pas rester à la maison. Mais bon, il y a forcément une AEG au premier sens du terme. »*

Risque de décompensation à court terme

Dans la situation où il n'y a pas de décompensation immédiate, un risque de décompensation est toujours présent et le généraliste doit apprécier ce risque durant la prise en charge du patient :

- médecin 9 : « *il y a un délai de temps qui est limité parce que si on tarde trop ben... une semaine après ça peut mal finir. »*
- médecin 7 : « *malgré son âge c'était quelqu'un de très dynamique et autonome quand je la connaissais. Que là, elle était pas du tout autonome... euh que j'avais une inquiétude sur son devenir à court terme. »*

Le risque de de décompensation le plus évoqué chez la personne âgée, pour qui la mobilisation est souvent précaire, reste le risque de chute ou de rechute :

- médecin 7 : « *mais par contre, elle était très instable, j'avais vraiment la crainte qu'elle rechute une demi-heure après quoi hein ! Je pouvais mettre en place des aides paramédicales mais pas constantes pas permanentes et sur le plan cognitif j'avais beaucoup d'incertitudes quoi, hein ! Voilà. »* et « *mon inquiétude c'était plutôt qu'elle récidive une chute et qu'il n'y ait personne pour la secourir ou pour l'aider »*
- médecin 12 : « *C'est, il y a eu une chute et bon à ce moment-là il y a... même s'il ne se fait pas mal sur le moment, il n'a pas de lésions traumatiques il y a un risque qu'il rechute et à ce moment-là ça doit nécessiter une hospitalisation et du coup une hospitalisation en urgence pour le coup pour pas que le patient rechute au domicile il ne peut pas attendre 24-72 heures de rechuter »*

2.3) Diagnostic

Impasse diagnostique et investigation complémentaire

Un autre point important qui est cité par deux tiers des médecins interrogés, concerne leurs limites diagnostiques soit par certains cas complexes qui vont au-delà des compétences de médecine générale :

- médecin 7 : *« Ça peut être parce que je n'ai pas compris ou su trouver la réponse... enfin quel était le point d'appel quoi hein ! »*
- médecin 13 : *« Toutes les choses qui me dépassent comme médecin traitant. Moi j'ai mes limites, je connais bien mon métier et je sais jusqu'à où je peux aller. Et on arrive vraiment à une limite... moi personnellement, je parle de moi, je dis : « Non, à partir d'ici je ne sais pas ».*
- médecin 15 : *« ce qui me motive à hospitaliser une personne c'est l'absence d'étiologie. Voilà de ne pas trop savoir là où on va. »*

Soit lorsque l'investigation nécessite des examens complémentaires difficilement réalisables en médecine de ville :

- médecin 1 : *« Ça m'est déjà arrivé de faire partir des patients de l'EHPAD vers les urgences pour altération de l'état général. Et là, c'est plutôt dans un contexte où on a un syndrome inflammatoire, une altération de l'état général, la patiente s'enfonce de plus en plus à l'EHPAD et on ne trouve pas, on a l'impression que tout ce qu'on fait ça ne sert à rien et là on se dit il faut vraiment faire la batterie d'examens complémentaires. »*
- médecin 8 : *« si tu as fait toute une batterie de recherches et que c'est négatif. Faut dire : « Attends ! », s'il continue l'amaigrissement, moi je...je ne peux plus il faut pousser l'investigation. T'as fait la fibro, t'as fait la colo, t'as fait le scanner de haut en bas, t'as fait toutes les prises de sang, les recherches, bon ça dépasse tes compétences... tu passes la main. »*
- médecin 15 : *« Donc... et quand on ne sait pas de toute façon on ne sait pas et si la personne est altérée au sens large du terme, là elle a besoin d'investigations et il faut qu'elle aille à l'hôpital. »*

Ce manque de moyens diagnostiques est particulièrement présent pour le médecin 1 lorsqu'il exerce en milieu rural : *« Par contre en campagne, c'est diagnostique... Vraiment il y a des situations où j'ai déjà envoyé des personnes aux urgences parce que, il fallait des biologies en urgence et que la seule façon d'avoir cette biologie, c'est les urgences. »*

Eliminer un diagnostic grave

L'AEG peut parfois cacher une pathologie plus grave qu'il est nécessaire de diagnostiquer rapidement pour les généralistes :

- médecin 12 : *« enfin j'essaye de noter des choses que je veux éliminer en tout cas. J'essaye de lui donner un but pour que ben s'il ne retrouve pas les examens que je demande en urgence, qu'il ait la possibilité de renvoyer la personne au domicile et que je puisse soit le faire hospitaliser après soit le faire consulter un autre spécialiste en ville plus calmement. »*
- médecin 13 : *« Mais quand on a par exemple suspicion d'un AVC c'est l'hôpital. »*

Pour le médecin 11, la gravité du motif de consultation peut avoir son influence concernant un envoi aux urgences : *« Quand on est appelé en urgence, ça peut ...on peut déboucher plus rapidement sur une hospitalisation. »*

2.4) La prise en charge thérapeutique

Echec de la prise en charge initiale

Un tiers des médecins interrogés réalisent un bilan ou essayent des thérapeutiques probabilistes en première intention et lorsque ces mesures ne permettent pas l'amélioration du patient, ils préfèrent l'adresser aux urgences :

- médecin 1 : *« Soit il n'y a pas d'urgence et dans ce cas-là j'essaie vraiment de lui faire comprendre, il y a une AEG malgré ce qu'on a fait pendant je ne sais pas combien de jours etc... Parce que vraiment le fait d'avoir... C'est souvent sur la maison de retraite où ça se passe comme ça, on essaie vraiment de tout faire avant*

en amont pour éviter que la personne âgée parte à l'hôpital. Donc en fait c'est rare. Voilà. J'explique ce qu'on a fait, ça n'avait pas marché si on l'adresse à l'hôpital et puis, et puis voilà. »

- médecin 5 : *« c'est une dame qui vit en maison de retraite à X, qui avait un syndrome infectieux pulmonaire qui traînait déjà depuis une dizaine de jours pour lequel j'essayais de me débrouiller par moi-même euh... sauf qu'elle s'est dégradée petit à petit et ça devenait compliqué au niveau de la prise des traitements per os, au niveau de la prise des médicaments, la prise des boissons, l'alimentation et donc elle devenait de plus en plus asthénique avec des troubles de la conscience et puis elle se déshydratait malgré les sous-cutanées. Donc j'ai dû l'adresser pour AEG dans un contexte de syndrome infectieux. »*

Chez le médecin 12, on sent un sentiment de frustration et de remise en question face à un envoi aux urgences : *« moi pour moi, c'est un échec de faire passer une personne âgée par les urgences euh... c'est... pour moi c'est un échec. Voilà. Ça veut dire que je me suis planté à un moment donné. »*

Soins hospitaliers nécessaires

Pour également un tiers des médecins rencontrés, certaines situations cliniques amènent à déléguer rapidement les patients aux urgences :

Le médecin 10 s'alerte en présence d'un argument somatique : *« Là où j'ai un argument clinique qui fait qu'on ne peut pas s'y prendre petit à petit en faisant des explorations en dehors de... je ne sais pas qu'il décompense un peu au niveau cardiaque ou des constantes un peu pourries ou de la fièvre ou euh... quelque chose de palpable qui fait qu'on n'a pas le temps de faire quelque chose tout seul avec... sans les urgences. »*

Le médecin 13 fait appel à des soins urgents lorsque la situation clinique dépasse ses capacités de prise en charge : *« on a envoyé quelqu'un lorsqu'on est dépassé ici comme médecin généraliste. On arrive à suivre des maladies mais parfois on est dépassé et ce n'est pas facile à gérer parfois car ce sont des cas graves qu'il faut envoyer tout de suite »*

Pour le médecin 15, c'est l'indication de soins continus qui conditionne son jugement pour un transfert vers les urgences : *« si on prend la décision d'envoyer quelqu'un aux urgences, encore une fois c'est que cette personne a besoin de soins continus étant à priori en danger*

pas immédiat mais relativement imminent et donc il faut des soins continus des soins diagnostiques mais surtout des soins... initiaux qui sont importants non ? »

Ressources thérapeutiques à disposition

Une autre dimension importante aux yeux des généralistes concerne la limitation des ressources thérapeutiques à disposition lorsque des soins techniques sont requis :

- médecin 8 : *« soit qu'il est tout seul et que ça pose un problème de maintien, soit que ça pose un problème d'entourage, voilà qu'on ne peut plus gérer à la maison même s'il y a les aides, même s'il y a les infirmières qui passent, même si...voilà il y a une dégradation particulière qui demande à la fois de rechercher le « pourquoi » si je ne le connais pas et si je le connais, parce que je ne peux pas le soigner et puis voilà. »*
- médecin 15 : *« il se trouve que moi je l'avais retrouvé au domicile très très gêné pour respirer donc pareil le patient isolé avec peu de moyens techniques pour le soulager, de l'oxygène au domicile ça aurait été compliqué donc il fallait une surveillance continue donc oui je l'avais envoyé aux urgences parce qu'il était extrêmement fatigué »*

Les médecins 2 et 15 nous précisent également que ces restrictions des soins d'urgence sont parfois en rapport avec un manque de pratique dans leur activité : : *« Et comme on est plus habitués à le faire, le temps que ça représente ça fait peut-être un petit peu peur donc on a tendance à se débarrasser peut-être un peu vite de ces cas limites, un petit peu. »* (2) et *« Oui, ben le besoin de soins techniques comme l'oxygénothérapie au domicile c'est un petit peu casse-gueule. Surtout quand on n'a pas de diagnostic préétabli donc c'est surtout ça. »* (15)

Incertitude dans la prise en charge

Nombreux sont les facteurs qui influencent une situation clinique et qui amènent le médecin généraliste à se questionner sur sa prise en charge. Dès que cette incertitude est trop importante un passage vers les urgences est souvent préconisé par les médecins :

- médecin 2 : *« Je pense que c'est surtout... c'est peut-être aussi en fonction de notre inquiétude à nous. Quelque fois, on n'est pas tranquille, on a la sensation qu'on ne*

va pas réussir à gérer tout, alors ça c'est un tout, ça peut venir un petit peu de la sensation de... de l'inquiétude des aidants ou des soignants et on se dit, si on n'arrive pas à être suffisamment « performant », être efficace simplement »

- *médecin 3 : « Là je ne savais pas trop quoi faire de plus comme je ne la connaissais pas trop. Elle était isolée avec son mari donc voilà. »*
- *médecin 7 : « mais par contre, elle était très instable, j'avais vraiment la crainte qu'elle rechute une demi-heure après quoi hein ! Je pouvais mettre en place des aides paramédicales mais pas constantes pas permanentes et sur le plan cognitif j'avais beaucoup d'incertitudes quoi, hein ! Voilà. »*
- *médecin 13 : « on a envoyé quelqu'un lorsqu'on est dépassé ici comme médecin généraliste. On arrive à suivre des maladies mais parfois on est dépassé et ce n'est pas facile à gérer parfois car ce sont des cas graves qu'il faut envoyer tout de suite et ce sont des cas où il faut penser : « Est-ce que ça peut attendre encore ? On peut faire quelque chose pour cette personne ou pas ? » Mais ça dépend des cas. »*

Surveillance requise

Une autre caractéristique déclarée concerne un besoin de surveillance continue difficile à mettre en place au domicile :

- *médecin 7 : « mais par contre, elle était très instable, j'avais vraiment la crainte qu'elle rechute une demi-heure après quoi hein ! Je pouvais mettre en place des aides paramédicales mais pas constantes pas permanentes et sur le plan cognitif j'avais beaucoup d'incertitudes quoi, hein ! Voilà. »*
- *médecin 12 : « il a besoin d'une surveillance hospitalière parce que c'est ça qu'on prescrit en fait quand on envoie à l'hôpital, c'est une surveillance hospitalière et la possibilité de faire des examens mais pas forcément dans l'urgence. »*
- *médecin 15 : « il fallait une surveillance continue donc oui je l'avais envoyé aux urgences parce qu'il était extrêmement fatigué »*

Rapidité de la prise en charge aux urgences

Deux médecins s'accordent sur la rapidité de la prise en charge aux urgences plutôt qu'un bilan et des soins ambulatoires :

