



**HAL**  
open science

## Ré-hospitalisation précoce du sujet âgé de plus de 75 ans : du repérage aux urgences au suivi par le médecin généraliste. Intérêt de l'outil Tagravpa

Gabrielle Lacombe, Sabrina Kedaifa

### ► To cite this version:

Gabrielle Lacombe, Sabrina Kedaifa. Ré-hospitalisation précoce du sujet âgé de plus de 75 ans : du repérage aux urgences au suivi par le médecin généraliste. Intérêt de l'outil Tagravpa. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03148498

**HAL Id: dumas-03148498**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148498>**

Submitted on 22 Feb 2021

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

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



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Réhospitalisation précoce du sujet âgé de plus de 75 ans: du repérage aux urgences au suivi par le médecin généraliste. Intérêt de l'outil Tagravpa**

## **THÈSE EN BINÔME**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 4 Juin 2020**

**Par Madame Sabrina KEDAIFA**

**Née le 5 novembre 1989 à Laxou (54)**

**Et par Madame Gabrielle LACOMBE**

**Née le 29 novembre 1991 à Marseille (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur ROCH Antoine**

**Président**

**Monsieur le Professeur PAPAIZIAN Laurent**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur VILLANI Patrick**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur RECORBET Guy**

**Directeur**

**Madame le Docteur DELALANDE Géraldine**

**Assesseur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Doyen</b>                             | : | <b>Pr. Georges LEONETTI</b> |
| Vice-Doyen aux affaires générales        | : | Pr. Patrick DESSI           |
| Vice-Doyen aux professions paramédicales | : | Pr. Philippe BERBIS         |
| Conseiller                               | : | Pr. Patrick VILLANI         |

### **Assesseurs :**

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| ➤ aux études                                     | : | Pr. Kathia CHAUMOITRE  |
| ➤ à la recherche                                 | : | Pr. Jean-Louis MEGE    |
| ➤ à l'unité mixte de formation continue en santé | : | Pr. Justin MICHEL      |
| ➤ pour le secteur NORD                           | : | Pr. Stéphane BERDAH    |
| ➤ Groupements Hospitaliers de territoire         | : | Pr. Jean-Noël ARGENSON |
| ➤ aux masters                                    | : | Pr. Pascal ADALIAN     |

### **Chargés de mission :**

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| ➤ sciences humaines et sociales            | : | Pr. Pierre LE COZ       |
| ➤ relations internationales                | : | Pr. Stéphane RANQUE     |
| ➤ DU/DIU                                   | : | Pr. Véronique VITTON    |
| ➤ DPC, disciplines médicales & biologiques | : | Pr. Frédéric CASTINETTI |
| ➤ DPC, disciplines chirurgicales           | : | Dr. Thomas GRAILLON     |

## ÉCOLE DE MÉDECINE

|                  |   |                              |
|------------------|---|------------------------------|
| <b>Directeur</b> | : | <b>Pr. Jean-Michel VITON</b> |
|------------------|---|------------------------------|

### **Chargés de mission**

|                           |   |                             |
|---------------------------|---|-----------------------------|
| ▪ PACES – Post-PACES      | : | Pr. Régis GUIEU             |
| ▪ DFGSM                   | : | Pr. Anne-Laure PELISSIER    |
| ▪ DFASM                   | : | Pr. Marie-Aleth RICHARD     |
| ▪ DFASM                   | : | Pr. Marc BARTHET            |
| ▪ Préparation aux ECN     | : | Dr Aurélie DAUMAS           |
| ▪ DES spécialités         | : | Pr. Pierre-Edouard FOURNIER |
| ▪ DES stages hospitaliers | : | Pr. Benjamin BLONDEL        |
| ▪ DES MG                  | : | Pr. Christophe BARTOLI      |
| ▪ Démographie médicale    | : | Dr. Noémie RESSEGUIER       |
| ▪ Etudiant                | : | Elise DOMINJON              |

### **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

*Chargés de mission*

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

### **ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur : Monsieur Philippe SAUVAGEON

*Chargés de mission*

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

### **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

Directeur : Monsieur Sébastien COLSON

*Chargés de mission*

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

---

## PROFESSEURS HONORAIRES

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

## PROFESSEURS HONORAIRES

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

## EMERITAT

| <b>2008</b>       |                            |            |
|-------------------|----------------------------|------------|
| M. le Professeur  | LEVY Samuel                | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène          | 31/08/2011 |
| M. le Professeur  | PONCET Michel              | 31/08/2011 |
| M. le Professeur  | KASBARIAN Michel           | 31/08/2011 |
| M. le Professeur  | ROBERTOUX Pierre           | 31/08/2011 |
| <b>2009</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | DJIANE Pierre              | 31/08/2011 |
| M. le Professeur  | VERVLOET Daniel            | 31/08/2012 |
| <b>2010</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | MAGNAN Jacques             | 31/12/2014 |
| <b>2011</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | DI MARINO Vincent          | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | MARTIN Pierre              | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | METRAS Dominique           | 31/08/2015 |
| <b>2012</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | AUBANIAC Jean-Manuel       | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | BOUVENOT Gilles            | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | CAMBOULIVES Jean           | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | FAVRE Roger                | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | MATTEI Jean-François       | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | OLIVER Charles             | 31/08/2015 |
| M. le Professeur  | VERVLOET Daniel            | 31/08/2015 |
| <b>2013</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | BRANCHEREAU Alain          | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | CARAYON Pierre             | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | COZZONE Patrick            | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | DELMONT Jean               | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | HENRY Jean-François        | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | RUFO Marcel                | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | SEBAHOUN Gérard            | 31/08/2016 |
| <b>2014</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | FUENTES Pierre             | 31/08/2017 |
| M. le Professeur  | GAMERRE Marc               | 31/08/2017 |
| M. le Professeur  | MAGALON Guy                | 31/08/2017 |
| M. le Professeur  | PERAGUT Jean-Claude        | 31/08/2017 |
| M. le Professeur  | WEILLER Pierre-Jean        | 31/08/2017 |
| <b>2015</b>       |                            |            |
| M. le Professeur  | COULANGE Christian         | 31/08/2018 |
| M. le Professeur  | COURAND François           | 31/08/2018 |
| M. le Professeur  | FAVRE Roger                | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | MATTEI Jean-François       | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | OLIVER Charles             | 31/08/2016 |
| M. le Professeur  | VERVLOET Daniel            | 31/08/2016 |



## EMERITAT

### 2016

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

### 2017

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

### 2018

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

### 2019

|                  |                      |            |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | BERLAND Yvon         | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CHARPIN Denis        | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | FRANCES Yves         | 31/08/2022 |
| M. le Professeur | CAU Pierre           | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick      | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean         | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger          | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | FONTES Michel        | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy          | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge       | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles       | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean  | 31/08/2020 |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

|   |                                      |                                       |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| AGOSTINI FERRANDES Aubert                       | CHOSSEGROS Cyrille                   | GUEDJ Eric                            |
| ALBANESE Jacques                                | COLLART Frédéric                     | GUIEU Régis                           |
| ALIMI Yves                                      | COSTELLO Régis                       | GUIS Sandrine                         |
| AMABILE Philippe                                | COURBIERE Blandine                   | GUYE Maxime                           |
| AMBROSI Pierre                                  | COWEN Didier                         | GUYOT Laurent                         |
| ANDRE Nicolas                                   | CRAVELLO Ludovic                     | <i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>    |
| ARGENSON Jean-Noël                              | CUISSET Thomas                       | HABIB Gilbert                         |
| ASTOUL Philippe                                 | <i>CURVALE Georges Surnombre</i>     | HARDWIGSEN Jean                       |
| ATTARIAN Shahram                                | DA FONSECA David                     | HARLE Jean-Robert                     |
| AUDOUIN Bertrand                                | DAHAN-ALCARAZ Laetitia               | <i>HOFFART Louis Disponibilité</i>    |
| AUQUIER Pascal                                  | DANIEL Laurent                       | HOUVENAEGHEL Gilles                   |
| AVIERINOS Jean-François                         | DARMON Patrice                       | JACQUIER Alexis                       |
| AZULAY Jean-Philippe                            | D'ERCOLE Claude                      | JOURDE-CHICHE Noémie                  |
| BAILLY Daniel                                   | D'JOURNO Xavier                      | JOUVE Jean-Luc                        |
| BARLESI Fabrice                                 | DEHARO Jean-Claude                   | KAPLANSKI Gilles                      |
| BARLIER-SETTI Anne                              | DELAPORTE Emmanuel                   | KARSENTY Gilles                       |
| BARTHET Marc                                    | <i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i> | <i>KERBAUL François détachement</i>   |
| BARTOLI Christophe                              | DENIS Danièle                        | KRAHN Martin                          |
| BARTOLI Jean-Michel                             | DISDIER Patrick                      | LAFFORGUE Pierre                      |
| BARTOLI Michel                                  | DODDOLI Christophe                   | LAGIER Jean-Christophe                |
| BARTOLOMEI Fabrice                              | DRANCOURT Michel                     | LAMBAUDIE Eric                        |
| BASTIDE Cyrille                                 | DUBUS Jean-Christophe                | LANCON Christophe                     |
| BENSOUSSAN Laurent                              | DUFFAUD Florence                     | LA SCOLA Bernard                      |
| BERBIS Philippe                                 | DUFOUR Henry                         | LAUNAY Franck                         |
| BERBIS Julie                                    | DURAND Jean-Marc                     | LAVIEILLE Jean-Pierre                 |
| BERDAH Stéphane                                 | DUSSOL Bertrand                      | LE CORROLLER Thomas                   |
| <i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i> | EBBO Mikael                          | LECHEVALLIER Eric                     |
| BEROUD Christophe                               | EUSEBIO Alexandre                    | LEGRE Régis                           |
| BERTUCCI François                               | FAKHRY Nicolas                       | LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale         |
| BLAISE Didier                                   | <i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>      | LEONE Marc                            |
| BLIN Olivier                                    | FELICIAN Olivier                     | LEONETTI Georges                      |
| BLONDEL Benjamin                                | FENOLLAR Florence                    | LEPIDI Hubert                         |
| BONIN/GUILLAUME Sylvie                          | FIGARELLA/BRANGER Dominique          | LEVY Nicolas                          |
| BONELLO Laurent                                 | FLECHER Xavier                       | MACE Loïc                             |
| BONNET Jean-Louis                               | FOURNIER Pierre-Edouard              | MAGNAN Pierre-Edouard                 |
| <i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>        | FRANCESCHI Frédéric                  | MANCINI Julien                        |
| <i>BOUBLI Léon Surnombre</i>                    | FUENTES Stéphane                     | <i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i> |
| BOUFI Mourad                                    | GABERT Jean                          | MEGE Jean-Louis                       |
| BOYER Laurent                                   | GABORIT Bénédicte                    | MERROT Thierry                        |
| BREGEON Fabienne                                | GAINNIER Marc                        | METZLER/GUILLEMAIN Catherine          |
| BRETELLE Florence                               | GARCIA Stéphane                      | MEYER/DUTOUR Anne                     |
| BROUQUI Philippe                                | GARIBOLDI Vlad                       | MICCALEF/ROLL Joëlle                  |
| BRUDER Nicolas                                  | GAUDART Jean                         | MICHEL Fabrice                        |
| BRUE Thierry                                    | GAUDY-MARQUESTE Caroline             | MICHEL Gérard                         |
| BRUNET Philippe                                 | GENTILE Stéphanie                    | MICHEL Justin                         |
| BURTEY Stéphane                                 | GERBEAUX Patrick                     | MICHELET Pierre                       |
| CARCOPINO-TUSOLI Xavier                         | GEROLAMI/SANTANDREA René             | MILH Mathieu                          |
| CASANOVA Dominique                              | GILBERT/ALESSI Marie-Christine       | MILLION Matthieu                      |
| CASTINETTI Frédéric                             | GIORGI Roch                          | MOAL Valérie                          |
| CECCALDI Mathieu                                | GIOVANNI Antoine                     | MORANGE Pierre-Emmanuel               |
| CHAGNAUD Christophe                             | GIRARD Nadine                        | MOULIN Guy                            |
| CHAMBOST Hervé                                  | GIRAUD/CHABROL Brigitte              | MOUTARDIER Vincent                    |
| CHAMPSAUR Pierre                                | GONCALVES Anthony                    | <i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>      |
| CHANEZ Pascal                                   | GRANEL/REY Brigitte                  | NAUDIN Jean                           |
| CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle                    | GRANVAL Philippe                     | NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier         |
| CHARREL Rémi                                    | GREILLIER Laurent                    | NICOLLAS Richard                      |
| CHAUMOITRE Kathia                               | GRIMAUD Jean-Charles                 | OLIVE Daniel                          |
| CHIARONI Jacques                                | GROB Jean-Jacques                    | OUAFIK L'Houcine                      |
| CHINOT Olivier                                  |                                      | OVAERT-REGGIO Caroline                |