- médecin 6 : *« au moins il pourra être bilanté plus ou moins perfusé, plus ou moins hospitalisé et plus ou moins... imagé enfin en tout cas bilanté en prise de sang et en bilan morphologique s'il y avait besoin quoi. Plus rapidement et peut-être, et en étant moins gêné que s'il fallait le faire en ambulatoire, lui adresser une infirmière à domicile pour une prise de sang puis attendre les résultats, puis l'adresser en ambulance avec un bon de transport, faire une échographie et voir après si je reçois le résultat enfin... ce sera plus pour la rapidité du truc »*
- médecin 7 : *« Donc voilà, dans mon souvenir j'ai expliqué ça à l'hôpital de façon à ce qu'elle soit bilantée rapidement... remise un peu sur pieds, qu'on ait un tout petit peu le temps de s'organiser avec les proches, les paramédicaux pour sécuriser un petit peu la situation, voilà. »*

2.5) Le patient

Rupture avec l'état antérieur

La relation privilégiée que le généraliste entretient avec le patient, lui permet de mieux jauger son patient par rapport à son état antérieur :

- médecin 6 : *« enfin que ce soit du coup justifié que ce soit urgent quoi, un petit peu... enfin qu'il y ait une vraie rupture avec l'état antérieur ou alors que ce soit vraiment un état pas satisfaisant pour rester à la maison quoi. »*
- médecin 7 : *« Euh comparatif, parce que... parce que malgré son âge c'était quelqu'un de très dynamique et autonome quand je la connaissais. Que là, elle était pas du tout autonome... »*
- médecin 8 : *« c'était une dégradation nette alors qu'il était... parce qu'il avait une chute de tension quand même, qu'il n'était pas bien, qu'il souffrait et que et voilà. Ce n'est pas... il était altéré par rapport à l'homme qu'il était il y a quelques jours. »*

Rapidité d'évolution

Un autre argument fort qui revient est la rapidité d'évolution de l'état général du patient surtout chez la personne âgée :

- médecin 2 : *« on va être appelé par un patient un matin à 9 h et puis on va le voir et puis le soir il est moins bien, ou le lendemain ça se dégrade... oui c'est vrai que la rapidité d'évolution est importante. »*
- médecin 9 : *« quand c'est une vraie AEG avec une vraie dégradation de l'état qui est très importante en peu de temps ben oui on va aller vers une hospitalisation »*
- médecin 12 : *« Alors après si je dois l'envoyer aux urgences c'est que là il s'est dégradé rapidement et euh... »*

Aggravation progressive

Paradoxalement, une évolution plus lente de l'AEG mais qui persiste et s'aggrave va également pousser davantage de médecins à hospitaliser leur patient aux urgences :

- médecin 5 : *« c'est une dame qui vit en maison de retraite à X, qui avait un syndrome infectieux pulmonaire qui traînait déjà depuis une dizaine de jours pour lequel j'essayais de me débrouiller par moi-même euh... sauf qu'elle s'est dégradée petit à petit et ça devenait compliqué [...] Donc j'ai dû l'adresser pour AEG dans un contexte de syndrome infectieux. »*
- médecin 8 : *« Surtout quand on voit une dégradation, s'il n'est pas trop vieux... si la personne n'est pas trop vieille. Une dégradation et on n'arrive pas à mettre la main dessus, sur le diagnostic. »*
- médecin 9 : *« Et puis euh, ceux pour qui ça ne passe pas où vraiment il y a une dégradation sans explication, il y a toute une biologie qui va être faite et puis en fonction de la biologie s'il n'y a aucun élément évident, à ce moment-là ça peut être la démarche... »*

Dégradation majeure de l'état général

L'intensité de l'altération a aussi son importance et rentre dans les critères de quelques médecins :

- médecin 8 : « *C'est une urgence, une altération sévère de l'état général là quand même. Ce n'était pas une petite altération progressive. C'était du lourd.* »
- médecin 9 : « *quand c'est une vraie AEG avec une vraie dégradation de l'état qui est très importante en peu de temps ben oui on va aller vers une hospitalisation* »
- médecin 14 : « *c'est vrai que si là le maintien à domicile est impossible et que de toute façon l'altération est telle qu'on ne peut pas le laisser à domicile et qu'on ne peut pas faire le bilan en ville, oui je vais l'adresser aux urgences* »

Les symptômes de l'AEG

Malgré tout, un tiers des médecins interrogés reprennent comme déterminants les symptômes usuels de l'AEG en l'utilisant à des degrés différents et souvent associés à la déshydratation :

- médecin 15 : « *je l'avais envoyé aux urgences parce qu'il était extrêmement fatigué* »
- médecin 1 : « *une AEG, elle ne mangeait plus, euh... c'était vraiment euh... elle a commencé à maigrir à être déshydratée, plus manger etc. [...] 3 jours plus tard, c'était toujours pareil, la biologie n'avait rien de particulier et finalement du coup je l'ai envoyée aux urgences.* »
- médecin 10 : « *Quels signes ? Pffffou je ne sais pas, une décompensation cardiaque, un amaigrissement plus, plus, plus, quelqu'un qui a vraiment perdu beaucoup de poids en vraiment très, très peu de temps et que je n'arrive pas à le réorienter différemment.* »
- médecin 14 : « *il avait perdu énormément de poids, des troubles du comportement. Bon j'ai fait faire un bilan et le bilan étant extrêmement perturbé et cette perte de poids, je l'ai adressé à ce moment-là aux confrères.* »

Pour le médecin 5 c'est parfois la difficulté à la prise orale qui entraîne les symptômes de l'AEG : « *sauf qu'elle s'est dégradée petit à petit et ça devenait compliqué au niveau de la*

prise des traitements per os, au niveau de la prise des médicaments, la prise des boissons, l'alimentation et donc elle devenait de plus en plus asthénique avec des troubles de la conscience et puis elle se déshydratait malgré les sous-cutanées. »

Désordres neurologiques

Chez les personnes âgées les anomalies neurologiques sont plus fréquentes et l'AEG va encore majorer ce risque. Chez les médecins interrogés, deux atteintes sont souvent décrites, les troubles de la vigilance :

- médecin 2 : *« on va dire les signes de déshydratation, simplement, surtout, les signes de conscience, altération de la conscience, la déshydratation donc le fait surtout de ne pas boire et le fait d'avoir la sensation... »*
- médecin 8 : *« j'en ai hospitalisé un, ben tiens justement parce que... on a fait un bilan après une AEG, on ne sait pas ce que c'est... mais je pense que moi, c'est parce que... quand l'infirmier est arrivé chez lui, il l'a trouvé un petit peu... complètement dans les masses... aréactif, en fait c'est parce qu'il avait pris des médicaments à l'heure de la sieste là... euh Temesta par exemple voilà... on a fait tout un tas... tout un bilan et ça s'est avéré négatif mais euh... »*
- médecin 12 : *« par exemple la dernière personne que j'ai envoyé c'était ça, il avait 40 °C de fièvre, il délirait, totalement inconscient et il y avait des troubles de la conscience notables à ce moment-là oui, je l'envoie aux urgences. »*

Et la dégradation de l'état cognitif :

- médecin 7 : *« mais par contre, elle était très instable, j'avais vraiment la crainte qu'elle rechute une demi-heure après quoi hein ! Je pouvais mettre en place des aides paramédicales mais pas constantes pas permanentes et sur le plan cognitif j'avais beaucoup d'incertitudes quoi, hein ! Voilà. »*
- médecin 9 : *« L'alerte, elle peut venir de la famille souvent en particulier dans les troubles cognitifs mais euh... oui l'alerte elle peut être donnée par l'entourage de façon fréquente... alors ça peut être des gens qui vivent seuls aussi et voilà ou*

l'aide... l'auxiliaire de vie ou quelqu'un de la famille qui va donner euh... ou du voisinage qui va donner l'alerte oui. »

Perte d'autonomie

Ce déterminant survient souvent comme une conséquence de l'AEG et favorise un envoi aux urgences :

- médecin 4 : *« ou si l'AEG est trop importante et que voilà même si on a fait tout le ... tout le ... même si on a pu à domicile, organiser les scans les machins, les trucs, si un moment donné on ne peut pas garder les gens parce qu'ils sont euh...plus en état de se débrouiller tout seuls, je pense que c'est le moment de voilà... »*
- médecin 7 : *« malgré son âge, c'était quelqu'un de très dynamique et autonome quand je la connaissais. Que là, elle était pas du tout autonome... euh que j'avais une inquiétude sur son devenir à court terme. »*
- médecin 8 : *« monsieur qui vit tout seul et qui a un problème pour se préparer les repas, il faut tenir compte de l'environnement social. »*
- médecin 12 : *« Un critère... ben un amaigrissement, un alitement enfin une grabatisation euh ou alors... oui voilà une grabatisation, voilà une perte d'autonomie complète. »*

Ressenti du patient

Dans certains cas, les inquiétudes exprimées par le patient peuvent aiguiller le médecin sur l'urgence de la situation clinique :

- médecin 10 : *« Le ressenti du patient qui est exacerbé qui te fait poser des questions des fois. Des gens plus inquiets te font plus remettre en question que les gens qui ne le sont pas. »*
- médecin 15 : *« qu'il se sentait en détresse aussi, il avait peur et qu'il avait une gêne respiratoire à la limite de la détresse respiratoire donc euh dans tous les cas c'était plus, voilà son contexte général, lui il ne pouvait pas rester à la maison. Mais bon, il y a forcément une AEG au premier sens du terme. »*

Comportement du patient

Dans d'autres cas le patient n'a pas forcément à exprimer son mal-être qui peut être visible à travers son comportement :

- médecin 9 : « *une apathie ça m'a l'air important, une attitude aussi hein. Une prostration en fait, voilà.* »
- médecin 15 : « *Surtout sur le faciès, sur l'attitude, t'arrives chez quelqu'un, la personne déjà est au fond du pieux avec le drap sous le nez, pâle, en sueur ou voilà[...] Il y a des petites choses comme ça où rapidement on se met en condition pour savoir si la personne il faudra l'hospitaliser ou pas mais après parfois on se trompe.* »

Pour le médecin 13 qui connaît bien sa patientèle, l'expression faciale est suffisante pour percevoir un problème : « *je l'ai vu, j'ai vu le visage qui n'était pas comme mardi et quand on parle avec quelqu'un on voit qu'il n'a pas la force de parler correctement, de ne pas parler comme mardi par exemple dans son cas et de rester immobile* » et « *D'abord pour moi c'est le visage. Quand je vois un patient ça me dit tout. [...] pour mes patients, comme je les vois régulièrement, comme on parle déjà de personnes âgées, ça te dit quelque chose qui ne va pas.* »

Versant psychologique du patient

Quelques-uns remarquent que le versant psychologique ou une pathologie psychiatrique peut influencer leurs choix de transférer une personne âgée aux urgences selon les cas :

- médecin 7 : « *Il y avait une AEG qui n'était pas récente, elle a été hospitalisée aux urgences mais dans un cadre particulier pour des raisons psychiatriques et de précarité.* »
- médecin 9 : « *I : Est-ce ce qu'il y a des facteurs environnementaux qui vont plus vous pousser à hospitaliser ?*

M9 : [...] quand c'est à domicile ben euh... enfin un désordre ménager on va dire... ménager ou dans la chambre hein, une incurie oui après euh... dépressif quelques fois aussi hein. »

L'âge du patient

L'âge du patient rentre forcément en jeu pour certains qui prennent en compte l'espérance de vie à venir de la personne âgée. Pour une personne à l'âge très avancée, les objectifs ne sont pas les mêmes :

- médecin 9 : « *« Tout dépend de l'âge de la personne, son état général auparavant et si c'est un grand âge, si c'est quelqu'un qui est proche d'une fin de vie on ne va pas forcément chercher l'hospitalisation systématiquement. »*
- médecin 11 : « *C'est vrai que quelqu'un qui est en AEG qui a 60 ans ou 65 ans, on ne réagit pas pareil que celui qui a 90 ans ou plus. Voilà donc moi je vois un petit peu comme ça. »*

Pour le médecin 3, le grand âge apparaît au contraire comme un frein à l'hospitalisation en service et il voit les urgences comme seule alternative thérapeutique pour son patient : « *Parce que j'ai d'abord appelé à Saint-Palais qui m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas la prendre parce qu'ils n'avaient pas de lits. Après j'avais appelé à Belharra mais ils n'étaient pas intéressés parce qu'elle était trop vieille et puis j'ai fini par l'envoyer à l'hôpital. »*

2.6) Le médecin

L'intuition

Parmi les déterminants relatifs au médecin lui-même, c'est l'argument le plus cité lors des interviews. Pour certains, l'intuition est plus présente dans des cas où le diagnostic fait défaut :

- médecin 1 : *« j'ai dit à l'infirmière, je lui ai dit : « Mme untel, ça ne va pas, elle se dégrade terrible. Je pense que ça va mal finir cette histoire ». Je lui ai dit, j'avais une intuition mais mauvaise. Je me suis dit ça, ça ne sent pas bon etc... Et on a fait une prise de sang, on a essayé de voir un petit peu, il n'y avait rien de plus et finalement on l'a envoyé aux urgences ».*
- médecin 3 : *« je pensais vraiment qu'elle allait avoir quelque chose. Parce que j'avais cette température-là qui avait été objectivée donc je pensais qu'elle était infectée de quelque part donc ça m'a étonné qu'elle soit renvoyée de suite, parce qu'ils n'avaient rien trouvé. Moi j'avais quand même la sensation qu'elle était... qu'elle était malade, quoi. »*

Pour le médecin 10, l'intuition est à prendre en compte en complément de sa démarche clinique : *« Ouais tu vois bien, quand tu sens ou tu ne sens pas un truc, ce n'est pas chiffrable mais tu te dis euh... là je sens qu'il ne va pas pouvoir... je ne sais pas, un 9/6 de tension chez un patient que tu sens bien, tu ne vas pas trop mal l'interpréter et un 9/6 chez un patient pas très... enfin je ne sais pas, que tu ne sens pas ben ça va dans l'autre sens quoi ! Enfin à mon sens. »*

Dans tous les cas, pour le médecin 15, elle s'acquiert avec l'expérience et doit toujours être interprétée avec précaution : *« Bon voilà c'est un petit peu le même genre de choses, bon ben c'est effectivement notre instinct médical qui s'affûte au fil des années qui nous aide finalement à nous orienter après c'est toujours pareil, il faut étayer tout ça... »*

Difficultés organisationnelles

Un des inconvénients majeurs réside dans la réalisation d'un bilan en ambulatoire dont l'organisation s'avère longue et difficile à mettre en place, ce qui peut être délétère pour le patient :

- médecin 6 : *« il est tout à fait ok pour le bilanter, voir s'il y a une prise de sang ou une imagerie ou une analyse d'urines ou truc un peu de débrouillage et qui peut se faire assez rapidement aux urgences et plus facilement qu'en ville, en externe, de devoir aller en ambulatoire à différents trucs et pour un patient altéré ce n'est pas très facile. »*

- médecin 8 : « *quand il se dégrade et qu'il faut l'explorer plus facilement, c'est plus simple d'explorer en peu de temps à l'hôpital que de mettre en place tout un système... et de toute façon ce sera trop long pour l'explorer. Les déplacements parce qu'il n'y a pas de véhicules... euh les rendez-vous, ce sera trop long donc t'optes pour du plus rapide et plus court quoi !* »
- médecin 9 : « *d'abord parce qu'on est loin et donc on ne va pas faire... déjà quelqu'un qui est en AEG, elle a quand même un grand âge, on ne va pas lui faire faire 15 allers-retours ça c'est une évidence. On a besoin quand même besoin d'un ensemble s'il y a un examen négatif d'avoir l'autre dans la foulée et voilà... essayer de... d'aller vite au diagnostic parce que le temps est... est toujours un peu compté.*»

Pour le médecin 1, la communication privilégiée qu'il entretient avec son réseau infirmier lui permet d'éviter des hospitalisations à répétition aux urgences : « *En fait je me rends compte, que si je ne connaissais pas les infirmiers, je suis sûr qu'il y aurait pleins de patients sur Sabres pour une altération de l'état général que j'aurais envoyé aux urgences parce que ça aurait été trop le bazar.* »

Disponibilité du médecin

Devant la demande de soins croissante, la disponibilité du médecin est devenue une denrée rare et s'occuper d'un patient en AEG demande un investissement difficile à réguler en termes de temps pour un tiers des généralistes :

- médecin 3 : « *Et puis après le manque de, enfin...Et puis même moi aussi parce que c'est des gens, il faudrait peut-être aussi les voir tous les jours, on n'a pas trop le temps...* »
- médecin 5 : « *Oui, parce que c'est vrai que ça prend du temps quand même de gérer ça et c'est... comme justement ce n'est pas forcément quelque chose d'aigu, il faut réévaluer régulièrement et que ça prend du temps mais il n'y en a pas...enfin il n'y en a pas tant de patients non plus que ça. Mais, oui c'est surtout qu'il faut réévaluer régulièrement donc c'est ça qui est plus difficile.* »
- médecin 12 : « *Après le souci c'est que quand on fait ça, ça demande de réévaluer la personne après c'est très chronophage* »

Calcul du rapport bénéfices/risques

Un autre déterminant pris en compte par d'autres médecins, concerne l'évaluation du rapport bénéfice/risque relatif à l'hospitalisation versus un maintien à domicile :

- médecin 2 : « *Quelques fois on a des personnes âgées, euh assez âgées je dirais qu'on estime encore intéressant sur le plan vital, c'est à dire qu'on pense qu'on peut encore les...garder, les préserver un peu et c'est vrai qu'on se dit que si on les garde à domicile un peu trop longtemps on va justement aggraver l'AEG et on risque d'arriver à une situation de décès. Alors que quelque part en hospitalisant, quelquefois, on peut les faire repartir.* »
- médecin 8 : « *Ah... ça dépend s'il est seul, s'il n'est pas seul avec un environnement euh... sous... quand on a l'impression qu'on ne trouve pas la cause que... bon premièrement quand il est seul et qu'on ne peut pas le laisser chez lui... quand il se dégrade et qu'il faut l'explorer plus facilement, c'est plus simple d'explorer en peu de temps à l'hôpital que de mettre en place tout un système... et de toute façon ce sera trop long pour l'explorer.* »
- médecin 13 : « *« Est-ce que c'est mieux pour lui de rester là ou est-ce que c'est mieux à l'hôpital ? » Parce que déjà le voyage jusqu'à l'hôpital c'est fatiguant et ça peut lui altérer l'état général.* »

Méconnaissance du patient

Cet argument se voit exclusivement chez les jeunes médecins et plus particulièrement chez les remplaçants qui ne connaissent pas forcément l'état habituel des patients évalués :

- médecin 1 : « *ils prennent moins en compte l'aspect psychologique justement eux, parce qu'ils ne connaissent pas les patients, ils ne connaissent pas la famille donc le médecin il arrive il ne connaît personne, il voit un vieux qui n'est pas bien. Et qu'est-ce qu'il fait ? Il l'envoie aux urgences.* »
- médecin 3 : « *j'étais en garde, je ne la connaissais pas trop, alors je me suis dit : « écoutes, tu ne vas pas trop jouer. » Du coup je l'ai envoyée aux urgences pour faire le bilan »*

- médecin 6 : « *Parce que ce qui est difficile, je trouve quand tu es remplaçante et en visite à domicile chez des gens que tu n'as jamais vu de ta vie... t'as aucune idée de si c'est son « état de base » ou si c'est un truc hyper-aigu et inquiétant.* »
- médecin 10 : « *Peut-être euh... peut-être le contexte quand tu es remplaçant, quand tu ne les connais pas et que tu ne sais pas trop s'ils sont habituellement comme ça. Sinon, t'es forcément plus alarmiste.* »

Connaissance de sa patientèle

A l'inverse pour les médecins installés, le fait de connaître leurs patients depuis des années leur permet de noter un changement avec un état antérieur :

- médecin 2 : « *Ça c'est une appréciation personnelle, c'est-à-dire qu'en gros, moi j'apprécie parce que je connais mon patient* »
- médecin 13 : « *D'abord pour moi c'est le visage. Quand je vois un patient ça me dit tout. Avant de consulter ce patient... bien sûr comme je connais mes patients... quand on fait des gardes ce n'est pas pareil on ne connaît pas le patient on ne peut pas dire ça mais pour mes patients, comme je les vois régulièrement, comme on parle déjà de personnes âgées, ça te dit quelque chose qui ne va pas.* »
- médecin 15 : « *on me dit : « Faut aller voir Mr untel il ne va pas bien du tout », on se dit : « tiens ? on connaît la personne, quand il appelle c'est bizarre. » »*

Expérience du médecin

Chez les médecins exerçant depuis longtemps, l'expérience acquise au fil de leur pratique leur permet d'évaluer certaines situations sans forcément avoir recours à une démarche clinique pure :

- médecin 4 : « *Oui, je crois que c'est important d'en tenir compte même si nous on n'a pas, nous, des signes forcément patents mais je pense que par expérience, écouter la demande des gens c'est important et des fois ils savent mieux que nous.* »

- médecin 15 : « *Bon voilà c'est un petit peu le même genre de choses, bon ben c'est effectivement notre instinct médical qui s'affûte au fil des années qui nous aide finalement à nous orienter après c'est toujours pareil, il faut étayer tout ça...* »

Compétences du médecin

Les compétences du médecin traitant rentrent également en jeu dans la prise de décision selon ce qu'il peut ou ne peut pas faire pour le patient :

- médecin 11 : « *c'est ce qu'on appelle l'evidence based médecine, tu connais bien sûr, enfin voilà ben il y a le patient, sa maladie, il y a les connaissances du médecin et après il y a les proches, le contexte, tout l'entourage et des fois beh oui le rond de l'entourage est plus important que les pathologies que peuvent présenter le malade ou l'avis du médecin, enfin pour moi ce n'est pas... c'est important de prendre en compte les 3 dimensions* »
- médecin 13 : « *on a envoyé quelqu'un lorsqu'on est dépassé ici comme médecin généraliste. On arrive à suivre des maladies mais parfois on est dépassé et ce n'est pas facile à gérer parfois car ce sont des cas graves qu'il faut envoyer tout de suite et ce sont des cas où il faut penser : « Est-ce que ça peut attendre encore ? On peut faire quelque chose pour cette personne ou pas ? » Mais ça dépend des cas.* »

Pour le médecin 11, c'est plutôt le manque de connaissances gériatriques qui va influencer sa prise de décision : « *bon après moi je n'ai aucune formation de gériatre donc sûrement que mes thérapeutiques des fois doivent être plus toxiques (rires) que... que bénéfiques. Ça c'est évident je pense que... parce que souvent quand on envoie des gens aux urgences et qu'ils rentrent d'hospitalisation après la gériatrie, ils arrivent (rires) ils n'ont plus rien de tout ce qu'on leur avait donné quoi !* »

Obligation de moyens

Ce déterminant, représenté implicitement par les structures secondaires et tertiaires, reflète une alternative vers laquelle les médecins doivent se tourner lorsqu'ils sont acculés dans une situation médicale trop complexe :

- médecin 2 : « *Ce « faites quelque chose » ce n'est pas la piqure qu'on va faire et le traitement qu'on va lui donner. Ça veut dire (claquement de doigts) : « Envoyez-le*

à l'hôpital » Parce que là au moins à l'hôpital, il y aura un packaging, on va tout soigner en même temps et il va nous revenir en bon état. »

- médecin 9 : « C'est intéressant, après il y a toujours cette pression de fonctionnement puis après il reste quand même... ce qui va poser problème c'est le... la responsabilité toujours, c'est-à-dire qu'il faut quand même bien faire les choses. Parce que sinon on se met en danger. »
- médecin 15 : « Faut expliquer à la famille ce qu'on fait, dire qu'on va soigner une personne qui est en train de se dégrader sans savoir ce qu'elle a, un petit peu au pifomètre alors qu'on a des soins en secondaire voir tertiaire à portée de main, c'est difficilement acceptable de nos jours quoi. C'est très très casse-gueule. Il y a aussi cette pression là qu'on peut avoir de l'entourage... »

Crainte de décevoir

Durant les entretiens, on perçoit un sentiment qui peut les influencer : la crainte de décevoir le patient et la famille qui attendent beaucoup de leur prise de décision ou de leur prise en charge :

- médecin 2 : « Je pense que c'est surtout... c'est peut-être aussi en fonction de notre inquiétude à nous. Quelque fois on n'est pas tranquille, on a la sensation qu'on ne va pas réussir à gérer tout, alors ça c'est un tout, ça peut venir un petit peu de la sensation de... de l'inquiétude des aidants ou des soignants et on se dit, si on n'arrive pas à être suffisamment « performant », être efficace simplement »
- médecin 15 : « Là c'est vraiment un tout, l'hospitalisation, encore une fois moi j'estime qu'on le fait quand on n'a pas le choix. Quand on ne peut pas faire certains examens à la maison, quand on ne peut pas rassurer les gens relativement rapidement, être serein. »