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

---

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

## PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

## PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

## PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

(mono-appartenants)

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

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

|  |
|--|
| BARGIER Jacques                        |
| BONNET Pierre-André                    |
| CALVET-MONTREDON Céline                |
| JANCZEWSKI Aurélie                     |
| NUSSLI Nicolas                         |
| ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle              |
| THERY Didier (nomination au 1/10/2019) |

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

| ANATOMIE 4201   | ANTHROPOLOGIE 20  |
|---|---|
| <p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)<br/>LE CORROLLER Thomas (PU-PH)<br/>PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOIN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)<br/>LAGIER Aude (MCU-PH) <i>disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>   | <p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)<br/>POUGET Benoît (MCF)<br/>VERNA Emeline (MCF)</p>  |
|   | <b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>  |
|   | <p>CHARREL Rémi (PU PH)<br/>DRANCOURT Michel (PU-PH)<br/>FENOLLAR Florence (PU-PH)<br/>FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)</p>  |
| <b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>   | <p>NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)<br/>LA SCOLA Bernard (PU-PH)<br/>RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH)<br/>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) <i>disponibilité</i><br/>DUBOURG Grégory (MCU-PH)<br/>GOURIET Frédérique (MCU-PH)<br/>NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)<br/>NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)<br/>DESNUES Benoît (MCF) ( 65ème section )<br/>MERHEJCHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p> |
| <p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)<br/>DANIEL Laurent (PU-PH)<br/>FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)<br/>GARCIA Stéphane (PU-PH)<br/>XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH)<br/>GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)<br/>LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)<br/>MACAGNO Nicolas (MCU-PH)<br/>MAUES DE PAULA André (MCU-PH)<br/>SECO Véronique (MCU-PH) <i>disponibilité</i></p> |   |
| <b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;<br/>MEDECINE URGENCE 4801</b>  | <b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>   |
| <p>ALBANESE Jacques (PU-PH)<br/>BRUDER Nicolas (PU-PH)<br/>LEONE Marc (PU-PH)<br/>MICHEL Fabrice (PU-PH)<br/>VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)<br/>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>  | <p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)<br/>GABERT Jean (PU-PH)<br/>GUIEU Régis (PU-PH)<br/>OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH)<br/>FROMNOT Julien (MCU-PH)<br/>MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)<br/>ROMANET Pauline (MCU-PH)<br/>SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>  |
| <b>ANGLAIS 11</b>   | <b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>   |
| <p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>   | <p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH)<br/>GASTALDI Marguerite (MCU-PH)<br/>KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)<br/>LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>   |
| <b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT<br/>ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>  |   |
| <p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)<br/>PERRIN Joanne (PU-PH)<br/>DRH Campus Timone</p>   |   |

MAJ 01.09.2019

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

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

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

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

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

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

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surmombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

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

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

|  |  |
|--|--|
| <p><b>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</b></p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH)<br/> D'JOURNO Xavier (PU-PH)<br/> DODDOLI Christophe (PU-PH)<br/> GARIBOLDI Vlad (PU-PH)<br/> MACE Loïc (PU-PH)<br/> THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)<br/> TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p> | <p><b>CHIRURGIE PLASTIQUE,<br/> RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004</b></p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH)<br/> LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH)<br/> HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>   |
| <p><b>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</b></p> <p>ALIMI Yves (PU-PH)<br/> AMABILE Philippe (PU-PH)<br/> BARTOLI Michel (PU-PH)<br/> BOUFI Mourad (PU-PH)<br/> MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)<br/> PIQUET Philippe (PU-PH)<br/> SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)</p>                        | <p><b>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</b></p> <p>BARTHET Marc (PU-PH)<br/> BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i><br/> BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Surnombre</i><br/> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)<br/> GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)<br/> GRANDVAL Philippe (PU-PH)<br/> GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)<br/> SEITZ Jean-François (PU-PH)<br/> VITTON Véronique (PU-PH)</p> |
| <p><b>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</b></p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH)<br/> LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p>PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>   | <p>GRANDVAL Philippe (PU-PH)<br/> GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)<br/> SEITZ Jean-François (PU-PH)<br/> VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>   |
| <p><b>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</b></p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH)<br/> DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)<br/> GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)<br/> GROB Jean-Jacques (PU-PH)<br/> RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>  | <p><b>GENETIQUE 4704</b></p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH)<br/> KRAHN Martin (PU-PH)<br/> LEVY Nicolas (PU-PH)<br/> SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p>  |
| <p><b>DUSI</b></p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p> <p>BOURRIQUEN Maryline (MAST)<br/> EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)<br/> LUCAS Guillaume (MAST)<br/> MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)<br/> MELLINAS Marie (MAST)<br/> ROMAN Christophe (MAST)<br/> TRINQUET Laure (MAST)</p>                               | <p>NGYUEN Karine (MCU-PH)<br/> TOGA Caroline (MCU-PH)<br/> ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)</p> <p><b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</b></p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH)<br/> BOUBLJ Léon (PU-PH) <i>Surnombre</i><br/> BRETELLE Florence (PU-PH)<br/> CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)<br/> COURBIERE Blandine (PU-PH)<br/> CRAVELLO Ludovic (PU-PH)<br/> D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>                   |
| <p><b>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;<br/> GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</b></p> <p>BRUE Thierry (PU-PH)<br/> CASTINETTI Frédéric (PU-PH)<br/> CUNY Thomas (MCU-PH)</p>   |  |



|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601</b> | <b>HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701</b> |
|---|---------------------------------------|

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BERBIS Julie (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
RESSEQUIER Noémie (MCU-PH)

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

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

|                         |
|-------------------------|
| <b>IMMUNOLOGIE 4703</b> |
|-------------------------|

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

|   |
|---|
| <b>MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503</b> |
|---|

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

|                                |
|--------------------------------|
| <b>MEDECINE D'URGENCE 4805</b> |
|--------------------------------|

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

|   |
|---|
| <b>MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU<br/>VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301</b> |
|---|

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
EBBO Mikael (PU-PH)  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)  
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

|  |
|--|
| <b>MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603</b> |
|--|

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

|  |
|--|
| <b>MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905</b> |
|--|

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

|  |
|--|
| <b>MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602</b> |
|--|

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

MAJ 01.09.2019

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| <b>MEDECINE GENERALE 5303</b> | <b>NEPHROLOGIE 5203</b> |
|-------------------------------|-------------------------|

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nominatlon au 1/10/2019)

|                       |
|-----------------------|
| <b>NUTRITION 4404</b> |
|-----------------------|

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

|   |
|---|
| <b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b> |
|---|

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

|                           |
|---------------------------|
| <b>OPHTALMOLOGIE 5502</b> |
|---------------------------|

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b> |
|------------------------------------|

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

|                         |
|-------------------------|
| <b>NEPHROLOGIE 5203</b> |
|-------------------------|

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

|                            |
|----------------------------|
| <b>NEUROCHIRURGIE 4902</b> |
|----------------------------|

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

|                        |
|------------------------|
| <b>NEUROLOGIE 4901</b> |
|------------------------|

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

|   |
|---|
| <b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b> |
|---|

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

|   |
|---|
| <b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -<br/>PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b> |
|---|

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) *Sumombre*

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

|   |   |
|---|---|
| <b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>                            | <b>PHILOSOPHIE 17</b>                                       |
| RANQUE Stéphane (PU-PH)   | LE COZ Pierre (PR) (17ème section)                          |
| CASSAGNE Carole (MCU-PH)  | MATHIEU Marion (MAST)                                       |
| L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)                                       |   |
| TOGA Isabelle (MCU-PH)  |   |
| <b>PEDIATRIE 5401</b>   | <b>PHYSIOLOGIE 4402</b>                                     |
| ANDRE Nicolas (PU-PH)   | BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)                                  |
| CHAMBOST Hervé (PU-PH)  | BREGEON Fabienne (PU-PH)                                    |
| DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)                                     | GABORIT Bénédicte (PU-PH)                                   |
| GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)                                   | MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)                                   |
| MICHEL Gérard (PU-PH)   | TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)                          |
| MILH Mathieu (PU-PH)  |   |
| OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)                                    | BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)                                  |
| REYNAUD Rachel (PU-PH)  | BONINI Francesca (MCU-PH)                                   |
| TSIMARATOS Michel (PU-PH)   | BOULLUCIOCCA Sandrine (MCU-PH)                              |
|   | DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)                    |
| COZE Carole (MCU-PH)  | DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)                                  |
| FABRE Alexandre (MCU-PH)  |   |
| TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)                                       | RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)                           |
|   | THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)                        |
| <b>PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</b>                  | <b>PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</b>                       |
| BAILLY Daniel (PU-PH)   | ASTOUL Philippe (PU-PH)                                     |
| LANCON Christophe (PU-PH)   | BARLESI Fabrice (PU-PH)                                     |
| NAUDIN Jean (PU-PH)   | CHANEZ Pascal (PU-PH)                                       |
|   |   |
| CERMOLACCE Michel (MCU-PH)  | GREILLIER Laurent (PU-PH)                                   |
| <b>PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16</b> | REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)                             |
| AGHABABIAN Valérie (PR)   | TOMASINI Pascale (MCU-PH)                                   |
| <b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</b>                       | <b>RHUMATOLOGIE 5001</b>                                    |
| BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)                                       | GUIS Sandrine (PU-PH)                                       |
| CHAGNAUD Christophe (PU-PH)                                       | LAFFORGUE Pierre (PU-PH)                                    |
| CHAUMOTRE Kathia (PU-PH)  | PHAM Thao (PU-PH)   |
| GIRARD Nadine (PU-PH)   | ROUDIER Jean (PU-PH)  |
| JACQUIER Alexis (PU-PH)   |   |
| MOULIN Guy (PU-PH)  | <b>THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</b> |
| PANUEL Michel (PU-PH)   | AMBROSI Pierre (PU-PH)                                      |
| PETIT Philippe (PU-PH)  | VILLANI Patrick (PU-PH)                                     |
| VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)                                   |   |
| VIDAL Vincent (PU-PH)   |   |
|   | DAUMAS Aurélie (MCU-PH)                                     |
| STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)                                    |   |
| <b>REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</b>               | <b>UROLOGIE 5204</b>  |
| GANNIER Marc (PU-PH)  | BASTIDE Cyrille (PU-PH)                                     |
| GERBEAUX Patrick (PU-PH)  | KARSENTY Gilles (PU-PH)                                     |
| PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  | LECHEVALLIER Eric (PU-PH)                                   |
| ROCH Antoine (PU-PH)  | ROSSI Dominique (PU-PH)                                     |
| HRAIECH/DRICOMPS Timone   |   |

MAJ 01.09.2019

# **Remerciements**

Aux membres du jury pour nous avoir fait l'honneur d'y siéger.

A Monsieur le Professeur Antoine ROCH,  
Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Merci de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent PAPAŽIAN,  
Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. Recevez, l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick VILLANI,  
Merci d'avoir accepté de participer à notre jury sans même nous connaître. Veuillez croire en notre profonde gratitude.

Au Docteur Géraldine DELALANDE,  
Merci de nous avoir permis de faire notre thèse sur un sujet qui te tenait à coeur.  
Merci pour ta disponibilité tout au long de ce travail.

Au Docteur Guy RECORBET, merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

A tous les Médecins Généralistes de l'étude, merci d'avoir accepté d'y participer et de nous avoir accordé de votre temps.

A nos familles et amis pour nous avoir soutenu et accompagné tout au long de ces études.

Au confinement, pour nous avoir été salvateur.

*« On ne peut s'empêcher de vieillir, mais on peut s'empêcher de devenir vieux »*

*Matisse*

# **Table des matières**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abréviations</b>   | <b>5</b>  |
| <b>I - Introduction</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Le vieillissement de la population</b>                     | <b>7</b>  |
| <b>1.2 L'hospitalisation de la personne âgée</b>                  | <b>8</b>  |
| 1.2.1 Définition de la personne âgée                              | 8         |
| 1.2.2 Une part importante de l'activité hospitalière              | 8         |
| 1.2.3 Le SAU, porte d'entrée de l'hôpital                         | 9         |
| 1.2.4 Les effets délétères de l'hospitalisation                   | 9         |
| <b>1.3 La réhospitalisation précoce</b>                           | <b>10</b> |
| 1.3.1 Définition  | 10        |
| 1.3.2 Une période de suivi de 30 à 90 jours                       | 11        |
| 1.3.3 Application à la personne âgée                              | 11        |
| <b>1.4 L'importance de la transition hôpital-domicile</b>         | <b>12</b> |
| 1.4.1 Définition  | 12        |
| 1.4.2 Repérage des patients à risque de réhospitalisation précoce | 12        |
| 1.4.3 Renforcer la place du médecin généraliste                   | 15        |
| <b>1.5 Intérêt de l'étude</b>                                     | <b>16</b> |
| <b>II. Matériels et Méthodes</b>                                  | <b>18</b> |
| <b>2.1 Méthode quantitative</b>                                   | <b>18</b> |
| 2.1.1 Description de l'étude                                      | 18        |
| 2.1.2 Population étudiée  | 18        |
| 2.1.3 Processus   | 18        |
| 2.1.4 Analyse statistique   | 19        |
| 2.1.5 Cadre réglementaire   | 20        |
| <b>2.2 Méthode qualitative</b>                                    | <b>21</b> |
| 2.2.1 Choix de la méthode   | 21        |
| 2.2.2 Inclusion   | 21        |
| 2.2.3 Réalisation du canevas d'entretien                          | 22        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.2.4 L'organisation des entretiens  | 22        |
| 2.2.5 Transcription et analyse des données   | 23        |
| <b>III. Résultats</b>  | <b>24</b> |
| <b>3.1 Résultats de l'étude quantitative</b>   | <b>24</b> |
| 3.1.1. Inclusion   | 24        |
| 3.1.2. Description de la population étudiée  | 26        |
| 3.1.3. Analyse univariée   | 26        |
| 3.1.4. Analyse bivariée  | 28        |
| 3.1.5. Performance du test   | 29        |
| 3.1.5.1. Calcul de la sensibilité et spécificité   | 29        |
| 3.1.5.2. Construction de la courbe ROC   | 30        |
| 3.1.5.3. Choix du seuil optimal du test  | 31        |
| 3.1.5.4. Calcul des paramètres du test en prenant le seuil à 5   | 32        |
| 3.1.5.5. Calcul de la Valeur Prédictive Positive (VPP) et Valeur Prédictive Négative (VPN)                         | 33        |
| <b>3.2 Résultats de l'étude qualitative</b>  | <b>34</b> |
| 3.2.1 Description de la population   | 34        |
| 3.2.2 Analyse des résultats  | 35        |
| 3.2.3 Représentations par les médecins généralistes relatives au patient âgé à risque de réhospitalisation précoce | 35        |
| 3.2.4 Repérage des patients âgés à risque de réhospitalisation précoce par les médecins généralistes               | 37        |
| 3.2.5 Prise en charge de la personne âgée à risque de réhospitalisation précoce par le médecin généraliste         | 40        |
| 3.2.6 Une médecine de ville insuffisante   | 42        |
| 3.2.7. Le fossé entre la médecine de ville et l'hôpital  | 46        |
| 3.2.8 Nécessité d'être informé précocement pour un suivi efficace  | 48        |
| 3.2.9 Place de l'informatique discutée   | 51        |
| <b>IV – Discussion</b>   | <b>53</b> |
| <b>4.1 Résultats de l'étude quantitative</b>   | <b>53</b> |
| 4.1.1 La grille TAGRAVPA   | 53        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.1.2 Les autres scores de la littérature  | 55        |
| 4.1.3 Les résultats secondaires  | 56        |
| <b>4.2 Résultats de l'étude qualitative</b>  | <b>57</b> |
| 4.2.1 Représentations par le médecin généraliste du patient âgé à risque de réhospitalisation précoce                                      | 57        |
| 4.2.2 Importance d'un repérage subjectif   | 59        |
| 4.2.3 Intérêt d'une VAD (Visite À Domicile) discutée   | 60        |
| 4.2.4 Une collaboration pluriprofessionnelle nécessaire  | 60        |
| 4.2.5 Une communication ville-hôpital insuffisante impactant sur la continuité des soins   | 61        |
| <b>4.3 Les forces et faiblesses de notre étude</b>   | <b>63</b> |
| <b>4.4 Perspectives</b>  | <b>64</b> |
| <b>V - Conclusion</b>  | <b>66</b> |
| <b>Bibliographie</b>   | <b>68</b> |
| <b>Annexes</b>   | <b>74</b> |
| <b>Annexe 1</b> : Grille TAGRAVPA (Tableau d'Aide et Grille de Repérage d'Aggravation des Personnes Âgées de 75 ans et plus hospitalisées) | <b>74</b> |
| <b>Annexe 2</b> : Recommandations gériatriques générales envoyées aux médecins généralistes  | <b>75</b> |
| <b>Annexe 3</b> : Guide d'entretien à destinée des médecins généralistes   | <b>76</b> |
| <b>Annexe 4</b> : Plan de l'analyse qualitative  | <b>79</b> |
| <b>Annexe 5</b> : Entretiens avec les médecins généralistes  | <b>82</b> |
| Entretien MG1  | 82        |
| Entretien MG2  | 85        |
| Entretien MG3  | 89        |
| Entretien MG4  | 93        |
| Entretien MG5  | 96        |
| Entretien MG6  | 101       |
| Entretien MG7  | 108       |
| Entretien MG8  | 111       |
| Entretien MG9  | 114       |
| Entretien MG10   | 117       |



**Serment d'Hippocrate**

**120**

**RÉSUMÉ**

**122**

# **Abréviations**

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

PPACCA : Patient Protection and Affordable Care Act

HAS : Haute Autorité de Santé

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

IMC : Indice de Masse Corporelle

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

GSFT : Gérontopôle Frailty Screening Tool

TRST : Triage Risk Screening Tool

ISAR : Identification of Seniors At Risk

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

TAGRAVPA : Tableau d'Aide et Grille de Repérage d'Aggravation des Personnes  
Âgées de 75 ans et plus hospitalisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

ROC : Receiver Operating Characteristic

VP : Vrais Positifs

FN : Faux Négatifs

FP : Faux Positifs

VN : Vrais Négatifs

VPP : Valeur Prédicative Positive

VPN : Valeur Prédicative Négative

MG : Médecin Généraliste

VAD : Visite À Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

MMSE : Mini Mental State Examination

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe Iso Ressources

CCP : Coordination Clinique de Proximité

PPS : Plan Personnalisé de Santé

CPTS : Communautés Professionnels Territoriales de Santé

# **I - Introduction**

## **1.1 Le vieillissement de la population**

Les personnes âgées représentent en France, comme dans tous les pays développés, une part croissante de la population. Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2018 la proportion des patients de plus de 75 ans représentait 9.2 % de la population métropolitaine. Il est estimé qu'en 2030, elle représentera 12.2 % et en 2050, 16.3 % de la population métropolitaine (1).

Ce vieillissement s'explique par l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, et l'allongement de l'espérance de vie.

En effet, l'espérance de vie à la naissance s'accroît chaque année, elle dépasse désormais 80 ans. En France, en 2019, elle était en moyenne de 79.8 pour un homme et de 85.7 pour une femme. En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,6 ans, celle des hommes de 5,6 ans (1).

Or, l'accroissement de l'espérance de vie pose le problème de la prise en charge de la longévité. Cette dernière est un défi pour notre société, pour notre système de soins et de solidarité nationale. Dans un rapport public de novembre 2005, la Cour des Comptes insiste sur l'augmentation à venir des dépenses liées à la prise en charge du grand âge et de la dépendance.

Nous devons donc anticiper ces changements et notre capacité à prendre charge les dépendances de la personne âgée.

## **1.2 L'hospitalisation de la personne âgée**

### **1.2.1 Définition de la personne âgée**

Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) retient l'âge de 65 ans et plus.

D'un point de vue sociologique, la définition de la personne âgée est corrélée à l'âge de cessation d'activité professionnelle, soit aux alentours de 55-60 ans.

De plus, l'augmentation de l'espérance de vie, du niveau de revenu, et l'état de santé des jeunes retraités rendent moins pertinent le seuil de 65 ans initialement utilisé (2). En effet, c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent ; une baisse d'intensité de la vie sociale, et des processus de retrait commencent à s'observer (2).

Par ailleurs, le rapport « Vivre ensemble plus longtemps » de 2010 du Centre d'Analyse Stratégique, encourage la réalisation de travaux statistiques et universitaires plus conformes aux réalités actuelles en prenant comme seuil l'âge de 75 ans (3).

### **1.2.2 Une part importante de l'activité hospitalière**

La prise en charge de ces patients âgés constitue une part importante de l'activité hospitalière. En 2010, les plus de 65 ans représentaient 17,1 % de la population française mais ont représenté plus de 40 % des prises en charge hospitalières (4).

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, le tiers de la population a été hospitalisé au moins une fois en 2017 (31 % des femmes et 36 % des hommes). Parmi la population âgée de 80 ans et plus, deux personnes sur cinq ont été hospitalisées en France en 2017 (37 % de la population des femmes et 44 % de la population masculine). Un patient hospitalisé sur huit est âgé de 80 ans et plus (5).

De plus, les patients âgés sont sujets à être hospitalisés plus fréquemment que le reste de la population. En effet, le nombre annuel d'hospitalisation par patient est de 1,8 pour les personnes de 75 ans et plus contre une moyenne de 1,5.

De même, la durée moyenne de séjour croît avec l'âge. Elle passe d'environ 2

jours/an chez les 65-74 ans à plus de 4 jours/an chez les 75 ans et plus, puis 6 jours/an chez les 85 ans et plus (6).

Cela s'explique par la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance (2).

### 1.2.3 Le SAU, porte d'entrée de l'hôpital

« De l'extérieur, l'hôpital apparaît comme une forteresse, un bastion de techniques et de savoir, qui ne peut être forcé que par son pont-levis : les Urgences » . Écrite en 1989, cette affirmation reste malheureusement toujours d'actualité.

Les personnes âgées représentent une part importante des patients consultant chaque année au SAU (Service d'Accueil des Urgences) en France. En effet, 14 % des passages au SAU concernent la personne âgée de plus de 75 ans (7). Parmi eux, 44 % sont âgés de 85 ans ou plus (8).

De plus, l'admission au SAU, définie elle même comme une hospitalisation non programmée, constitue la porte d'entrée principale de l'hôpital pour les sujets âgés. Parmi les patients de plus de 75 ans admis aux urgences, 56 % d'entre eux sont hospitalisés dans un service conventionnel tandis que 38 % retournent à leur domicile et 5 % dans leur EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) (7).

Ce mode d'entrée par le biais du SAU n'est pas anodin et constitue un facteur de risque pour les sujets âgés.

En effet, l'organisation des soins au SAU ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles et expose à une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes. 23 % des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures au SAU contre 10 % des 15-74 ans (9).

Un passage prolongé au SAU supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de deux fois. Les sujets âgés sont à risque élevé d'événements indésirables lors de l'entrée au SAU comme la non-reconduction de prescription (10).

### 1.2.4 Les effets délétères de l'hospitalisation

On sait que les risques liés à l'hospitalisation d'un sujet âgé sont non négligeables. En effet, chaque hospitalisation risque de dégrader l'état de la personne âgée et d'exposer la personne âgée à une perte d'autonomie majeure liée à l'hospitalisation.

Cette dépendance liée à l'hospitalisation est définie par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. Son incidence chez les personnes âgées hospitalisées de 70 ans et plus, en termes de marche et de toilette, est de l'ordre de 30 à 60 % et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus (8). Après deux semaines d'hospitalisation, on estime à 46 % la croissance du risque de dépendance (4).

De plus, lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, le séjour hospitalier peut être source de rupture dans le parcours de vie et de soins de la personne âgée et contribuer à un risque accru de dépendance au-delà de la pathologie qui a conduit à l'hospitalisation (4).

En effet, un des facteurs de cette perte d'autonomie est la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Cette dernière est définie comme la conséquence de processus de soins et d'environnement hospitalier ne répondant pas aux besoins spécifiques de la personne âgée. On estime sa prévalence à 12 % et elle est évitable dans 80 % des cas (10).

Après une sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base, 33 % dans les 6 mois après leur sortie et 14 % à 1 an (10).

De plus, cette perte d'autonomie deviendra souvent le déclencheur d'un déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue, ainsi qu'à une augmentation des taux de réhospitalisation et d'institutionnalisation (4). Un système répétitif risque alors de s'installer ; l'hospitalisation engendre un déclin fonctionnel, qui entraîne à son tour une réhospitalisation et ainsi de suite (11).

On note que 60 % des décès des personnes âgées sont survenus lors d'une hospitalisation.