Iatrogénie

Un autre problème concerne leur propre prise en charge médicamenteuse qui peut parfois s'avérer plus toxique que thérapeutique sur tout chez cette catégorie de patients :

- médecin 8 : *« j'en ai hospitalisé un, ben tiens justement parce que... on a fait un bilan après une AEG, on ne sait pas ce que c'est... mais je pense que moi, c'est parce que... quand l'infirmier est arrivé chez lui, il l'a trouvé un petit peu... complètement dans les masses... aréactif, en fait c'est parce qu'il avait pris des médicaments à l'heure de la sieste là... euh Temesta par exemple voilà... on a fait tout un tas... tout un bilan et ça s'est avéré négatif mais euh... »*
- médecin 11 : *« Je pense que c'est vrai que... bon après moi je n'ai aucune formation de gériatre donc sûrement que mes thérapeutiques des fois doivent être plus toxiques (rires) que... que bénéfiques. Ça c'est évident je pense que... parce que souvent quand on envoie des gens aux urgences et qu'ils rentrent d'hospitalisation après de gériatrie, ils arrivent, (rires) ils n'ont plus rien de tout ce qu'on leur avait donné quoi ! »*

Empathie

Le médecin 12 évoque une relation médecin-malade qui se construit au fil du temps et qui peut l'influencer dans sa prise de décision : *« c'est-à-dire que moi, médecin je suis aussi proche de la personne, alors bien sûr c'est possible qu'il y ait des ressentis... enfin qu'il y ait... que ça influence en fait mais le schéma reste le même quoi. »*

L'absence de rémunération complémentaire

Ce même médecin 12 est le seul à évoquer l'aspect pécunier et l'absence de rémunération complémentaire pour une prise en charge complexe qui demande du temps et de l'investissement par rapport à son activité habituelle : *« Après le souci c'est que quand on fait ça, ça demande de réévaluer la personne après c'est très chronophage et surtout on n'est pas rémunéré pour réévaluer les gens dans la journée. [...] des fois il y a des pathologies qu'on voit le matin et puis on fait une réévaluation dans la journée parce qu'on ne veut pas l'envoyer aux urgences. » C'est vrai qu'il y a peut-être tout ça aussi qu'on pourrait développer pour éviter les passages aux urgences, voilà. »*

La dimension médico-légale

Un autre point de vue souligné par le médecin 9 se situe au niveau de l'aspect médico-légal du médecin libéral qui est seul pour se protéger face à la loi : *« C'est intéressant, après il y a toujours cette pression de fonctionnement puis après il reste quand même... ce qui va poser problème c'est le... la responsabilité toujours, c'est-à-dire qu'il faut quand même bien faire les choses. Parce que sinon on se met en danger. Alors à l'hôpital, quand on est à l'hôpital on est quand même couvert par l'hôpital, quand on n'est pas à l'hôpital, ce n'est pas pareil. Ça de toute façon ça reste une réalité qui est compliquée de toute façon. »*

2.7) L'équipe paramédicale

Ressenti de l'équipe paramédicale

Faisant partie intégrante du système de soins, l'équipe paramédicale joue souvent un rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient pour coordonner les soins et leur avis reste primordial dans la prise de décision du médecin :

- médecin 2 : *« Et puis bon, l'équipe d'infirmières qui le connaît depuis très longtemps, qui ne panique pas facilement, pour que quelque part elles se soient inquiétées, c'est qu'il a dû avoir un passage de ventilation, pas bien quoi. »* et *« Je pense que c'est la peur. C'est la peur de la... la peur de l'entourage, la peur même du paramédical, hein, parce que cette infirmière... ça peut arriver qu'on ait des infirmières qui nous mettent aussi « la pression ». Moi, j'ai une infirmière qui m'a dit : « Vous savez, on ne peut pas gérer. » »*
- médecin 3 : *« après souvent ce sont les infirmières, parce que souvent ce sont des gens qui sont suivis par des infirmières à domicile. Souvent ce sont elles qui nous alertent. Donc je tâte le terrain un peu, voilà si les gens sont assez inquiets ou stressés par la situation quoi. »*
- médecin 9 : *« alors ça peut être des gens qui vivent seuls aussi et voilà ou l'aide... l'auxiliaire de vie ou quelqu'un de la famille qui va donner euh... ou du voisinage qui va donner l'alerte oui. »*

Disponibilité de l'équipe paramédicale

Davantage sollicitée chez la personne âgée, le personnel médical peut être amené à passer plusieurs fois dans la journée pour un même patient et ainsi remettre en cause l'option des soins à domicile :

- médecin 3 : *« Oui, voilà. Voilà et puis des fois même pour les infirmières aussi, ça peut être contraignant de leur dire : « Voilà, faudrait y passer 2 -3 fois dans la journée ». Quand il n'y a qu'un seul passage qui est prévu. Voilà c'est surtout ça. »*
- médecin 15 : *« Si on n'a pas les aidants qui sont ok qu'on n'a pas le réseau infirmier et qu'il n'y a pas d'infirmiers qui sont sur le coup, malheureusement on n'a pas d'autres choix que d'envoyer à l'hosto quoi. »*

Le médecin 11 souligne l'importance de la disponibilité du personnel paramédical qui épargne à beaucoup de patients l'hospitalisation : *« Ben c'est l'entourage, voilà. L'entourage, les infirmières disponibles et les prises en charge par les hospitalisations à domicile aussi, les HAD. C'est vrai que ça nous permet d'éviter d'hospitaliser beaucoup de personnes quoi. »*

L'absence de réseau paramédical

Malgré la présence de personnel paramédical, un autre problème de la médecine de ville est mentionné : la communication entre les différents acteurs de soins. L'absence de communication et de réseaux de soins peuvent être un frein à l'organisation et la coordination des soins :

- médecin 1 : *« En fait je me rends compte, que si je ne connaissais pas les infirmiers, je suis sûr qu'il y aurait pleins de patients sur Sabres pour une altération de l'état général que j'aurais envoyé aux urgences parce que ça aurait été trop le bazar. »* et *« Moi, la limite que je rencontre en ville c'est le fait qu'on n'ait pas une communication, qu'on n'ait pas un réseau suffisamment bon entre les soignants, entre les médecins et les infirmiers. »*
- médecin 15 : *« ce qui me motive à hospitaliser une personne c'est l'absence d'étiologie. Voilà de ne pas trop savoir là où on va. Et surtout l'absence d'aidants*

parce qu'actuellement on fait pleins de choses au domicile mais bon parfois c'est compliqué quoi. Si on n'a pas les aidants qui sont ok qu'on n'a pas le réseau infirmier et qu'il n'y a pas d'infirmier qui sont sur le coup, malheureusement on n'a pas d'autres choix que d'envoyer à l'hosto quoi. »

2.8) L'hôpital

Saturation des services gériatriques

En aval de la prise en charge, un quart des médecins se plaignent de la saturation des services hospitaliers et de leur envoi aux urgences par défaut :

- médecin 1 : *« En pratique, je n'ai quasiment jamais pu faire passer quelqu'un directement dans un service. Très franchement, à chaque fois ils me disent : « Ben voilà on n'a pas de place, on aura peut-être de la place en fin de semaine ». Tu rappelles en fin de semaine et ils me disent : « Ah non, non on n'a toujours pas de place ». « Ouais ben cette fois-ci on est vendredi ce week-end les infirmières, gnagna, ça va être le bazar, elle se dégrade, je vous l'adresse ». « Ben faites la passer par les urgences ». Ça se passe toujours comme ça. Vraiment. »*
- médecin 5 : *« quand on n'a pas le choix parce que les hospitalisations directes sont impossibles dans tous les services, à un moment donné on ne peut pas laisser le patient à la maison quand ça devient dangereux ou compliqué donc c'est pour ça qu'ils se retrouvent, je pense, aux urgences, alors qu'ils ne devraient pas mais, voilà. »*
- médecin 11 : *« Ben pffffff... oui moi je... comme je disais moi j'aime bien l'adresser au gériatre direct quoi. Mais bon quand c'est possible. Après s'il n'y a pas de possibilités on passe par les urgences, oui. Ça c'est sûr. »*

L'accessibilité locale aux soins secondaires et tertiaires

Pour le médecin 15, ce déterminant agit comme une pression à laquelle il est soumis implicitement lorsqu'il n'est pas sûr de sa prise en charge : *« Faut expliquer à la famille ce qu'on fait, dire qu'on va soigner une personne qui est en train de se dégrader sans savoir ce*

qu'elle a, un petit peu au pifomètre alors qu'on a des soins en secondaire voir tertiaire à portée de main, c'est difficilement acceptable de nos jours quoi. C'est très très casse-gueule. Il y aussi cette pression là qu'on peut avoir de l'entourage... »

Alors que pour le médecin 10 elle représente un facteur influençant l'hospitalisation aux urgences dans les zones sous médicalisées :

« M10 : Peut-être, je ne sais pas, pas ici parce que là on a accès facilement aux spécialistes, aux soins, peut-être dans en zones un peu plus sous-dotées où... »

I : Dans les déserts médicaux ?

M10 : Ouais, ou dans les régions où il y a moins d'hôpitaux moins près, peut-être que... peut-être t'en envoies plus facilement... ou moins de spécialistes... ou moins facilement des avis... peut-être que t'envoies plus facilement mais... »

Connotation péjorative du terme AEG

Pour le médecin 5, le terme « AEG » revêt une connotation négative qui constitue un frein à l'hospitalisation en service et par conséquent un envoi aux urgences par défaut : *« non je pense que c'est plus en aval, enfin la difficulté à l'hôpital et un manque de place à l'hôpital qui fait que... qu'on ne peut pas les hospitaliser parce que quand on hospitalise et qu'on parle d'AEG, en général tout de suite on nous dit « Ah ben non, ça ne va pas être possible si c'est un problème de maintien à domicile, de choses comme ça. »*

3) Solutions proposées

3.1) Avis spécialisé rapide

Il représente le recours le plus cité lors des entretiens :

- médecin 4 : *« Dans tous les services on peut avoir un médecin, c'est nouveau et c'est quand même très confort. »*

- médecin 7 : « *Mais est-ce que ça ne pourrait pas nous faire gagner un petit peu de temps par exemple ? Pourquoi pas oui. Je sais qu'il y a HOSPI'LINE à Bayonne, euh... pour avoir comme ça un médecin d'astreinte, des choses comme ça. »*
- médecin 10 : « *ou quand toi t'as une question, un appel ou un numéro où tu peux prendre un avis spécialisé »*

3.2) Des urgences gériatriques

Des urgences dédiées à la gériatrie constituent un projet à promouvoir dans le futur :

- médecin 3 : « *Ben si on pouvait avoir des filières courtes de gériatrie quoi, des urgences gériatriques ou je ne sais pas comment on pourrait dire. Si ça pouvait leur éviter de passer par les urgences. »*
- médecin 13 : « *Peut-être d'avoir euh... je ne sais pas les urgences, d'avoir que pour les personnes âgées. »*

Le médecin 2 ne parle pas exactement d'urgences dédiées à la gériatrie mais d'une structure de moyenne envergure pouvant recevoir des urgences : « *une structure intermédiaire qui aurait pu éventuellement, je dirais recevoir, justement, comme ça un certain nombre d'urgences avec des moyens techniques moyens, je dirais, ça aurait été très bien »*

3.3) Améliorer la continuité des soins entre acteurs médicaux

Pour le médecin 1, la continuité des soins représente une bonne communication au sein même des équipes de soins ambulatoires : « *cette application GLOBULE qui te fait que t'as une alerte, c'est-à-dire elle peut envoyer un truc en disant : « Elle a une tension qui est basse ». Toi, tu reçois une notification. Ça, ça permet de gérer les choses à distance et de pouvoir garder des patients à domicile et ne pas les envoyer aux urgences »* et « *améliorer le lien entre les médecins, les soignants et de pouvoir avoir une meilleure communication »*

Pour le médecin 8, c'est davantage la transmission des données entre médecine de ville et hôpital qui va déboucher sur une prise en charge plus raisonnée : « *Mon idée c'est quand euh... et c'est ce qui va se faire d'ailleurs, on a fini par l'obtenir... c'est que tous les patients*

qui sont inscrits sur GLOBULE... que moi personnellement j'en inscris pas mal... ont donc un dossier qui montre l'état général de la personne, le suivi général tout ça. Et quand tu les envoies aux urgences, qu'ils soient enfin consultables par les urgentistes sans difficulté pour voir ce que tu as fait toi à la maison et non pas avoir un jugement de l'instant T dans les urgences, quoi. »