## **1.3 La réhospitalisation précoce**

### **1.3.1 Définition**

La réhospitalisation précoce est définie comme une hospitalisation non programmée survenant dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Parmi les réhospitalisations précoces, on distingue les réhospitalisations évitables c'est-à-dire que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente (12).

C'est un indicateur largement utilisé à l'échelle nationale, comme internationale, pour mesurer la qualité des soins. Aux Etats-Unis, avec la loi PPACCA (Patient Protection

and Affordable Care Act), certains établissements peuvent même subir des pénalités financières quand le taux de réhospitalisation à 30 jours est élevé (13).

### 1.3.2 Une période de suivi de 30 à 90 jours

Le consensus dans la littérature porte sur une période de suivi de 30 jours. Ce choix est renforcé par un autre indicateur, la mortalité à 30 jours, utilisé pour évaluer la qualité des soins des patients hospitalisés (14).

Ceci étant, bien que les réhospitalisations les plus précoces (entre 3 et 7 jours) semblent liées à la qualité des soins au cours du séjour d'hospitalisation index (infection nosocomiale, prise en charge inadaptée, etc.), les réhospitalisations survenant au-delà de la première semaine suivant la sortie d'hospitalisation seraient le reflet de l'organisation du système de soins et notamment entre acteurs de ville et hôpital au niveau d'un territoire. L'indicateur de réhospitalisation à 30 jours a été conçu afin d'apprécier la coordination entre les acteurs du système de soins lors de la transition hôpital-ville et atteste donc davantage de la performance du système de santé que celle des établissements de santé (15).

La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise même d'étendre la période de suivi post-hospitalisation à 90 jours afin de tenir compte du rôle des soins ambulatoires et d'évaluer des interventions de plus longue durée (12).

En effet, un grand nombre de réhospitalisations des sujets âgés fragiles et des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque surviennent plusieurs mois après la sortie et dépendent principalement de décisions prises par les professionnels de santé ambulatoires (16).

### 1.3.3 Application à la personne âgée

En 2013, la HAS établit des recommandations pour réduire le risque de réhospitalisation évitable. Elle s'appuie sur l'étude Laniece réalisée dans 9 hôpitaux français observant un taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours des patients de plus de 75 ans à 14% (5).

La proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23 % de la totalité des réadmissions (17).

Ces patients âgés faisant l'objet de réhospitalisation précoce ont une mortalité 6 fois plus élevée que les autres (26 % contre 3,9 %) au cours des 3 mois qui suivent la première hospitalisation, et 1,7 fois plus élevée à 2 ans (12) (18).



L'une des actions pour diminuer le risque de réhospitalisation précoce est le repérage de ces patients âgés fragiles et ce dès le SAU.

## **1.4 L'importance de la transition hôpital-domicile**

### 1.4.1 Définition

L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables (12). Elle ne permet pas en règle générale d'améliorer la survie des patients mais peut réduire leur risque d'institutionnalisation et de déclin fonctionnel.

Plusieurs études, nord-américaines pour la plupart, montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de pluripathologies.

La réduction du taux de réadmissions à 30 jours varie entre 18 et 50 % selon les études et les comorbidités. Cette réduction peut être observée jusqu'à 6 à 12 mois. Le recours au SAU peut être réduit dans les mêmes proportions et dans certaines études la durée de séjour est réduite d'environ 10 % (12).

### 1.4.2 Repérage des patients à risque de réhospitalisation précoce

#### **Définition de la fragilité**

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a défini la notion de fragilité de la personne âgée. Elle est « un syndrome clinique, conséquence d'une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité constitue un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ».

Il existe plusieurs modèles théoriques de fragilité qui ne s'excluent pas les uns des autres mais qui dépendent de l'approche considérée. Aujourd'hui deux principaux concepts font consensus :

Le modèle de Fried (19). Il comprend cinq critères :

- Une perte de poids involontaire (-4,5 kg en 1 an)
- Une sensation subjective d'asthénie
- Une sédentarité (calculée en kilocalories perdues/semaine : moins de 388 kcal pour l'homme 270 pour la femme)
- Une vitesse de marche diminuée (inférieure à 1m/s sur test effectué sur quatre mètres)
- Une faiblesse musculaire (mesurée par un dynamomètre, dans les 20 % inférieurs pour le sexe et l'IMC).

La présence d'un ou deux critères définit l'état pré-fragile, alors que trois symptômes et plus, correspondent à la fragilité. Ce modèle présente l'avantage d'être simple à utiliser. Il reste cependant discuté car ne prend pas en compte les dimensions cognitives et psychologiques.

Le modèle de Rockwood et coll. ou fragilité par accumulation des déficits assimile la fragilité à une somme de déficiences, physique, nutritionnelle, cognitive et sensorielle. Il s'agit d'une « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (20). Pour cette école canadienne, définir la fragilité d'un individu revient donc à faire la somme de toutes ses atteintes fonctionnelles, et cela à l'aide d'un outil complet en 70 items (21). Ce modèle présente donc l'inconvénient d'être difficile d'utilisation courante.

Néanmoins, le procédé le plus factuel permettant une mesure de la fragilité est bien l'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée). Elle se définit comme un "processus interdisciplinaire multidimensionnel visant à déterminer les capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée fragile/vulnérable dans le but de développer un plan coordonné et intégré pour son traitement et son suivi à long terme" (22).

Bien que la réalisation d'une EGS par des infirmiers au SAU peut réduire les risques de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation, elle ne réduit pas le risque de réadmission à 30 jours et ne réduit le recours ultérieur aux urgences que dans 2 études sur 8, d'après une revue systématique de la littérature de l'auteur Graf en 2011 (23).

Par ailleurs, la réalisation de l'EGS reste compliquée en routine dans un service d'urgence.

Il existe des scores plus courts et plus facilement réalisables au SAU pour prédire le risque d'évènements indésirables et de réadmission du sujet âgé.

### **Prédire le risque de réhospitalisation précoce**

Ce repérage peut être réalisé dès le SAU ou sinon le plus tôt possible après l'admission (au maximum dans les 72 premières heures) (12).

Selon la HAS, Il n'existe pas de modèle unique de prédiction suffisamment fiable : il est proposé de se baser sur la présence des critères suivants, qui sont associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce (12) :

- Une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive), un syndrome coronaire aigu
- Un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, état confusionnel, escarre
- L'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une AVQ (Activité de la Vie Quotidienne), en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même de survenue récente
- Un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois
- Une situation sociale défavorable (précarité, isolement)

Parmi les scores utilisés au SAU pour prédire le risque d'évènements défavorables et de réadmission, seuls le TRST (Triage Risk Screening Tool) et le score ISAR (Identification of Seniors At Risk) ont été validés, versus l'EGS, et testés pour leur qualité psychométrique (12).

Le score TRST, validé en service d'urgences, est utilisé pour prédire le risque élevé de réhospitalisation et d'évènements défavorables s'il est supérieur ou égal à 2 (23).

Il peut être réalisé en quelques minutes par un soignant, et comporte 5 items :

- Troubles cognitifs
- Troubles de la marche, des transferts ou chutes récentes
- Polymédication ( $\geq 5$  médicaments par jour)
- Antécédents d'hospitalisation depuis 90 jours ou d'admission aux urgences depuis 30 jours
- Anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins d'une AVQ ou isolement social selon l'évaluation fonctionnelle réalisée par un soignant

Le score ISAR est un outil de dépistage simple des personnes âgées fragiles ayant recours au SAU. Il comprend 6 questions sur le besoin d'aides, l'hospitalisation depuis 6 mois et le nombre de traitements. Il peut être réalisé en 2 minutes par un soignant (23).

Il a été validé et recommandé en 2003 par la Société Francophone de Médecine d'Urgence (24). Un score supérieur ou égal à 2 (sur un total de 6) permet de mieux orienter la prise en charge en détectant les patients nécessitant une évaluation gériatrique par une Équipe Mobile de Gériatrie (EMG). Il permettrait aussi aux médecins urgentistes, en cas de négativité, de décider d'un retour à domicile avec plus de sécurité.

### 1.4.3 Renforcer la place du médecin généraliste

#### **En améliorant la communication**

L'amélioration de la communication entre les différents professionnels hospitaliers et ambulatoires est un point fondamental à améliorer pour prévenir les réhospitalisations. En effet, selon l'étude Allen réalisée en 2012, celle-ci réduit le taux de réadmissions et la durée moyenne de séjour des patients (23).

Ainsi, la HAS préconise la réalisation d'un CRH (Compte Rendu d'Hospitalisation) ou à défaut d'un document de sortie remis le jour-même de la sortie au patient et transmis rapidement au médecin traitant (12).

Or, en 2011 seulement 10 % des médecins généralistes français déclaraient disposer d'une information correcte 48 heures après la sortie de l'hôpital de leurs patients (23).

#### **En assurant le suivi post-hospitalisation**

La période de suivi post-hospitalisation assurée par le médecin généraliste, en coopération avec les infirmiers de ville ainsi que les pharmaciens, est fondamentale dans la prévention de la réhospitalisation des patients âgés. Elle débute dès la sortie et s'étend au minimum jusqu'à 30 jours après la sortie (12).

Ce suivi doit reposer en priorité sur des visites régulières à domicile, en débutant dès la première semaine après la sortie (12).

## 1.5 Intérêt de l'étude

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent donc une part de plus en plus importante de notre pays. Elles sont exposées à un risque accru de fragilité et de dépendance.

Fragilité et dépendance, elles-mêmes causes et conséquences d'hospitalisations répétées et rapprochées dont une part importante est considérée comme évitable. Le SAU constituant souvent la porte d'entrée principale de l'hôpital.

L'amélioration de la transition hôpital-domicile constitue un élément majeur pour prévenir ces réhospitalisations évitables. Cela doit commencer dès l'admission au SAU en repérant ces patients à haut risque de réhospitalisation par des outils simples et rapides.

Les soins ambulatoires et notamment le médecin généraliste, occupent une place privilégiée pour assurer et renforcer le suivi post-hospitalisation de ces patients, qui débute dès le jour de la sortie et doit s'étendre au minimum jusqu'à 30 jours après la sortie. Mais encore faut-il que la communication et notamment la transmission des informations entre l'hôpital et le médecin généraliste soit optimale.

Ce travail de thèse s'inscrit dans la continuité d'une expérimentation initiée à Marseille parmi 11 autres expérimentations en France en lien avec l'article 70 de la loi de Financement de la Sécurité sociale 2012 (25) afin de modéliser un parcours de soins du sujet âgé en risque de perte d'autonomie.

Sa mise en place permettrait une meilleure organisation des soins afin d'éviter, quand cela est possible, une hospitalisation et de prévenir les réhospitalisations des sujets âgés.

Initié en 2013, dans le cadre du projet filière de soins de l'ANAP (l'Agence Nationale d'Appui à la Performance), afin de développer un modèle de repérage de la personne âgée à risque, l'AP-HM a mis en place un outil de repérage du risque d'aggravation et réhospitalisation précoce nommé grille TAGRAVPA (Tableau d'Aide et Grille de Repérage d'Aggravation des Personnes Âgées de 75 ans et plus hospitalisées) (Annexe 1). Cette grille a été conçue en s'inspirant de la grille TRST, des critères de Fried et de la grille Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). Cette dernière est une grille de repérage de la fragilité en soins primaires, élaborée par le Gérontopôle de Toulouse, et qui a été retenue pertinente par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et par le Collège National des Professionnels de Gériatrie. Elle prend en compte la vitesse de marche, différents paramètres relatifs au risque de fragilité (social, cognitif, nutritionnel) et le sentiment subjectif du médecin généraliste.

La grille TAGRAVPA est une grille de repérage simple et rapide de passation par tout professionnel de santé intégrant 9 critères médico-psycho-sociaux pour

permettre une prise en charge globale du patient. Elle permet de prédire un risque de réhospitalisation précoce en cas de score supérieur ou égal à 4 sur un total de 9. Elle permet la déclinaison d'une conduite à tenir rapide, graduée et adaptée au patient dès son arrivée et après sa sortie avec notamment l'envoi d'une alerte et de recommandations gériatriques simples au médecin généraliste. Ce dernier est le premier recours face au patient et occupe une place centrale dans le suivi de ces patients à risque de réhospitalisation précoce.

Nous avons réalisé une étude à l'aide de deux méthodes complémentaires.

Dans le cadre de la méthode quantitative, l'objectif principal est d'évaluer la performance de la grille TAGRAVPA pour le repérage du risque de réhospitalisation précoce, chez les patients âgés de plus de 75 ans, à 1 mois et 3 mois.

Dans le cadre de la méthode qualitative, l'objectif principal est de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur le repérage et le suivi des patients à risque de réhospitalisation précoce en médecine de ville.

## **II. Matériels et Méthodes**

### **2.1 Méthode quantitative**

#### **2.1.1 Description de l'étude**

Une étude épidémiologique de cohorte prospective et monocentrique a été réalisée du 24 juin 2019 au 2 novembre 2019 dans le service des urgences adulte du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nord à Marseille.

#### **2.1.2 Population étudiée**

Les patients inclus étaient les patients âgés de plus de 75 ans au moment de l'admission, lors de leur passage aux urgences durant la période de l'étude.

Les patients exclus étaient les personnes décédées aux urgences ou dont le pronostic vital était engagé, les patients ininterrogeables et les patients grabataires à domicile.

#### **2.1.3 Processus**

Les patients âgés de plus de 75 ans lors de leur passage aux urgences, ont bénéficié de l'utilisation de la grille TAGRAVPA.

Cette grille était remplie soit par un médecin urgentiste, soit par nous-même, ou un interne du service. Pour chaque patient de plus de 75 ans une alerte était générée sur le terminal des urgences, invitant le médecin en charge du patient à remplir la grille.

La grille TAGRAVPA a pour objectif de repérer les personnes âgées à risque d'aggravation et de réhospitalisation précoce. Elle est composée de 9 critères médico-psycho-sociaux descripteurs de la fragilité, chacun étant scoré à l'appréciation du médecin utilisateur.

Le nombre de réponses positives à la grille permettait de calculer un score pour chaque patient allant de 0 à 9.

Ainsi en cas de score supérieur ou égal à 4, une alerte était générée à l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) via le terminal des urgences. Par la suite :

- Soit le patient était vu par l'EMG, une évaluation gériatrique était alors réalisée durant le passage aux urgences et adressée au médecin généraliste par courrier
- Soit nous avons écrit et envoyé des recommandations gériatriques générales par voie postale au médecin généraliste (Annexe 2). Le but de ces recommandations était d'alerter le médecin généraliste sur le risque de réhospitalisation précoce de son patient et de permettre la mise en place de mesures de prévention. Sur ce courrier, il était proposé au médecin généraliste d'adresser le patient en consultation gériatrique externe. Les patients hospitalisés en service de médecine n'étaient pas concernés par cette procédure.

Nous avons dans un second temps effectué une analyse ultérieure à 1 et 3 mois, pour évaluer la réhospitalisation ou non des patients inclus.

#### 2.1.4 Analyse statistique

L'analyse principale a porté sur la comparaison entre les cohortes « score supérieur ou égal à 4 » et celle « score strictement inférieur à 4 ».

Les facteurs étudiés pour comparer ces deux groupes étaient : le taux de réhospitalisation à 1 mois, le taux de réhospitalisation à 3 mois, le taux de réadmission précoce aux urgences à 1 mois et l'orientation initiale (taux de retour à domicile et taux d'hospitalisation).

Toutes les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Terminal Urgence, plateforme de travail fournie par l'Observatoire Régional des Urgences de la région PACA, et utilisée dans tous les services d'urgences de la région. Les données ont ensuite été extraites à l'aide du logiciel Microsoft Excel sous forme d'un tableau.

Une analyse statistique univariée puis bivariée a été réalisée à l'aide du logiciel R.

Pour l'analyse univariée, les variables quantitatives étudiées ont été exprimées en moyenne et pour les variables qualitatives en effectif et pourcentage.

Pour l'analyse bivariée, le T-test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives et le test de Chi-2 pour les variables qualitatives.



Le risque alpha a été fixé à 5% avec une puissance de 80%. Le seuil de significativité  $p$  a été fixé à 0.05. La différence observée entre les deux cohortes a été fixée avec un intervalle de confiance à 95%.

Nous avons également calculé la sensibilité et la spécificité du test pour prédire la réhospitalisation à 1 mois et 3 mois en fixant la valeur seuil à 4.

La courbe ROC a été construite pour permettre de déterminer le seuil le plus adapté pour prédire la réhospitalisation à 1 et 3 mois.

### 2.1.5 Cadre réglementaire

Nous avons effectué une demande sur le Portail d'Accès aux Données de Santé de l'AP-HM et notre étude a été qualifiée d'interne n'impliquant pas la personne humaine, car menée à partir des données recueillies dans le cadre de suivi thérapeutique ou médical individuel des patients, par les personnels assurant ce suivi et pour leur usage exclusif.

Notre étude a été enregistrée sur le Portail d'Accès aux Données de la Santé de l'AP-HM sous le numéro PADS19-320.

Nous avons procédé à une pseudonymisation des données. Les patients ont été informés par voie orale de leur participation à cette étude.

Nous avons ensuite complété et signé un formulaire d'engagement, validé par le Délégué à la Protection des Données.

La demande finale, signée par le chef de service Professeur Roch, a permis l'enregistrement au registre des activités de traitement de l'AP-HM, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données.

## **2.2 Méthode qualitative**

### **2.2.1 Choix de la méthode**

Nous avons cherché à comprendre le point de vue des médecins généralistes concernant le repérage et le suivi des patients âgés à risque de réhospitalisation précoce au cours d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-structurés.

La recherche qualitative étudie les représentations et comportements des fournisseurs et consommateurs de soins. Cette méthode permet d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux. Elle aide à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel.

### **2.2.2 Inclusion**

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». L'échantillonnage ne recherche pas la représentativité : nous avons cherché à obtenir la diversité des opinions et comportements.

Nous avons cherché à obtenir les deux genres (hommes et femmes), la diversité dans la localisation géographique du cabinet médical et dans l'ancienneté d'installation du médecin généraliste.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

Les médecins susceptibles de participer à l'enquête étaient les médecins généralistes des patients âgés passés aux urgences durant la période de l'étude, et ayant eu un score supérieur ou égal à 4 lors de l'utilisation de la grille TAGRAVPA. Les patients hospitalisés en service de médecine n'étaient pas concernés par cette procédure.

Ils ont été recrutés par un appel téléphonique en leur demandant leur accord pour participer à l'étude.

### 2.2.3 Réalisation du canevas d'entretien

Nous avons souhaité aborder plusieurs thèmes avec les médecins généralistes : tout d'abord concernant leurs relations avec l'hôpital ainsi que leurs représentations et moyens d'identification des personnes âgées à risque de réhospitalisation précoce. Nous souhaitions savoir s'ils utilisaient des outils de repérage en cabinet et si la grille TAGRAVPA pouvait en être un.

Ensuite, nous leur avons demandé leur avis concernant la réception de courriers pour ces patients âgés à risque de réhospitalisation précoce, et la possibilité de correction de ces facteurs de risque en cabinet.

Enfin, nous avons abordé la possibilité de recevoir une alerte pour ces patients sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé.

Ce canevas d'entretien semi-directif (Annexe 3) est composé de 8 questions, accompagnées de relance. Les questions étaient ouvertes pour essayer de faire parler l'enquêté. Elles devaient rester le plus neutres possible, pour ne pas influencer les participants. Ce guide a été remanié dès le premier entretien, essentiellement sur la forme des questions et non le fond.

Avant de débiter l'étude, nous avons réalisé un entretien test sur nous-mêmes ainsi que nos co internes afin d'être sûres de la technique.

### 2.2.4 L'organisation des entretiens

Nous avons réalisé les entretiens entre février et avril 2020 en nous rendant dans les cabinets des médecins qui avaient accepté de participer à l'étude. Chaque entretien a duré une quinzaine de minutes. Il commençait par une courte introduction afin de présenter l'étude.

Les derniers entretiens téléphoniques ont été réalisés par téléphone du fait des mesures de confinement mise en place lors de la crise sanitaire liée au coronavirus.

Les entretiens ont été recueillis par un enregistrement audio via nos téléphones portables et les données non verbales ont été notées sur une feuille.

Une lettre et un numéro (par exemple MG1) a été attribué à chaque médecin en fonction de l'ordre de passage pour préserver l'anonymat.

### 2.2.5 Transcription et analyse des données

La transcription des entretiens a été faite en verbatim immédiatement après chaque séance, au mot à mot, en restant fidèle à l'enregistrement. Les données non verbales ont également été retranscrites. L'analyse des données a commencé dès le premier entretien, en se basant sur les verbatim retranscrits et les notes non verbales.

Le codage consiste en l'analyse ou l'interprétation de chaque élément de l'entretien par le principe d'étiquetage. Une étiquette caractérise un vécu, une expérience, un ressenti, une opinion ou une émotion concernant l'interrogé. On parle alors de "qualification expérientielle" (26).

La suite de l'analyse permet de les confronter, les regrouper et les classer en catégorie, élément constitutif de la théorie. Les catégories sont définies comme des concepts et doivent formuler un "titre", spécifique et accrocheur (26).

Nous avons toutes les deux codé et analysé indépendamment les entretiens, puis ensuite comparé et mis en commun les résultats afin de permettre la triangulation de l'analyse.

## **III. Résultats**

### **3.1 Résultats de l'étude quantitative**

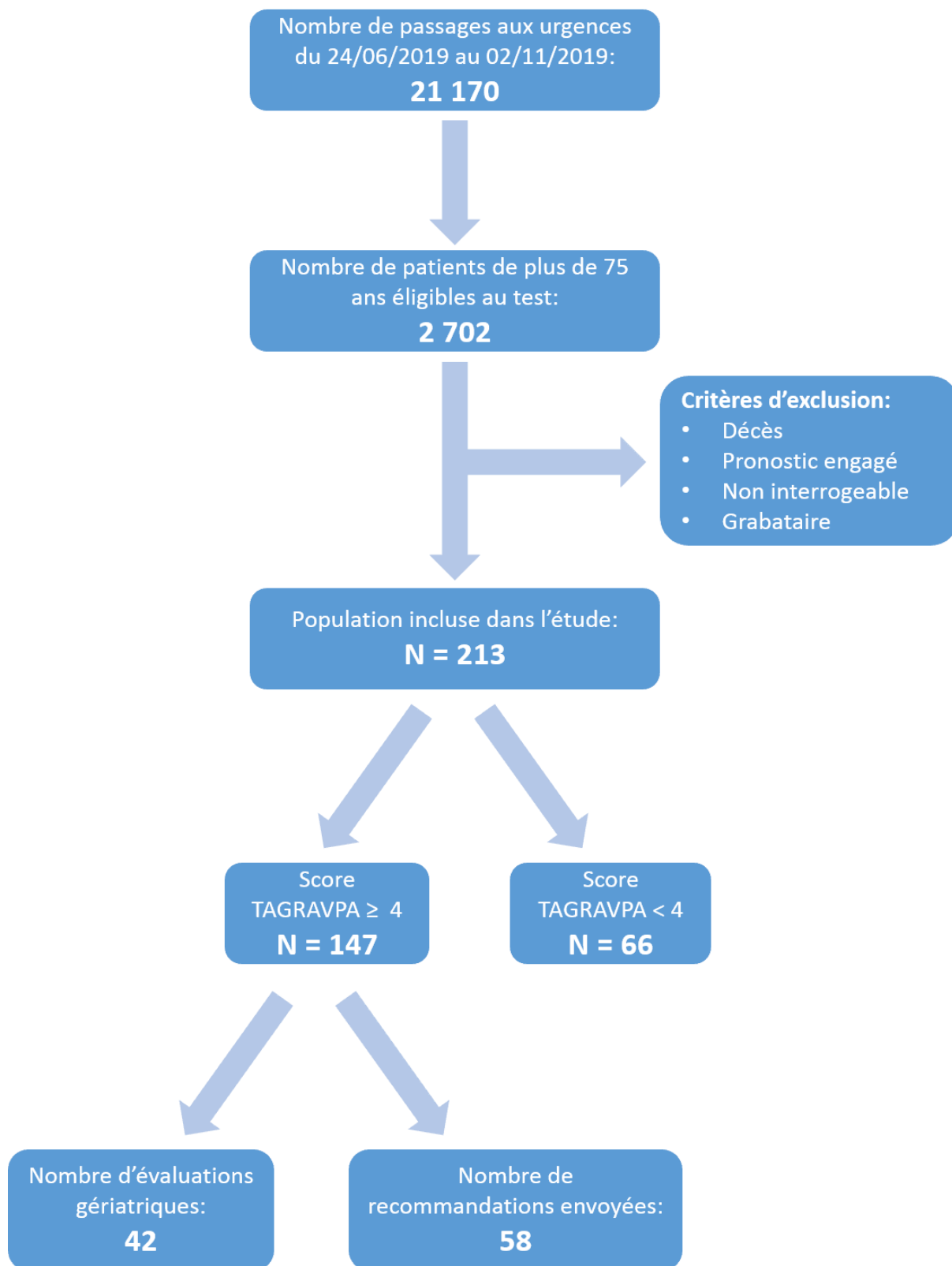
#### **3.1.1. Inclusion**

Le nombre de patients inclus dans l'étude est représenté dans le diagramme de flux ci-dessous (Fig. 1).