3.4) Meilleure gestion des hospitalisations

D'autres pointent un problème auxquels sont confrontés une majorité des services hospitaliers en France :

- médecin 5 : « : Ben justement peut-être euh... qu'il y ait... que les hospitalisations directes sans passer par les urgences soient plus faciles et ça, ça marche bien avec Saint-Palais et la clinique Aguilera (établissements de santé). »
- médecin 14 : « Ben moi ça serait avoir un recours plus rapide en court séjour en fait. Parce qu'effectivement je pense que c'est quand même dommage d'envoyer ces patients aux urgences parce que ce n'est pas de l'urgence précisément. C'est quand même généralement... enfin AEG généralement ce n'est pas arrivé du jour au lendemain. Donc c'est quand même dommage d'avoir recours aux urgences, à mon avis pour ces patients-là. Donc il faudrait avoir un circuit autre. »

Pour le médecin 12, c'est ce même problème au décours de la prise en charge des urgences qui ralentit les urgentistes : médecin 14 : « Aider les urgentistes à placer les gens que ce soit dans des services hospitaliers ou non. Faut qu'il y ait des administratifs qui aiguillent les urgentistes, enfin faut arrêter de tourner... il ne faut pas que ce soit l'urgentiste ou l'interne qui appelle pour dire il faut le placer... enfin : « Je veux une place pour untel. » ce n'est pas le boulot de l'urgentiste. »

3.5) Autres solutions

Pour certains, ce sont des changements à opérer en amont qui permettraient d'améliorer la prise en charge comme la restructuration des services ambulatoires aidant les médecins de ville soit au niveau de la disponibilité pour le médecin 2 : « c'est plutôt le côté technique,

c'est plutôt l'aide technique qu'on va avoir. Si j'ai envie d'avoir un bilan rapidement aujourd'hui... c'est vrai qu'aujourd'hui pour avoir un bilan rapidement avec les laboratoires qui ne sont ouverts que le matin, si vous avez un problème l'après-midi, pas de bilan, ce n'est même pas la peine d'essayer ! [...] qu'est-ce qu'on pourrait faire, c'est-à-dire euh... mieux adapté le système ?» soit au niveau de la permanence des soins pour le médecin 3 : *« L'idéal moi je verrai bien euh...s'il pouvait y avoir des gens comme des aides-soignantes qui pouvaient rester la nuit chez des gens pour les... dans les moments qui sont très difficiles pour aider les accompagnants, pour les aider vraiment. Des gens qu'on pourrait appeler qui seraient mobilisables dans les quelques heures quoi. Ça permettrait, je pense de garder les gens à domicile, d'avoir une surveillance assez rapprochée. Ça c'est dans les rêves, quoi ! ».*

Le médecin 10 propose la création d'une équipe d'EMOG (équipe mobile de gériatrie) de ville qui viendrait suppléer les généralistes dans certains cas :

« S : des services d'EMOG bien mobilisés, qui se déplacent facilement et qui soient assez dispo quoi.

I : Tu veux dire des EMOG qui viennent à domicile ?

S : Oui, c'est ça qui viennent évaluer, qui donnent leur avis quand tu es bloqué ou qui peuvent assez rapidement... et du coup qui soient en lien un peu avec l'hôpital pour pouvoir bien coordonner les prises en charge. Moi je trouve que ce serait la solution. »

Pour les solutions en aval, le médecin 6 propose la création d'un hôpital de jour gériatrique qui dispenserait au patient un bilan uniquement sur la journée : *« peut-être des... comme des hospitalisations de jour en gériatrie pour ce genre de bilan en se disant... je ne sais pas peut-être qu'on pourrait adresser un patient mais en semaine du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures et que ça dure une heure de faire un bilan de truc où ils ont tout et euh... enfin tous les trucs qui se justifient quoi. Un bilan euh... une prise de sang, plus ou moins une imagerie s'il y a quelque chose qui fait penser à quoique ce soit et plus ou au moins un petit entretien et tout...enfin un truc qui pourrait durer 1 heure 30 - 2 heures... »*

Le médecin 9 évoque des solutions qui relèvent d'une autorité politique comme la majoration du budget santé : *« on est avec des moyens qui ne sont plus du tout adaptés et euh... et ça, ça a un coup économique qui est très important... en fait comme on veut réduire les dépenses*

donc en fait... il faut obligatoirement les augmenter et certainement dans des proportions importantes mais c'est compliqué. » ou encore la majoration du nombre de médecins :

« I : Est-ce que vous voyez d'autres choses pour améliorer la prise en charge justement ?

M : Ben, plus de généralistes. (rires) »

Enfin pour le médecin 11, une formation gériatrique chez les médecins généralistes installés :

« Ouais moi je crois que des formations pourraient être euh... on n'a jamais... bon on a toujours des formations médicales avec des cardiologues, avec des ORL, on voit des gastros, on voit mais... on ne voit jamais des gériatres. Ça serait à mon avis une bonne chose... »

Et la rendre obligatoire durant l'internat, pourrait permettre des prises en charge plus adaptées sans forcément avoir recours aux urgences :

« I : En fait on peut passer en médecine polyvalente (en tant qu'interne), on peut passer en gériatrie mais aucun des deux n'est obligatoire.

B : Ah oui ce n'est pas obligatoire. Je pense que ce serait une bonne chose. Je pense parce que c'est vrai qu'on est peut-être des fois un peu... un peu iatrogène. »

4) Principaux résultats

Dans la majorité des cas, la notion d'AEG fait écho auprès des généralistes comme une triade mêlant anorexie, amaigrissement et asthénie. En pratique, ce concept flou et plurifactoriel évoque une dégradation de la personne âgée où s'observe une véritable rupture avec l'état antérieur. Il englobe l'état de santé du patient âgé mais également tout un contexte environnemental.

L'utilisation de cette entité témoigne de l'absence de signes cliniques spécifiques. Elle souligne la complexité du cas et la difficulté pour le médecin généraliste à identifier un diagnostic précis pour réaliser une prise en charge adaptée.

Les retentissements les plus fréquemment retrouvés lors de l'utilisation de ce terme sont les troubles cognitifs et la perte d'autonomie.

La recherche des déterminants qui amènent le médecin généraliste à hospitaliser un patient en AEG aux urgences nous a permis de comprendre les enjeux de cette dénomination. Ces déterminants s'articulent autour de trois grands axes :

L'axe le plus important concernait une composante non médicale, le contexte environnemental de la personne âgée en AEG. Les aidants principaux y jouaient un rôle majeur. Leur absence ou leur ressenti restaient des facteurs essentiels dans la prise de décision du médecin. Le contexte horaire de la consultation (visite en fin de journée ou précédant un week-end) pouvait également y jouer un rôle majeur si les conditions à court terme n'étaient pas favorables à un maintien à domicile.

Un autre point essentiel concernait la pathologie aigüe qui accompagnait souvent l'état d'AEG ou le risque de décompensation aigüe qui tenait une place prépondérante dans la prise de décision du médecin traitant.

Enfin le dernier axe se basait sur l'incertitude diagnostique du médecin et le besoin d'explorations complémentaires. Devant ces situations cliniques où l'incertitude demeurait c'est souvent l'intuition qui prenait le dessus dans la réflexion du médecin.

Les solutions envisagées par les médecins face à ces situations cliniques particulières étaient nombreuses mais un moyen se détachait des autres, le recours à un avis spécialisé rapide.

Discussion

A) Les limites de l'étude

1) Population d'étude

Le recrutement des médecins pour les entretiens se faisait sur une base de volontariat après exposition du sujet par appel téléphonique. Les médecins recrutés étaient uniquement constitués de médecins intéressés par le sujet et disponibles.

En pratique sur les vingt médecins appelés, cinq ne voulaient pas réaliser l'entretien. Quatre l'ont refusé par manque de disponibilité et un médecin s'était spécialisé dans la nutrition et ne pratiquait plus de médecine générale.

Le type d'étude étant qualitatif, l'échantillon était restreint. Sur le plan quantitatif, elle ne reflétait pas la population totale de médecins généralistes. Néanmoins, les objectifs de notre étude n'étaient pas de quantifier les raisons principales amenant un généraliste à hospitaliser un patient âgé en AEG mais plutôt d'établir un panel exhaustif de déterminants expliquant la décision du médecin traitant.

A partir de ce constat, l'étude qualitative nous paraissait plus appropriée et la principale préoccupation concernant l'échantillon relevait de son hétérogénéité pour avoir une majorité d'activités différentes parmi les médecins et donc une grande variabilité de réponses.

2) Investigateur

La réalisation d'entretiens demandait un intervieweur expérimenté pour mener les échanges verbaux sans influencer les opinions du médecin interviewé. Pour limiter le biais dû à l'inexpérience de l'investigateur, des recherches bibliographiques ont été réalisées sur le sujet pour éviter les principales sources d'erreurs lors de la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Par ailleurs, l'investigateur étant lui-même remplaçant en médecine générale et ayant ses propres représentations, il existait forcément une part de subjectivité dans les relances ou l'attitude de l'intervieweur. Malgré tout, la présence d'un guide d'entretien permettait de recentrer le dialogue de manière neutre.

3) Réalisation des entretiens

Le cadre de l'entretien était laissé au choix du médecin interviewé. Les deux lieux privilégiés par les médecins étaient leur domicile ou leur lieu de travail. Concernant les entretiens réalisés à domicile, le moment et le lieu de l'entretien n'entravaient pas le développement du discours des médecins interrogés.

Concernant les entretiens au cabinet, les rendez-vous étaient, pour la plupart, intercalés entre deux plages de consultation ou avant le début des consultations habituelles. Cela pouvait influencer sur leurs discours si la durée de l'entretien se rallongeait et qu'ils accumulaient du retard pour les consultations à venir. Pour limiter ce biais, la durée habituelle de l'entretien (20- 30 minutes) était évoquée avant la rencontre pour permettre au médecin d'adapter son planning et les relances étaient moins nombreuses si le médecin approfondissait de lui-même les sujets évoqués.

Par ailleurs, le sujet d'étude étant particulièrement ciblé, les questions étaient souvent longues et complexes. De plus, elles faisaient souvent référence à des situations vécues par le médecin antérieurement ce qui pouvait entraîner un biais de remémoration. Pour s'assurer de la compréhension et de la faisabilité de l'entretien, nous avons réalisé en amont, des prétests avec des médecins n'ayant pas été inclus dans l'étude et le guide a été modifié pendant l'étude notamment concernant une question qui a été reformulée pour faciliter sa compréhension.

B) Les forces de l'étude

1) Intérêt de l'étude

Peu d'études sont réalisées sur le thème de l'AEG et encore moins chez les personnes âgées. Leur part va constituer une partie de plus en plus prépondérante de la population dans la société de demain. Elles nécessitent davantage de soins médicaux que les autres catégories d'âge et notamment en raison de la décroissance progressive des capacités fonctionnelles mais également de l'accumulation de pathologies chroniques.

Cette étude pourrait nous permettre de mieux cerner les enjeux de prise en charge autour de la personne âgée.

2) Méthode

L'étude qualitative par entretiens semi-directifs nous apparaissait dans ce contexte, comme la plus adaptée. Le sujet de l'AEG étant vaste, imprécis et englobant de multiples facteurs, elle permettait au médecin de donner librement son opinion sans être orienté par un questionnaire fermé. Le côté semi-directif permettait de recentrer le sujet si nécessaire pour éviter toute dérive sur un autre débat.

La question du focus group s'est posée lors de la construction de l'étude car elle permettait aux différents participants de débattre entre eux et faire émerger des avis divergents. Cependant, la nature du sujet (altération de l'état général) reste à l'heure actuelle un terme à connotation négative pour celui qui l'utilise. Pour éviter le risque que les participants au débat se retiennent sur certains avis par jugement d'autrui nous avons préféré opter pour des entretiens individuels qui laissaient une liberté d'expression supplémentaire au participant.

3) L'échantillon d'étude

L'objectif principal de l'étude étant de recueillir différents déterminants influençant l'envoi de la personne âgée en AEG aux urgences, nous nous sommes attachés à incorporer dans notre échantillon des médecins aux profils différents pour recueillir une grande variabilité de réponses. Nous avons incorporé en premier lieu à notre effectif des médecins de genre (9 hommes et 6 femmes) et d'âge (de 29 à 63 ans) variés. D'autres caractéristiques comme la

zone d'activité (rural 33%, semi-rural 40% et urbain 27%) ou le type d'activité (installés 80% et remplaçants 20%) représentaient des fluctuations supplémentaires intéressantes pour notre sujet d'étude.

Par ailleurs nous avons eu la chance d'avoir des médecins aux parcours divers :

- Le médecin 5 a récupéré des patients d'un ancien coordonnateur d'EHPAD
- Le médecin 12 a été médecin coordonnateur d'EHPAD durant 2 ans
- Le médecin 13 a travaillé 5 ans en Roumanie avant de s'installer en France

Grâce à l'effet boule de neige, il nous a été permis de recruter selon les critères que nous voulions pour avoir un panel contenant tous types de médecins, tous type de pratique dans des territoires variés.

4) Analyse des données

La triangulation est une procédure de recherche qualitative qui vise à donner plus de validité à une étude. Dans notre étude, la triangulation utilisée est celle de l'encodage par deux médecins différents qui permettait une superposition de deux perspectives et une exploitation plus objective des données.

C) Comparaison avec la littérature existante

1) Un terme qui n'est plus d'actualité

Selon les résultats de notre étude, la triade associant asthénie, anorexie et amaigrissement reste la définition qui fait principalement écho aux médecins interrogés dans deux tiers des cas. En pratique, les médecins admettent que cette notion reste plurifactorielle et approximative (38). Elle rejoint les conclusions de l'étude d'Aouaneche M. qui retrouve cette triade chez seulement 2 % des cas hospitalisés pour AEG dans un service de gériatrie aigüe.

Cette imprécision a des répercussions importantes puisque plusieurs études évaluant les diagnostics de sortie chez des patients hospitalisés pour le motif AEG retrouvent des causes

diamétralement opposées allant de l'ulcère duodéal au syndrome dépressif majeur (43) (44). Cela souligne précisément un manque d'uniformité dans son utilisation.

En utilisant ce terme, le médecin généraliste met en avant le fait que le patient se détériore sans qu'aucun diagnostic précis n'ait pu être réalisé. Ce motif fait donc ressortir le retentissement d'une pathologie non identifiée plutôt que la pathologie elle-même. A ce niveau, c'est la perte d'autonomie qui apparaît la plus flagrante puisqu'elle impacte directement le quotidien des personnes âgées. D'autres répercussions telles que la dénutrition ou l'apparition de troubles cognitifs alertent précocement le médecin ou l'entourage proche alors que certains signes, tel que l'asthénie, vont passer inaperçus car difficilement quantifiables et souvent attribués à tort au vieillissement physiologique.

Néanmoins, la majorité des médecins, et davantage les plus jeunes, expriment une volonté de ne pas utiliser ce terme ou d'éviter le passage aux urgences pour ce motif. Cela témoigne d'une prise de conscience progressive de la part des médecins généralistes quant à son mésusage. La littérature abordant le sujet se montre plutôt défavorable à la poursuite de son utilisation et une connotation négative y est souvent associée (38) (37). En effet, ce motif engendre un dysfonctionnement sur l'orientation aux urgences et a un impact non négligeable sur le pronostic médico-social du patient (45). Par ailleurs, le passage obligatoire par un stage d'urgences dans la maquette de médecine générale a permis également de mettre les futurs généralistes face à des réalités dont ils n'avaient pas forcément conscience auparavant.

2) Les déterminants d'une hospitalisation aux urgences d'un patient en AEG

2.1) L'importance du non médical dans une situation d'AEG

Habituellement, le médecin s'appuie sur des critères médicaux entraînant un diagnostic et une prise en charge adaptée. Dans le cas de l'AEG chez la personne âgée, ces critères médicaux sont souvent pauvres et le diagnostic non établi. Malgré tout, le médecin se doit d'évaluer le degré de gravité de la situation et comme les signes cliniques lui font défaut, il doit prendre en compte des éléments extérieurs à la sémiologie clinique.

Les aidants, une aide primordiale

Dans notre étude, l'isolement social représentait le critère le plus cité par les médecins interrogés. Cet isolement peut se traduire par un éloignement important d'un milieu urbain et donc d'une structure hospitalière mais c'est surtout l'absence d'un aidant qui y est sous-entendue. Ces résultats vont dans le sens de l'Observatoire suisse de la santé qui retrouve un taux de morbi-mortalité 2 à 5 fois plus élevé chez les personnes isolées socialement par rapport aux personnes bien entourées (46). Malheureusement, cette tendance à l'isolement augmente avec l'âge et passe de 3 % chez les 15-24 ans à plus de 8 % chez les plus de 75 ans (47). Cette tendance s'explique souvent par la perte du conjoint et/ou par la dissolution du cercle familial. La hausse marquée de la mobilité professionnelle chez les jeunes générations éloigne souvent les enfants du cercle familial. Cet éloignement n'est pas toujours bien vécu par les séniors qui ont connu une époque où la cohabitation entre générations était monnaie courante. Ce manque d'aidant proche souligne une situation qui devient précaire. L'AEG va provoquer ou accentuer une situation de dépendance et une aide continue est souvent nécessaire dans ces cas pour assurer le quotidien du patient et alerter rapidement si besoin.

L'aidant, pour toutes les raisons citées dans notre étude, reste une aide primordiale dans cette situation particulière. Au-delà de l'aide physique qu'il apporte, il permet au patient de se décharger émotionnellement. Il entraîne un sentiment de réassurance et représente un soutien sur lequel le patient peut compter en cas d'urgence. Il côtoie quotidiennement le patient, connaît son comportement et son état de base mieux que quiconque. Cette expérience accumulée leur permet d'avoir un œil plus critique sur le patient même s'ils n'ont pas de connaissances médicales (48). Et c'est ce qui ressort de l'étude, où deux tiers des médecins ont conscience que le ressenti de l'aidant peut parfois primer sur leur propre jugement personnel. Cependant, ce ressenti peut être exacerbé par la personnalité de l'aidant et reste un sentiment subjectif. Il peut alors devenir une pression que l'aidant exerce sur le médecin pour hospitaliser le patient. C'est au médecin de faire la part des choses et c'est dans ces situations qu'il doit rester dans un raisonnement clinique et ne pas hospitaliser un patient sur simple pression de l'entourage tout en tenant compte objectivement de l'aspect social.

La majorité d'entre eux assument des tâches pluriquotidiennes qui vont de l'aide médicale, à l'entretien du domicile ou encore les tâches administratives. Cette présence paraît encore plus essentielle chez les personnes âgées en AEG où la notion de dépendance se majore de manière

conséquence. L'étude de Hervé L. sur le ressenti des aidants retrouve une sensation de charge de travail importante chez 20 % d'entre eux (49). La plupart des aidants sont en général un membre de la famille et souvent le conjoint. Ce sont essentiellement des personnes retraitées et 39% d'entre elles ont plus de 65 ans (50). Tous ces facteurs entremêlés entraînent souvent un problème récurrent, l'épuisement de l'aidant. Cette situation d'AEG réunit une charge physique et mentale difficile à gérer et le seul recours du généraliste reste dans ce cas, l'hospitalisation pour préserver la santé de l'aidant et maximiser le pronostic du patient.

L'autre problème inhérent à la fonction d'aidant concerne la disponibilité. Parmi les aidants ayant un emploi, ils sont 33 % à ressentir une charge importante et à avoir dû aménager leur vie professionnelle (51). Lors d'une situation d'AEG, leur charge de travail est davantage augmentée et le recours à un établissement de soins est souvent la seule solution pour ne pas avoir à quitter leur travail. Dans certains cas, c'est l'aidant lui-même qui devant les nombreux inconvénients, délègue ses responsabilités au médecin et s'en remet totalement au système médical pour ne pas avoir à subir les conséquences d'un maintien à domicile. D'où l'intérêt de promouvoir les structures pour personnes âgées telles que les EHPAD ou les structures d'accueil de jour pour laisser à l'aidant le temps de souffler et anticiper ces situations lorsque le patient se porte bien.

Les limites de la médecine de ville

Les généralistes sont quotidiennement confrontés aux limites de leur exercice qui peuvent malheureusement devenir des facteurs influençant l'hospitalisation. La situation clinique étudiée a tendance à faire ressortir ces limites car les patients âgés demandent encore plus de temps et d'implication dans la prise en charge. Ces problèmes auxquels ne sont pas forcément confrontés les médecins hospitaliers peuvent entraîner des divergences de points de vue et des incompréhensions vis-à-vis de ce motif d'hospitalisation. L'hôpital est un service continu qui fonctionne par roulement des équipes, il n'y a donc pas de coupure entre les soins. Les médecins traitants ne travaillent ni en nuit profonde ni les week-ends ce qui peut entraîner une rupture de la continuité des soins chez des patients en état de détérioration à domicile. De même, durant les gardes, les médecins généralistes travaillent dans des situations particulières où ils couvrent souvent une densité de secteur importante avec souvent peu de moyens diagnostiques et thérapeutiques à disposition chez des patients qu'ils ne connaissent pas. Dans une situation clinique peu spécifique comme l'AEG, il apparaît plus adapté au généraliste de déléguer la prise en charge aux urgences qui reste une structure comportant le plateau

technique nécessaire pour le diagnostic, les soins et la surveillance continue qu'ils ne peuvent pas fournir en médecine ambulatoire. Nos travaux vont dans le sens des données actuelles puisque la circulaire de la sécurité sociale de 2018 évoque l'objectif de doubler entre 2018 et 2022 des structures de soins pluriprofessionnelles pour faciliter une première coordination entre généralistes, spécialistes et professionnels paramédicaux (52).

La disponibilité reste aussi un facteur limitant du généraliste. Cet élément, davantage marqué dans les zones rurales, met en valeur un problème de répartition des généralistes sur le territoire. Des médecins avec des plannings surchargés et des visites à rallonge n'accordent que très peu de temps à chaque patient dans le but de satisfaire la demande de soins. A cela s'ajoute la tenue du cabinet lui-même, entre lourdeur administrative et gestion des locaux. Des généralistes parlant de leurs métiers pour la revue Laennec se comparent à de réels chefs d'entreprises qui doivent s'occuper de leur cabinet de A à Z (53). Ce temps consacré à la gestion du cabinet diminue encore le temps de consultation médicale à proprement parler. Des situations comme l'AEG chez la personne âgée qui impliquent une prise en charge chronophage et des réévaluations fréquentes deviennent rapidement incontrôlables. L'état de santé du patient restant avant tout la priorité du généraliste et une prise en charge adéquate ne pouvant être réalisée, le choix d'une hospitalisation s'impose. Si le service des urgences n'apparaît pas comme le service le plus approprié, il reste néanmoins le plus accessible face à la pénurie de places dans les services de médecine.

Aujourd'hui la plupart des jeunes médecins généralistes ayant terminé leur cursus de médecine générale décident de réaliser des remplacements. Ce statut particulier tend à se démocratiser avec une nouvelle vague de médecins qui ne veut pas avoir à porter la charge administrative d'un cabinet en plus de leur exercice. En revanche, si ce type d'activité paraît plus simple sur le plan administratif, il peut engendrer sur le plan médical des inconvénients sur la pratique médicale. Du fait de leur pratique intermittente, ils ont moins de recul sur une patientèle qu'ils ne connaissent généralement pas. Leur regard de soignant est donc biaisé et l'appréciation clinique ne peut se faire que sur le moment où le patient est examiné.

2.2) Le devenir à court terme

La décompensation aigüe et le risque de décompensation

Si les facteurs environnementaux sont des critères essentiels dans l'AEG chez la personne âgée, cette notion reste un terme médical et le médecin réfléchit en priorité de ce point de vue.