Au SAU de l'hôpital nord, durant la période de l'étude il y a eu 21 170 passages. Les personnes de plus de 75 ans éligibles au test représentaient 2702 passages durant la période de l'étude. Après application des critères d'exclusion, la population étudiée comprenait 213 patients (n = 213).

Dans la population étudiée, 147 patients ont obtenu un score supérieur ou égal à 4 et 66 un score strictement inférieur à 4.

Dans le groupe score supérieur ou égal à 4, 42 patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée et 58 ont bénéficié de l'élaboration de recommandations gériatriques générales sous forme de courrier envoyé au médecin généraliste.



**Figure 1:** Diagramme de flux représentant l'inclusion des patients de l'hôpital Nord dans l'étude

### 3.1.2. Description de la population étudiée

Dans la population étudiée, l'âge moyen est de 86 ans avec un écart type de 6.

La population comprend 65 % de femmes (n=138) et 35 % d'hommes (n=75).

Les patients présentant des comorbidités, définis comme ayant plus de trois pathologies chroniques actives, représentent 73 % de la population étudiée (n= 156).

### 3.1.3. Analyse univariée

Dans la population étudiée, lors de la réévaluation ultérieure du taux de réhospitalisation à 1 mois et 3 mois, 11 personnes sont décédées soit 5,16 % de la population. Ces 11 personnes appartenaient toute au groupe « score supérieur ou égal à 4 ». Elles ont été considérées, en termes d'orientation, comme hospitalisées.

L'orientation des patients après premier passage aux urgences retrouve 50 % de retour à domicile (n= 107) et 50 % d'hospitalisation (n=106).

On retrouve un taux de réhospitalisation à 1 mois de 12 % (n=26) et un taux de réhospitalisation à 3 mois à 25 % (n=54).

La réadmission précoce à un mois au SAU est de 15 % dans la population étudiée (n=34) (Fig. 2).

| Variable                    | Population entière (n=213) |
|-----------------------------|----------------------------|
| Age, moyenne(sd)            | 86 (6)                     |
| Sexe, No (%) :              |                            |
| - Homme                     | 75 (35%)                   |
| - Femme                     | 138 (65%)                  |
| Comorbidités, No (%) :      |                            |
| - Oui                       | 156 (73%)                  |
| - Non                       | 57 (27%)                   |
| Réhosпит à 1 mois, No (%) : |                            |
| - Oui                       | 26 (12%)                   |
| - Non                       | 187 (88%)                  |
| Réhosпит à 3 mois, No (%) : |                            |
| - Oui                       | 54 (25%)                   |
| - Non                       | 159 (75%)                  |
| SAU à 1 mois, No (%) :      |                            |
| - Oui                       | 34 (15%)                   |
| - Non                       | 179 (85%)                  |
| Orientation, No (%) :       |                            |
| - RAD                       | 107 (50%)                  |
| - hospit                    | 106 (50%)                  |
| Score , No (%) :            |                            |
| - 1                         | 13 (6.1%)                  |
| - 2                         | 21 (9.9%)                  |
| - 3                         | 32 (15.0%)                 |
| - 4                         | 36 (16.9%)                 |
| - 5                         | 50 (23.5%)                 |
| - 6                         | 40 (18.8%)                 |
| - 7                         | 17 (8.0%)                  |
| - 8                         | 3 (1.4%)                   |
| - 9                         | 1 (0.4%)                   |

**Figure 2 :** Tableau démographique représentant les résultats de l'analyse univariée



### 3.1.4. Analyse bivariée

L'âge moyen est de 86.4 ans dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » et de 84.7 ans dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-0.02 ; 3]).

Les patients sont majoritairement des femmes dans 64 % des cas dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » et dans 67 % des cas dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-11 ; 8]).

Le taux de réadmission précoce à un mois au SAU est de 17 % dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » et de 14 % dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-7 ; 40]).

Le taux de réhospitalisation à 1 mois est de 13 % dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » et de 11 % dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-7 ; 33]).

Le taux de réhospitalisation à 3 mois est de 29 % dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » et de 18 % dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-1 ; 59]).

L'orientation des patients après premier passage aux urgences retrouve 47 % de retour à domicile et 53 % d'hospitalisation dans le groupe « score supérieur ou égal à 4 » ainsi que 58 % de retour à domicile et 42 % d'hospitalisation dans le groupe « score strictement inférieur à 4 », sans différence significative entre les deux groupes (IC à 95 % [-30 ; 110]).

Tous les intervalles de confiances contiennent la valeur 0, il n'y a donc pas de différence significative entre les personnes avec un « score supérieur ou égal à 4 » et les personnes avec un « score strictement inférieur à 4 » en terme d'âge, de sexe, de réadmission précoce au SAU, de réhospitalisation à 1 et 3 mois et en terme d'orientation initiale.

Les résultats obtenus sont retranscrits dans le tableau ci-dessous (Fig. 3).

| Variable                      | Score positif (score $\geq$ 4) | Score négatif (score $\leq$ 3) | Score + vs score - Différence (95% IC) |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Age                           | 86.4 ans                       | 84.7                           | 1.7 [-0.02 ; 3]                        |
| Sexe :                        |                                |                                |  |
| - Homme, no (%)               | 53 (36%)                       | 22 (33%)                       | 3 [-11 ; 8]                            |
| - Femme, no (%)               | 94 (64%)                       | 44 (67%)                       |  |
| SAU :                         |                                |                                |  |
| - SAU à < 1 mois, no (%)      | 25 (17%)                       | 9 (14%)                        | 3 [-7 ; 40]                            |
| - Non SAU à 1 mois, no (%)    | 122 (83%)                      | 57 (86%)                       |  |
| Réhospitalisation :           |                                |                                |  |
| - REHOSP < 1 MOIS, no (%)     | 19 (13%)                       | 7 (11%)                        | 2 [-7 ; 33]                            |
| - Non REHOSP < 1 MOIS, no (%) | 128 (87%)                      | 59 (89%)                       |  |
| Réhospitalisation :           |                                |                                |  |
| - REHOSP < 3 MOIS, no (%)     | 42 (29%)                       | 12 (18%)                       | 11 [-1 ; 59]                           |
| - Non REHOSP < 3 MOIS, no (%) | 105 (71%)                      | 54 (82%)                       |  |
| Orientation :                 |                                |                                |  |
| - Hospit, no (%)              | 78 (53%)                       | 28 (42%)                       | 11 [-30 ; 110]                         |
| - RAD, no (%)                 | 69 (47%)                       | 38 (58%)                       |  |

**Figure 3** : Tableau représentant les résultats de l'analyse bivariée

### 3.1.5. Performance du test

#### *3.1.5.1. Calcul de la sensibilité et spécificité*

Nous avons calculé les qualités intrinsèques du test à évaluer le risque de réhospitalisation à 1 et 3 mois avec un seuil fixé à 4.

Pour la réhospitalisation à 1 mois, nous obtenons une sensibilité à 73 % et une spécificité à 32 % .

Une sensibilité à 73 % signifie que, lorsque le patient est réhospitalisé à un mois, il a 73 % de chance que le test TAGRAVPA soit positif c'est à dire avec un score supérieur ou égal à 4.

Une spécificité de 32 % signifie que, lorsque le patient n'est pas réhospitalisé à un mois, il a 32 % de chance que le test TAGRAVPA soit négatif c'est à dire avec un score strictement inférieur à 4.

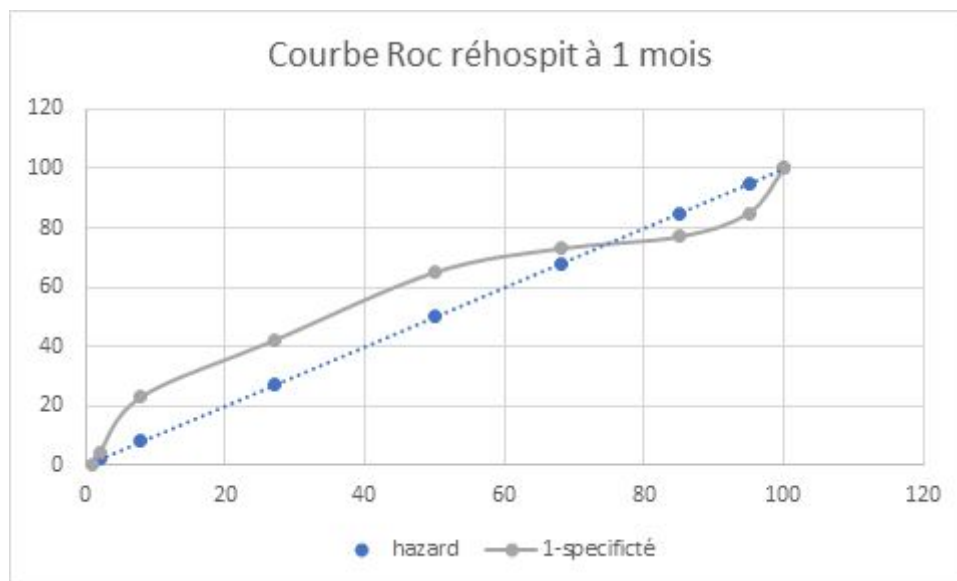
Pour la réhospitalisation à 3 mois, nous obtenons une sensibilité à 78 % et une spécificité à 34 % (Fig. 4).

| Variable        | Sensibilité=VP/(VP+FN) | Spécificité=VN/(VN+FP) |
|-----------------|------------------------|------------------------|
| REHOSP < 1 MOIS | 73%                    | 32%                    |
| REHOSP < 3 MOIS | 78%                    | 34%                    |

**Figure 4** : Sensibilité et spécificité du test TAGRAVPA pour un seuil égal à 4

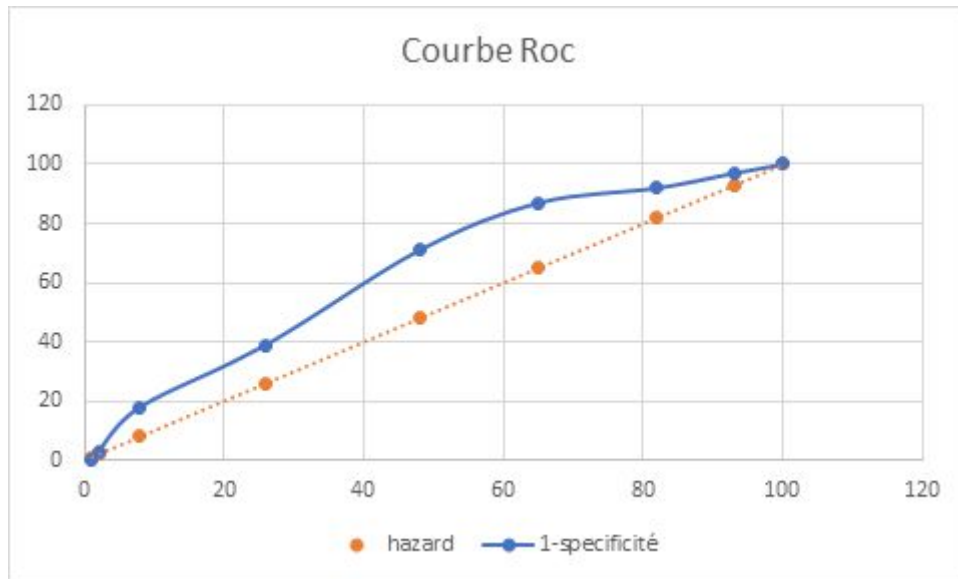
### 3.1.5.2. Construction de la courbe ROC

Nous avons construit la courbe ROC exprimant la sensibilité et la spécificité du test en fonction du seuil de positivité retenu à 4 pour prédire le risque de réhospitalisation à 1 mois (Fig. 5) et 3 mois (Fig. 6).



**Figure 5** : Courbes ROC exprimant la sensibilité et spécificité en fonction du seuil de positivité retenu à 4 pour la réhospitalisation à 1 mois

L'aire sous la courbe ROC est mesuré à 0,54.

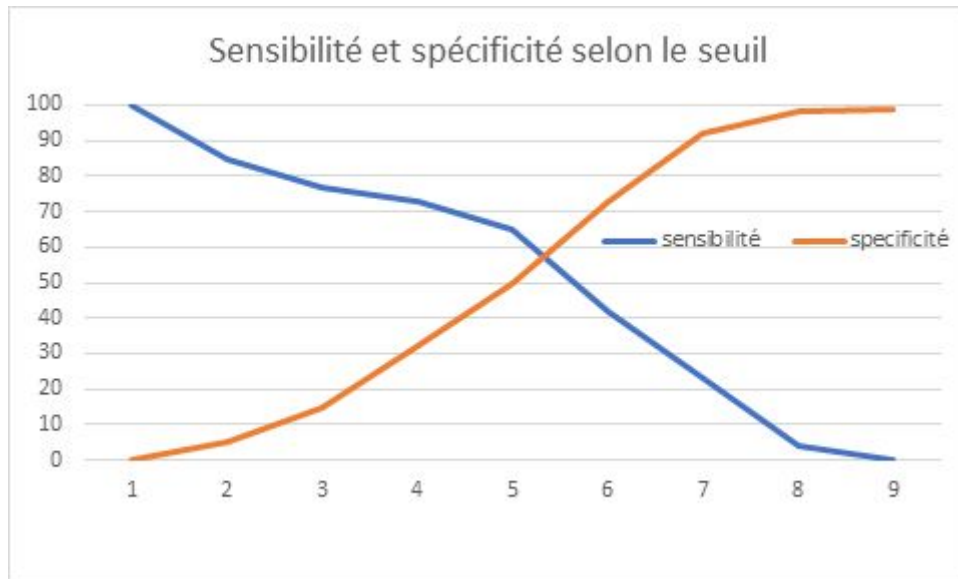


**Figure 6** : Courbes ROC exprimant la sensibilité et spécificité en fonction du seuil de positivité retenu à 4 pour la réhospitalisation à 3 mois

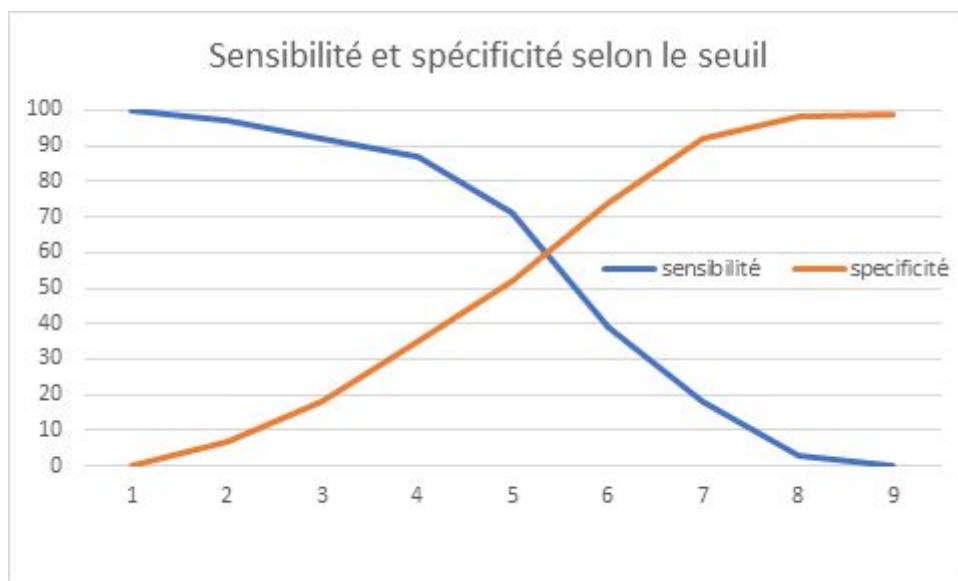
L'aire sous la courbe ROC est mesuré à 0,59.

### 3.1.5.3. Choix du seuil optimal du test

Concernant la performance du test à prédire le risque de réhospitalisation à un mois et trois mois, le seuil à 5 du test (score supérieur ou égal à 5) donne la meilleure combinaison sensibilité et spécificité. (Fig. 7 et 8).



**Figure 7 :** Courbes représentant la sensibilité et spécificité en fonction du seuil choisi pour la réhospitalisation à 1 mois



**Figure 8 :** Courbes représentant la sensibilité et spécificité en fonction du seuil choisi pour la réhospitalisation à 3 mois

#### 3.1.5.4. Calcul des paramètres du test en prenant le seuil à 5

En prenant 5 comme seuil, nous avons 111 patients avec un score supérieur ou égal à 5 et 102 patients avec un score strictement inférieur à 5 (52 % vs 48 %).

Nous obtenons des calculs de sensibilité et spécificité différents résumés dans la figure ci dessous (Fig. 9).

Pour la réhospitalisation à 1 mois, nous obtenons une sensibilité à 65 % et une spécificité à 50 %. Pour la réhospitalisation à 3 mois, nous obtenons une sensibilité à 71 % et une spécificité à 52 %.

| Variable        | Sensibilité= $VP/(VP+FN)$ | Spécificité= $VN/(VN+FP)$ |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| REHOSP < 1 MOIS | 65%                       | 50%                       |
| REHOSP < 3 MOIS | 71%                       | 52%                       |

**Figure 9** : Sensibilité et spécificité du test TAGRAVPA pour un seuil égal à 5

Les aires sous la courbe ROC ne changent pas.

### 3.1.5.5. Calcul de la Valeur Prédicative Positive (VPP) et Valeur Prédicative Négative (VPN)

Nous avons calculé les qualités extrinsèques du test à évaluer le risque de réhospitalisation à 1 et 3 mois avec un seuil fixé à 4.

La VPP est la probabilité d'être réhospitalisé à 1 mois lorsque le test TAGRAVPA est positif, c'est-à-dire avec un score supérieur ou égal à 4. Elle est calculée à 12 %.

La VPN est la probabilité de ne pas être réhospitalisé à 1 mois lorsque le test TAGRAVPA est négatif, c'est-à-dire avec un score strictement inférieur à 4. Elle est calculée à 89 %.

Pour la réhospitalisation à 3 mois, la VPP est calculée à 29 % et la VPN à 82 %.

## 3.2 Résultats de l'étude qualitative

### 3.2.1 Description de la population

L'inclusion des médecins généralistes et la réalisation des entretiens ont eu lieu de Février 2020 à Avril 2020. Les entretiens ont été menés auprès de 10 médecins généralistes.

7 MG exerçant dans la ville de Marseille ou sa périphérie, 2 MG exerçant dans la ville de Riez et 1 médecin exerçant à Aix en Provence.

8 MG étaient installés en zone urbaine et 2 MG étaient installés en zone rurale.

Tous les médecins généralistes interrogés (Fig. 10) avaient une activité libérale en cabinet. Parmi eux, 2 MG avaient une activité complémentaire à l'Hôpital de Riez et 2 autres une activité complémentaire en EHPAD à Marseille.

Parmi les MG interrogés, on retrouvait 9 hommes et une femme.

Ils exerçaient depuis plus de 20 ans pour 8 d'entre eux et depuis moins de 5 ans pour 2 d'entre eux.

La durée totale des enregistrements audio des entretiens était de 4 heures et 5 minutes.

| Médecins | Genre | Lieu   | Mode d'exercice | Années d'exercice |
|----------|-------|--------|-----------------|-------------------|
| 1        | Homme | (13)-U | Cabinet         | 44                |
| 2        | Homme | (13)-U | Cabinet         | 35                |
| 3        | Femme | (13)-U | Cabinet         | 7                 |
| 4        | Homme | (13)-U | Cabinet         | 4                 |
| 5        | Homme | (04)-R | Cabinet/Hôpital | 25                |
| 6        | Homme | (04)-R | Cabinet/Hôpital | 37                |
| 7        | Homme | (13)-U | Cabinet/EHPAD   | 30                |
| 8        | Homme | (13)-U | Cabinet         | 35                |
| 9        | Homme | (13)-U | Cabinet/EHPAD   | 40                |
| 10       | Homme | (13)-U | Cabinet         | 31                |

**Figure 10** : Tableau démographique de la population étudiée

Lieu : U : urbain, R : rural, SR : semi-rural

### 3.2.2 Analyse des résultats

Les opinions et représentations des médecins généralistes interrogés à propos du repérage et du suivi du patient âgé de plus de 75 ans à risque de réhospitalisation sont présentées dans 7 chapitres distincts.

Les propos des médecins sont cités entre guillemets, en italique. « MG1 » signifie que la citation provient de l'entretien mené auprès du premier médecin généraliste.

Le plan de l'analyse et les médecins cités sont présentés dans l'annexe 4.

### 3.2.3 Représentations par les médecins généralistes relatives au patient âgé à risque de réhospitalisation précoce

#### **Un profil médical fataliste**

Les MG perçoivent le patient à risque de réhospitalisation précoce comme un patient polypathologique et polymédiqué pour lesquels ils se sentent impuissants.

- MG4 : « *C'est un patient âgé, qui a des polypathologies polymédiquées.* »
- MG9 : « *La définition c'est qu'il a une polypathologie et qu'ils sont poly-médicamentés ça aussi c'est vrai* »
- MG3 : « *S'il a une polypathologie. Si cette polypathologie date de plusieurs années ou si elle est récente* »
- MG1 : « *Elle va surement y retourner un de ses quatre mais le problème c'est qu'on ne pourra rien y faire malheureusement, on l'a juste mise sous Plavix.* »

Les pathologies chroniques cardio-vasculaire, respiratoire et neurologique sont perçues comme des facteurs de risque de réhospitalisation précoce.

- MG1 : « *C'est souvent des problèmes cardiaques* »
- MG5 : « *Ce sont des patients qui ont beaucoup de problèmes respiratoires ou cardio-respiratoires, ils ont de l'insuffisance cardiaque, parce que BPCO... On a des patients BPCO, hypertendus qui font sub OAP sur sub OAP sur OAP.* »
- MG5 : « *Après on a des patients parkinson mal équilibrés, on a des patients avec beaucoup de problèmes respiratoires ou cardio-respiratoires.* »
- MG9 : « *Dans les patients les plus à risque ce sont les insuffisants cardiaques, ce sont les maladies d'alzheimer etc..* »
- MG6 : « *La définition c'est un patient qui risque d'y entrer à nouveau car il va*



*s'aggraver, pas stable. Il est en état précaire et il va basculer dans ses dépendances, dans son état de santé. »*

### **Une dépendance socio-environnementale**

Les MG interrogés perçoivent le patient à risque de réhospitalisation précoce comme un patient dépendant de son entourage et de son environnement.

L'isolement social semble être un facteur de risque de réhospitalisation précoce. L'hospitalisation n'étant pas seulement une cause médicale.

*-MG6 : « L'hospitalisation n'est pas obligatoirement une cause médicale, des fois elle peut être socio-environnementale, ce qui fait qu'elle n'est pas en adéquation avec l'état de santé du patient. »*

*-MG6 : « La personne qui n'a pas de problèmes sociaux à domicile, ça fait déjà fortement chuter les risques de réhospitalisation. S'il est déjà bien pris en charge par l'entourage, la famille, les aides soignants... »*

*-MG6 : « ce n'est pas obligatoirement une raison médicale l'hospitalisation. »*

*-MG9 : « Ce sont des patients isolés, effectivement à risque de réhospitalisation. »*

L'isolement géographique semble également être un facteur de réhospitalisation précoce.

*-MG5 : « Je mettrai aussi isolement géographique. Il y a des mecs qui sont à 40 bornes d'ici. »*

### **Conséquences d'une prise en charge au SAU négligée**

Les MG considèrent que la personne âgée n'est pas prise en considération lors de son passage au SAU. Ils estiment qu'il existe une banalisation des symptômes liés à l'âge limitant la prise en charge au SAU

*-MG2 : « Votre patiente n'a rien, elle est âgée donc on vous la renvoie à la maison. »*

*-MG2 : « C'est le cas de Mme Giani à qui on lui a dit " vous n'avez rien, vous rentrez à la maison". Ça n'a pas loupé, une semaine après, elle y est retournée. Si elle n'est pas prise en charge au départ, forcément elle risque de repartir. »*

Un des médecins interrogés accuse l'hôpital d'être responsable d'une réhospitalisation précoce.

-MG2 : « *La faute vient de l'hôpital, s'ils avaient vu la fracture, ça aurait été mieux.* »

### **Un manque d'implication du patient**

Tous les MG s'accordent à dire qu'il existe un manque d'implication du patient.

Les patients sont perçus comme insouciants et n'ont pas conscience de ce risque.

-MG7 : « *Ça c'est un problème, car les patients n'en sont pas forcément conscients* »

Le MG est confronté à un manque d'adhésion et d'observance thérapeutique de la part de ses patients.