Les différentes études font état d'un motif qui n'a pas sa place aux urgences et qui relèverait plutôt d'un service de médecine (35) (54). Pour d'autres, il ne relèverait pas d'une hospitalisation et un bilan de ville serait suffisant pour faire le point sur la question en première intention (3). Pourtant, dans deux tiers des entretiens, les médecins font allusion à des dysfonctionnements d'organes nobles avec en premier lieu les atteintes respiratoires et cardiaques. Autrement dit, des cas qui auraient tout à fait leurs places dans un service d'urgences. Il semblerait que pour les généralistes la notion d'AEG ne serait pas un facteur de gravité mais que ce terme soulignerait plutôt un état de gravité ou un risque d'aggravation qui justifierait une PEC urgente. Elle correspondrait au facteur 2 du schéma de Bouchon et la demande du généraliste serait de rechercher le facteur 3 (45). L'appréciation du risque vital resterait toujours une priorité et le recours aux urgences serait donc justifié dans la plupart des cas mais l'utilisation du terme AEG s'apparenterait à un abus de langage qui, malheureusement, a des conséquences sur la prise en charge aux urgences. Mais les mentalités commencent à évoluer et la plupart des médecins interrogés expriment soit une volonté de ne pas envoyer aux urgences lorsqu'ils utilisent le terme AEG, soit de ne plus utiliser ce terme. Certains plébiscitent l'amélioration de la communication entre médecine de ville et hôpital avec par exemple l'application GLOBULE qui permet aux praticiens hospitaliers d'avoir accès aux dossiers patients des médecins de ville pour une meilleure appréciation d'un patient.

L'intuition du médecin dans les cas d'AEG

Le caractère aspécifique de l'AEG pose un réel problème au médecin car il ne peut pas se baser sur ses connaissances pour appréhender le patient. Il n'y a aucune caractéristique médicale sur laquelle il peut établir son jugement. Pourtant si la décision d'envoyer le patient âgé aux urgences est prise, il y a forcément un élément dans son jugement médical qui l'y incite. Une grande partie des médecins interrogés parlent d'un ressenti que quelque chose ne va pas ou ne va pas aller chez le patient. Cette intuition est une notion familière en médecine générale comme le fait ressortir une étude de 2011 sur 128 médecins généralistes (55). Il apparaît naturel qu'une notion telle que l'intuition ressorte dans un contexte d'AEG où aucun critère médical ne peut aiguiller le médecin. Elle est décrite comme un sentiment venant tout naturellement au médecin dès que l'interaction avec le patient débute. Ce n'est pas quelque chose qui s'apprend elle est plutôt reliée à l'expérience du médecin et à l'expérience qu'il a de sa patientèle. Selon les résultats de l'étude de Thiry AS, l'intuition apporterait une valeur ajoutée à l'exercice médical pour approfondir une situation où le médecin ressent un signal

d'alarme (56). Ces travaux seraient en accord avec nos résultats où 8 médecins évoquent un sentiment s'apparentant à l'intuition.

2.3) Une autre manière d'évaluer le patient

Une évaluation plus globale

Les symptômes cités par les médecins pour décrire l'AEG sont souvent en rapport avec le fonctionnement de « base » de tout individu comme les troubles nutritionnels ou encore les troubles de la vigilance. Ces symptômes attirent l'attention sur l'évaluation de la personne âgée qui reste particulière. Du fait du vieillissement, les organes connaissent un déclin physiologique et la personne âgée perd sa capacité d'adaptation face aux changements et aux agressions extérieures (57). De ces changements naissent les notions de dépendance et d'autonomie qui sont à prendre en compte pour le médecin traitant. En effet entre ce déclin physiologique et les comorbidités présentées, l'équilibre de la personne âgée est précaire et un incident minime peut déclencher une décompensation comme le décrit la théorie de Bouchon (1+2+3). Le terme d'AEG semblerait plus proche d'un état d'homéostasie précaire. Il se rapprocherait du concept de fragilité comme le suggère l'étude du Dr Aouaneche (58). En effet, les résultats de notre étude reprennent plusieurs points tels que l'état nutritionnel, l'autonomie ou encore le versant psychologique qui sont des paramètres également évalués par les échelles qui déterminent la fragilité chez la personne âgée (59). Dépister cet état de fragilité par une échelle standardisée ou une consultation gériatrique en amont pourrait permettre d'appréhender des facteurs de décompensation.

L'importance de la notion de durée

Une autre notion qui se démarque dans notre étude est la notion de durée. Concernant l'AEG chez la personne âgée on distingue deux cas :

Une atteinte chronique, avec une durée d'évolution longue qui peut s'étaler sur des semaines voire des mois. Dans ce cas, la dégradation est assez progressive pour que le médecin fasse un premier bilan d'exploration diagnostique ou un essai de prise en charge thérapeutique. Et c'est souvent à la suite de l'échec de cette prise en charge et d'une dégradation inquiétante de l'état général que le médecin décide d'envoyer le patient aux urgences. Dans cette situation, un avis téléphonique spécialisé avec un gériatre ou une consultation gériatrique avec un délai correct pourrait éviter un envoi ultérieur aux urgences.

L'autre cas, énoncé par les médecins, concerne une atteinte plus aigüe. Elle marque réellement une rupture avec l'état antérieur et signe la décompensation d'un ou de plusieurs organes vitaux. Malgré tout, l'envoi des patients aux urgences reste un choix par défaut. Pour la plupart d'entre eux, le service des urgences n'est pas un service adapté à la personne âgée et source de complications ultérieures. Ils préfèrent passer par des services de gériatrie mais ces services sont souvent saturés et les urgences restent leur seule voie pour accéder à des soins secondaires. C'est pourquoi certains aimeraient la création d'urgences gériatriques pour avoir un parcours de soin plus adapté à la personne âgée.

2.4) L'incertitude diagnostique, un réel frein pour la suite de la prise en charge

Dans notre étude, les deux tiers des médecins qui utilisaient ce terme d'AEG avouaient avoir des difficultés à trouver un diagnostic précis. Cette dénomination reste un frein à un aiguillage précis que ce soit pour la réalisation d'un examen complémentaire ou pour orienter vers un spécialiste. Cette incertitude diagnostique attire l'attention sur la difficulté de l'examen clinique chez la personne âgée dans lequel le recueil des informations et l'expression clinique de certaines pathologies, peuvent être atypiques et piégeur. Les résultats de l'étude de Breuillac C. sur les diagnostics retrouvés à la sortie d'un service de court séjour gériatrique chez des patients hospitalisés pour AEG illustrent bien notre propos. Sur les 77 patients admis pour AEG, il retrouve 41 diagnostics différents (43). Pour ce même motif, les diagnostics sont fortement variables. On distingue des pathologies censées avoir des présentations cliniques très différentes et qui vont du domaine de l'infectiologie à celui de la psychiatrie. Ce terme semble exprimer une demande d'aide diagnostic plus qu'un diagnostic en soit. Par ailleurs, les médecins interrogés se montrent demandeurs de formations médicales continues sur la gériatrie car ils avouent avoir des lacunes dans ce domaine particulier.

L'utilisation du terme AEG laisse sous-entendre le flou diagnostique et le besoin d'investigations complémentaires. Dans l'étude de Fauchais sur l'exploration diagnostique du motif AEG, on retrouvait un bilan diagnostique simple qui permettait de retrouver un diagnostic précis dans 95 % des cas avec l'apport majeur de la FOGD (44). En pratique, Fauchais ne prend pas en compte le côté organisationnel de la prise en charge de ville qui demande plus de temps, une organisation des transports, une synchronisation des soins et un délai d'attente pour obtenir les examens complémentaires beaucoup plus important qu'aux urgences. Cette prise en charge de ville peut vite s'avérer épuisante et risquée pour le patient

selon le contexte et reste une situation anxiogène pour le médecin. Pour les années à venir, la stratégie nationale de santé cherche à promouvoir la création de maisons de santé pluriprofessionnelles qui pourraient améliorer la continuité des soins entre professionnels de santé et faciliter l'implantation de plateaux techniques de ville (52).

D) Perspectives

Notre étude qualitative présente une première approche concernant les déterminants d'envoi aux urgences d'un patient âgé en situation d'AEG. En partant du principe que la notion d'AEG reste une notion floue pour les médecins généralistes eux-mêmes, il nous a paru plus concret d'étudier directement les critères amenant à un envoi aux urgences.

Comme suggéré dans notre étude, les déterminants sont nombreux et pas uniquement basés sur le domaine médical. Des perspectives d'amélioration seraient à réaliser en amont et en aval de la situation d'AEG chez la personne âgée et une étude quantitative sur les différents déterminants retrouvés pourrait cibler les points essentiels à maîtriser, pour améliorer une situation où la prise en charge n'est pas optimale.

De même, une autre étude qualitative réalisée du côté des urgentistes serait un bon point de comparaison car ils sont les destinataires directs de ces envois et comprendre leurs attentes face à ce type de patient pourrait également améliorer la prise en charge.

Conclusion

Nous avons réalisé une étude qualitative sur les déterminants qui amènent le médecin généraliste à envoyer aux urgences un patient âgé en situation d'AEG. Si ce terme reste vague et peu informatif, c'est surtout son mésusage qui est source d'errance diagnostique et de retard de prise en charge pour l'urgentiste qui le reçoit. La compréhension des déterminants qui vont inciter le médecin à prendre cette décision sont plus concrets et permettent de mieux cerner les enjeux de son utilisation.

L'environnement du patient tient une place prépondérante dans le jugement du médecin et notamment l'aidant principal qui y joue un rôle essentiel par sa présence et son ressenti. Les modalités de l'exercice médical de ville restent aussi des contraintes avec notamment des difficultés organisationnelles selon le contexte et une disponibilité du médecin restreinte par son rythme de travail. Ce type de situation met les généralistes face aux problèmes actuels de la médecine de ville comme la surcharge de travail ou une coordination avec le secteur hospitalier très perfectible.

Le côté médical a lui aussi sa place dans les déterminants mais c'est surtout l'incertitude diagnostique et la demande d'investigations complémentaires qui vont inciter le médecin à hospitaliser le patient. Dans d'autres cas, devant l'absence d'arguments spécifiques, c'est souvent l'intuition du médecin qui va induire l'hospitalisation lorsque celui-ci pressent un risque de décompensation aigu à court terme.

Finalement, face à une situation clinique pauvre en données médicales, le médecin arrive tout de même à dégager les situations à risques en analysant l'ensemble du contexte et pas seulement des critères médicaux purs.

Si les déterminants retrouvés ne paraissent pas tous valables, l'hospitalisation aux urgences reste un choix par défaut pour la plupart des généralistes et souligne la difficulté de l'exercice de ville ainsi que les failles du système de santé actuel.

Bibliographie

1. Cour des Comptes. Paris. FRA. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. In: Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; 2014. p. 359-87.
2. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013, chapitre XII : la permanence des soins, La Documentation française, septembre 2013, p. 579-585, disponible sur www.ccomptes.fr.
3. Jainsky L, Tazé S, Schmidt J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. 3 juin 2008;(A149) : 21.
4. OMS. Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. WHO. [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
5. Berr C. Editorial. Vieillesse, du normal au pathologique, beaucoup de zones grises. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique. 2017. 292-3 p.
6. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2018 : La fécondité baisse depuis quatre ans- Insee Première - 1730 [Internet]. 2019 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693#consulter>
7. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 - Vieillesse de la population en France métropolitaine – Économie et Statistique n° 408-409 | Insee [Internet]. www.insee.fr. 2007 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377211?sommaire=1377217>
8. Brutel C, Omalek L. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030 – Données sociales : La société française | Insee [Internet]. 2003 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371861?sommaire=1371865>
9. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. SFMU. 2011;(28):277-91.
10. Dutheil N. Les aides et les aidants des personnes âgées, Dress, Etudes et Résultats. nov 2001;142.
11. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Chapitre 6. fev 2019;212-39.
12. SFMU. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. 10 ème conférence de consensus. 2003.
13. Hodgins MJ, Moore N, Legere L. Who is sleeping in our beds ? Factors predicting the ED boarding of admitted patients for more than 2 hours. J Emerg Nurs. 2011 Mai ;37(3) :225–30.
14. FEDORU | Fédération des ORU. Panorama des ORU activité des structures d'urgences 2017 [Internet]. 2017 [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.fedoru.fr/>
15. Polton D, Sermet C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? Numéro thématique. La santé des personnes âgées [Internet]. 2006. 49-52 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2982

16. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée - Ministère des Solidarités et de la Santé. sept 2018;(1077):1-6.
17. Haute Autorité de Santé - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
18. Brouard N, Cambois E, Robine J. Les espérances de vie sans incapacité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://pole-veilles-et-veillissements.site.ined.fr/fr/sante_autonomie/definition/
19. Moisy M. « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », Études et Résultats, n°1046, Drees. 2018 Janv.
20. SFGG. L'année gérontologique : 36 èmes journées annuelles de la société française de gérontologie. 2016 Nov 21-23; Paris, France.
21. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.— Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol*, 2001, 56, M146-156.
22. Menini T. Etude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2255 premiers patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérontopôle de Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1640/>
23. Le dispositif Paerpa [Internet]. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patientset-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>.
24. Université Paul Sabatier. Le vieillissement normal; aspects biologique, fonctionnel et relationnel. Prévention du vieillissement pathologique. 2007;1-24.
25. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. Congrès SFMU; Urgences 2011 ;chapitre 28 ; 283.
26. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med*. 5 janv 2005;3(3):223-8.
27. Allonier C, Dourgon P, Rochereau T. Résumé rapport 1800. IRDES. Institut de Recherche en Economie de la santé. [Internet]. 2010 [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2010/Rapport1800.htm>
28. Inspection régionale de la santé, DRASS d'Île-de-France. Programme régional de santé : personnes âgées, phase I, état des lieux. Mars 2002.
29. Haider S.I., Johnell K., Weitoft G.R., Thorslund M. et Fastbom J. (2009). « The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: a register-based study of more than 600,000 older people. » *J Am Geriatr.Soc* 57 (1):62-69.
30. Corsonello A., Pedone C. et Incalzi R.A. (2010). « Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. » *Curr Med Chem*. 17 (6):571-584.

31. Duflot M. Vers une évaluation gériatrique enfin standardisée [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7739>
32. Jeandel C. Le patient âgé et les urgences. *adsp*. sept 2005;(52):54-5.
33. Boisguerin B, Mauro L. « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », *Études et Résultats*, Drees. mars 2017;(1007):1-6.
34. Lambert M, Floccia M, Valdenaire G, Ramage C, Chanseau P, Revel P, et al. Cellule de Coordination Urgences Gériatriques. nov 2012;37(9):751-2.
35. Favre J, Maunoury T. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant, admission directe ou par les urgences : une étude prospective en court séjour gériatrique. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2014.
36. Georges-Tarragano C, Pierru F, Celeyran FT de, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. *Les Tribunes de la sante*. 12 juill 2013 ; n° 39(2):87-95.
37. Aouaneche M, Pepersack T. Altération ou dégradation de l'état général : un « syndrome gériatrique » ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 mars 2012;10(1):33-8.
38. Andrès E. « Altération de l'état général » : une terminologie non médicale, mais utile pour le grand public. *La presse médicale*. juill 2009;38(7-8):1035-6.
39. Beyne-Rauzy O, Adoue D. Altération de l'état général du sujet âgé. *Le concours médical*. 11 mai 2002;18(124):1211-3.
40. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;(105):4-11.
41. Robert AD, Bouillaguet A. *L'analyse de contenu. Que sais-je ?* France; 1997 : PUF.
42. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives, Hors série*; 2006 (3) : 243–272.
43. Breuillac C. Altération de l'état général chez le patient âgé : étude du devenir à 6 mois de 77 patients hospitalisés pour ce motif en court séjour gériatrique et recherche de facteurs prédictifs d'évolution défavorable. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie : 2018 ; 164.
44. Fauchais AL, Puisieux F, Woesteland H, Salomez F, Defaillie P. Altération de l'état général inexpliquée du sujet âgé. Intérêt de la fibroscopie gastrique. Étude de cohorte de 77 patients avec un suivi à 13 mois. *Revue de Médecine Interne* 1997.
45. Berrut G. Altération de l'état général ou altération de la pertinence clinique ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(1) :4.
46. Bachmann N. Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé : leur mode d'influence et leur distribution dans la population suisse et en Europe. *Dossier OBSAN 27, N euchâtel, Observatoire suisse de la santé*; 2014.

47. Wettstein A, Dyntar D, Kälin M. L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. 2014;14(47):877-80.
48. Touroude R. Les aidants familiaux : un maillon fort. Le concours médical. oct 2014;136(8):646.
49. Herve L. Le ressenti des aidants naturels de personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Thèse de doctorat : médecine humaine et pathologie : 2016.
50. Mollard J. Aider les proches. Gérontologie et Société 2009 ; 128- 129 : 257-72.
51. N. Soullier, « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », DREES, Études et Résultats, n° 799, mars 2012.
52. Cour des comptes. Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. Chapitre V. 2018 oct; 172-202.
53. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec, 2010;58(3): 28-43.
54. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan ML, Bonnet-Zamponi D. Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012; 10(2) :143-50.
55. Stolper E, van Royen P, Dinant GJ. The « sense of alarm » ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. Eur J Gen Pract. juin 2010;16(2):72-4.
56. Thiry AS. Quelles est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant en Lot-Et-Garonne. Thèse de doctorat : Médecine humaine et pathologie. 2016; 127.
57. Zekry D, Graf C, Giannelli S, Jacques MC. Effets de l'âge sur le vieillissement des organes. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. 2011 : 43-53.
58. Aouaneche M, Pepersack T. Altération ou dégradation de l'état général : un « syndrome gériatrique » ? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012; 10(1) :33-8.
59. Dufлот M. "Vers une évaluation gériatrique enfin standardisée ". Thèse de doctorat. Médecine humaine et pathologie. 2017.

Annexe

Guide d'entretien

Bonjour et merci de prendre de votre temps pour répondre à cet entretien. Je m'appelle Mathieu AH-SING et j'effectue un travail de thèse auprès des médecins généralistes de la région landes-pays basque pour mieux approfondir les déterminants d'un motif fréquent d'hospitalisation des personnes âgées auprès des urgences : l'altération de l'état général.

Pourriez-vous essayer de vous remettre en mémoire des situations cliniques où vous avez dû employer ce terme pour un recours aux urgences afin de faciliter cet échange ?

Contexte :

En 2001 on passe de 13,6 millions d'utilisateurs des urgences à plus de 18 millions en 2016.

¼ de l'affluence est représentée par les personnes âgées dont plus de 50 % vont être hospitalisées.

L'AEG motif souvent décrit au cours des années représente un peu moins de 10 % des motifs d'hospitalisation aux urgences des personnes âgées

Avec votre accord j'aimerais enregistrer notre entretien pour faciliter le recueil de données qui bien sûr restera anonyme.

-Contexte professionnel du médecin généraliste : Nous allons commencer par quelques questions sur votre situation professionnelle

Relances :

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Quel type d'exercice ? (Exercice urbain, semi-rural, rural)

Médecin installé : Temps complet ? partiel ? mixte ? (Que faites-vous d'autre, dans ce cas ?)

Médecin remplaçant : remplacement régulier ? (Combien de jours ?) par période ?

Exercez-vous dans une maison pluridisciplinaire ? Seul ? En collaboration ? Echangez-vous sur des sujets compliqués ?

Avez-vous une patientèle gériatrique ? Dans quelle proportion ?

En quelle proportion faites-vous des visites à domicile ? Avez-vous des patients en EHPAD ?

Avez-vous effectué un stage de gériatrie durant l'internat ?

Avez-vous des interlocuteurs privilégiés spécialisés en gériatrie ?

Avez-vous une formation en gériatrie ou soins palliatifs ? (FMC, DESC, DU, DIU)

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

-Qu'est-ce que l'AEG chez la personne âgée selon vous ? Dans quel cas envoyez-vous un patient âgé aux urgences pour le motif AEG ?

Relances :

Utilisez-vous ce terme dans votre pratique médicale ?

D'autres éléments vous font-ils utiliser ce terme ?

Quelles informations insérez-vous dans votre courrier si vous l'adressez pour AEG ?

L'utilisez-vous comme motif principal ou pour souligner un autre motif principal ?

Quel message voulez-vous faire passer à l'urgentiste en utilisant ce terme en général ?

Avez-vous des difficultés à orienter dans une structure gériatrique plutôt que les Urgences ?

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

-Vécu d'une situation similaire : Vous rappelez-vous d'une situation où vous avez dû utiliser ce terme pour un envoi aux urgences ? Pouvez-vous me décrire cette situation ?

Pourquoi avez-vous utilisé le terme AEG dans cette situation clinique ?

Est-ce que vous vous êtes senti en difficulté dans cette situation ?

Y avait-il une alternative aux urgences ? Avec le recul, auriez-vous fait autrement ?

Avez-vous recours à votre intuition dans ce type de situation ?

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

-Sur le plan pathologique : Quels critères purement médicaux vous font utiliser le terme AEG dans un courrier pour les urgences ?

Relances :

Prenez-vous la définition apprise lors de vos études ? (à savoir anorexie, amaigrissement, asthénie) Ou au moins un des 3 symptômes ?

Voyez-vous d'autres cas différents d'AEG ?

Prenez-vous en compte la rapidité d'évolution de ces signes ?

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

- Non médical : Des arguments non médicaux ont-ils leur place dans votre choix d'utiliser le terme AEG lors d'un envoi aux urgences ?

Relances :

Prenez-vous en compte le ressenti et/ou les requêtes du patient ou de la famille ?

Le contexte de la consultation médicale a-t-il une influence ? (horaire tardive, fin de semaine, stress)

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

- Quelles sont pour vous les limites de la médecine de ville dans ce type de situation où vous envoyez un patient âgé pour le motif AEG aux urgences ?

Relance :

Limites de moyens diagnostiques ?

Difficultés de prise en charge complexe sur le plan médical ? sur le plan diagnostique ou thérapeutique ?

Y aurait-il des solutions selon vous dans ce genre de cas ?

Voyez-vous autre chose à ajouter ?

- Synthèse de l'entretien : Si je comprends bien ce qui vous motive à envoyer un patient pour le motif AEG aux urgences est... Synthétiser la pensée du médecin interrogé. Vous êtes bien d'accord ? Voyez-vous autre chose à rajouter ?

Avez-vous des idées pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ce type de situation ?

Pensez-vous que la création d'un outil de débrouillage (telle une fiche de liaison, ou un numéro pour un avis spécialisé rapide) pourrait vous faciliter la prise en charge dans ce type de situation ?

Merci beaucoup d'avoir donné de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Abstract

Contexte : L'altération de l'état général (AEG) est un terme couramment utilisé par les médecins généralistes pour adresser les patients âgés aux urgences. Elle favorise les erreurs d'orientation aux urgences et rallonge la prise en charge du patient âgé. Si cette notion reste difficile à expliquer, il nous a paru pertinent d'analyser les déterminants qui motivent le généraliste à adresser un patient âgé pour AEG aux urgences.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la région Landes – Pays Basque.

Résultats : Les déterminants les plus importants étaient représentés par les facteurs environnementaux avec le rôle de l'aidant en premier lieu tant par son ressenti que par l'aide qu'il procurait au patient. Les limites inhérentes à la médecine de ville telles que les contraintes organisationnelles et la disponibilité pouvaient également faire pencher la balance en faveur d'une hospitalisation. Du point de vue médical, la notion d'urgence prédominait et c'est la présence d'une décompensation aiguë ou d'un risque aigu à court terme qui alertait le médecin. Dans un second temps étant donné le côté aspécifique de ce terme c'était l'intuition et l'expérience qui influençait le jugement du médecin.

Conclusion : Les déterminants d'un envoi aux urgences concernant une situation d'AEG ne sont pas directement liés à la situation d'AEG elle-même mais plutôt à des critères environnementaux. Si ces déterminants soulignent le mésusage du terme AEG pour un envoi aux urgences, les pratiques médicales ont évolué et la notion d'urgence médicale est souvent présente.

Mots clés : altération de l'état général, urgences, personne âgée, environnement, aidant, incertitude diagnostique, intuition, évaluation globale

Background: General condition impairment (AEG) is a term commonly used by general practitioners to refer elderly patients to emergencies. It favors errors of orientation in emergencies and extends the care of the elderly patient. Although this notion remains difficult to explain, it seemed appropriate to analyze the determinants that motivate the generalist to refer an elderly patient to AEG in emergencies.

Method: We conducted a qualitative study by semi-directed interviews with 15 general practitioners in the Landes - Basque Country.

Results: The most important determinants were represented by environmental factors with the role of the caregiver in the first place as much by its feelings as by the help it provided to the patient. The limitations of urban medicine such as organizational constraints and availability could also tip the scales in favor of hospitalization. From the medical point of view, the notion of urgency prevailed and it is the presence of acute decompensation or acute short-term risk that alerted the doctor. Second, given the nonspecific side of the term, it was intuition and experience that influenced the doctor's judgment.

Conclusion: The determinants of an emergency dispatch regarding an AEG situation are not directly related to the situation of AEG itself but rather to environmental criteria. While these determinants point to the misuse of the term AEG for sending to emergencies, medical practices have evolved and the notion of a medical emergency is often present.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.