-MG5 : « *Le mec qui n'est pas compliant, qui fait ce qu'il veut qui picole, qui mange des saucissons et tout et tout ... La restriction hydro-sodée ce n'est pas une notion qui arrive à son cerveau.* »

-MG3 : « *Si c'est un patient qui est à risque d'AVC avec un traitement contre la tension, un traitement contre le cholestérol et que le patient continue de manger, qu'il pèse 120 kg, il boit ...* »

-MG6 : « *S'il est compréhensif du traitement, ça va déjà beaucoup mieux que s'il est non adhérent ...* »

### **3.2.4 Repérage des patients âgés à risque de réhospitalisation précoce par les médecins généralistes**

#### **Un repérage clinique et instinctif**

Une des particularités de la médecine générale est la connaissance que le MG peut avoir de son patient grâce à un suivi rapproché et évoluant depuis plusieurs années. Ils estiment que cette connaissance, à la fois médicale et environnementale, leur permettent d'identifier les patients à risque de réhospitalisation précoce.

-MG9 : « *On a les moyens de les identifier parce que nous on les connaît bien, on connaît leur mode de vie, leur mode de fonctionnement, on sait s'ils sont seuls ou pas seuls...* »

-MG5 : « *On les connaît assez bien, et on sait qu'il y a des patients qui vont revenir.* »

-MG10 : « *On les connaît depuis longtemps, on a une expérience sur eux. C'est le suivi du patient depuis plusieurs années, tu sais comment il fonctionne. »*

Certains médecins généralistes ont même dressé une liste écrite et nominative de leurs patients à risque de réhospitalisation précoce.

-MG5 : « *Ce sont des patients qu'on appelle les VIP, donc ils sont sur une liste spéciale au niveau du secrétariat. Ce sont des VIP. »*

Le repérage des patients à risque de réhospitalisation précoce est fondé sur des éléments cliniques et sur l'expérience du MG.

-MG1 : « *C'est à la clinique qu'on se dit celle-là, elle va mal tourner. »*

-MG7 : « *C'est plutôt sur la clinique, l'expérience. »*

-MG6 : « *Il y a le coup d'œil du maquignon ou la pifoumétrie. »*

Les MG interrogés utilisent des moyens empiriques tels que l'intuition pour décider de l'hospitalisation de leurs patients.

-MG4 : « *Après, c'est un peu du feeling mais effectivement quand on les connaît on sait s'ils vont moins bien, on sait à quel stade on va ou pas les faire rentrer. »*

-MG1 : « *Dès que je sens que ça commence à foirer, surtout quand on les connaît depuis longtemps les gens, on se dit tiens il y'a quelque chose qui va moins bien. »*

-MG8 : « *Oui ce sont des moyens très simples, j'utilise toujours, je fonctionne au feeling, au pif. »*

-MG10 : « *J'avoue que je suis plus dans mon ressenti de la personne »*

### ***La grille TAGRAVPA, un outil discuté en médecine générale***

Les MG interrogés témoignent d'un manque de temps pour la réalisation du score.

-MG4 : « *Oui c'est toujours utilisable. Le problème c'est qu'on n'a pas le temps de faire ça malheureusement. On n'a pas le temps de scorer tous les patients. »*

Certains MG estiment être noyés sous des scores difficilement applicables en médecine générale.

-MG4 : « *Le scorer pour lui oui car il est à risque de rehospital mais en fait il est insuffisant cardiaque donc on va scorer son score de dyspnée, son score d'insuffisance cardiaque, on va scorer son score de diabète, on va scorer son score de ci* »

-MG6 : « *Entre nous, des grilles nous en avons des stocks, on nous propose des grilles pour tout.* »

A la lecture de la grille, tous les MG s'accordent sur le fait que les critères de la grille TAGRAVPA sont évidents et qu'ils utilisent déjà ces critères de manière implicite lors de leur consultation.

-MG6 : « *Oui, si c'est oui de partout tu ne peux pas la renvoyer chez lui. S'il est isolé s'il ne peut pas marcher, s'il est fatigué, s'il perd du poids, c'est évident...* »

-MG8 : « *Quand je vois la grille, c'est tout à fait ça, on fait comme Mr Jourdain, de la prose sans le savoir.* »

Certains MG considèrent que le risque de réhospitalisation précoce est non quantifiable. Il s'agirait plus d'un point d'équilibre, une limite à ne pas dépasser.

-MG8 : « *A part, que on n'est pas dans le système oui non, on dit oui mais ou non mais, tu vois on est plus dans cette nuance.* »

-MG8 : « *Ça peut aider, aider je dis bien mais pas indiquer parce que tu sais comme moi, que le patient est nulle part mieux que chez lui jusqu'à un certain point et c'est ce point d'équilibre qu'il faut essayer de ne pas franchir.* »

Certains MG interrogés se sentent éloignés de la médecine actuelle reposant sur des scores et préfèrent se fier à leur expérience et leur pressentiment.

Cependant, ils évoquent un possible intérêt pour les jeunes médecins inexpérimentés.

-MG6 : « *Je suis peut-être trop vieux, peut être que vous les jeunes vous êtes formés différemment.* »

-MG6 : « *Après 30 ans, on les regarde les grilles. Tu te dis oui c'est intéressant, tu l'utilise une fois et puis il y a quelque chose d'autre...* »

-MG8 : « *Oui, ça peut être applicable en cabinet, surtout pour les jeunes médecins, moi ça me ferait chier mais pour un jeune médecin c'est un outil intéressant c'est bien fait. C'est la médecine moderne et codifiée.* »

Certains MG considèrent que la grille TAGRAVPA peut être un outil pour améliorer la prise en charge sociale du patient.

-MG5 : « *Ça peut être intéressant pour nous de rentrer dans la grille d'évaluation qu'on fait, quand on veut mettre l'infirmière de premier accueil.* »

-MG6 : « Ça peut être un outil pour dire aux services sociaux : “il faut qu’on mette le paquet en aides à domicile”. »

-MG6 : « Tu prends cette grille-là tu peux faire varier ton score en fonction des interventions non médicales, une IDE ou aides ménagères. »

### 3.2.5 Prise en charge de la personne âgée à risque de réhospitalisation précoce par le médecin généraliste

#### **Un suivi rapproché et adaptatif**

Les MG perçoivent le caractère urgent et la nécessité d’une prise en charge rapide de ces patients âgés à risque de réhospitalisation précoce. Ils ont donc des rendez-vous prioritaires.

-MG5 : « S’ils appellent, ils ont des rendez-vous beaucoup plus courts ou des visites beaucoup plus courtes. La liste est prête. Ce sont des gens qui sont “chauds”. Ces gens sont déjà cadrés en tant que chauds. »

-MG5 : « Le secrétaire sait que quand ces gens-là appellent ils ont rendez-vous dans les 24 heures ou dans la journée. »

Ils sont vigilants et attentifs vis-à-vis de ce type de patient. Ils anticipent la sortie d’hospitalisation pour agir précocement.

-MG7 : « Effectivement on est plus vigilant par rapport à ce patient, qu’on mette en place les préventions des chutes, le suivi de l’état nutritionnel. »

Pour certains MG, le suivi est rigoureux et régulier. Le délai moyen de suivi est de 1 mois.

-MG4 : « Moi, je le vois déjà en sortie d’hospit, j’essaie de le voir régulièrement au moins une fois par mois »

-MG1 : « Je les vois systématiquement au moins une fois par mois »

-MG7 : « J’essaie de les voir systématiquement, j’aime bien les voir dès qu’ils sortent de l’hôpital »

Pour d’autres, le suivi se fait au cas par cas. Le suivi semble se faire en fonction du motif d’hospitalisation.

-MG3 : « Après, tout dépend de son état. Si c’est un patient qui s’est fait hospitaliser pour son troisième pontage, c’est clair que je vais le voir rapidement. Je ne vais pas attendre trois mois pour le voir. C’est en fonction de la gravité de sa polyopathie Si c’est un patient à risque, un fumeur. C’est au cas par cas. »

-MG4 : « Soit en cabinet soit en visite, ça dépend du patient. »

-MG5 : « Mais on essaie de les voir mais ce n'est pas systématique. Après ça dépend de quelle hospitalisation ils sont sortis, si c'est une chimio, une insuffisance cardiaque ...ça dépend de la pathologie. C'est au cas par cas. »

### **Intérêt d'une visite à domicile systématique discuté**

La VAD (visite à domicile) n'est pas systématique. D'une part, les MG considèrent qu'ils connaissent suffisamment bien l'environnement de leurs patients et donc, par conséquent, que la visite à domicile n'apporte pas de valeur ajoutée dans le suivi.

-MG6 : « La VAD c'est bien pour voir l'état de la maison mais si tu le connais déjà. »

-MG6 : « Mr L. qu'on a encore hospitalisé lundi, ce n'est pas la peine d'aller chez lui, je sais très bien comment il vit. Il est dans un cabanon perdu sur la route, il n'a pas de voisins... Il y a des escaliers pour accéder chez lui. Il refuse que sa femme conduise la voiture, il picole comme tout ! Donc voilà. Je le sais... »

D'autre part, l'isolement géographique constitue une barrière à la visite à domicile.

-MG5 : « Il y a des mecs qui sont à 40 bornes d'ici. Si t'as pas une grosse voiture comme la mienne avec de bonnes roues, tu n'y passes pas. En milieu rural, il y a l'isolement social et l'isolement géographique. »

-MG7 : « Ça dépend de l'environnement, vous avez des personnes âgées qui sont complètement isolées donc ça va être difficile. »

### **Référents alertes et présents à domicile**

Tous les MG s'accordent sur la nécessité de mettre en place des personnes physiques au domicile du patient pour être alerté sur l'état de santé du patient.

-MG2 : « C'est plus important d'avoir une tierce personne intellectuellement présente plutôt que de faire appel à un service particulier. Avoir un référent c'est l'essentiel. Mettre des alertes, une personne alerte. »

-MG8 : « Il me semble que multiplier les passages des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, évitent les hospitalisations. »

L'infirmière à domicile a un rôle privilégié. Les médecins généralistes leur font confiance et leur sont reconnaissant.

-MG6 : « C'est là où l'infirmier a un vrai rôle de soignant parce qu'il est nos yeux, nos oreilles, nos mains déportées. »

-MG7 : « L'infirmière a quand même un œil médical et alerte rapidement quand

*il y a quelque chose qui ne va pas. »*

*-MG2 : « Pour l'infirmière quand il y a deux remèdes à donner, elle peut très bien le prendre toute seule, par contre si elle n'est pas bien, si elle a de la fièvre, de la diarrhée, si elle ne mange pas, il y a quelqu'un qui va m'alerter. »*

*-MG8 : « Heureusement que nous avons des infirmiers, je leur met trois passages par jour. »*

*-MG8 : « Je m'entoure d'infirmiers qui savent bosser et franchement je leur rends grâce »*

Le kinésithérapeute sert également de référent alerte au domicile du patient. Cependant, les soins de kinésithérapie sont discutés en médecine de ville.

*-MG2 : « Le kiné, la difficulté c'est qu'il y en a très peu qui se déplacent au domicile. »*

*-MG5 : « Pour le kiné il y a énormément de problèmes pour le domicile : pas assez de kiné pour faire tous les domiciles et l'effectiveness. Souvent, le patient dit : " il n'est venu que 10 minutes ...Il m'a fait marcher et il est reparti." »*

*-MG8 : « il va envoyer un bilan de kiné comme si le gars il avait 20 ans et qui doit récupérer son genou après un accident de moto alors que c'est tout simplement une personne âgée qu'il faut faire marcher »*

### 3.2.6 Une médecine de ville insuffisante

#### **Le médecin généraliste, impuissant face à la polymédication**

Le médecin généraliste se sent impuissant face à la polymédication de ses patients. Elle est considérée par les MG comme une conséquence et non une cause de la polypathologie du patient. Cette polymédication semble être indissociable d'un patient à risque de réhospitalisation précoce.

*-MG6 : « Le nombre de médicaments est fonction des pathologies qu'il a, donc tu ne peux pas le dissocier. S'il est coronarien et qu'on lui a mis 4 ressorts, il a plus de 5 médicaments, il a un antiagrégant plaquettaire, si c'est récent il en a deux, une IEC, un autre anti-hypertenseur, et pour un peu qu'il ait des tremblements, il va avoir un antiparkinsonien ! »*

*-MG9 : « Très souvent nous on fait très attention voilà après tout dépend des pathologies, une coronarienne diabétique et BPCO bon il va y en avoir plus que 5. »*

-MG6 : « *C'est tous nos vieux qui sont polymédicamentés, c'est surtout ça le problème. »*

Les MG interrogés se sentent dans l'obligation de renouveler une prescription indépendante de leur volonté et dont ils n'étaient pas à l'origine. Ils témoignent que cette polymédication est souvent initiée par le médecin spécialiste ou à la sortie de l'hôpital.

-MG3 : « *Nous, quelques fois, même si on a envie de changer quelque chose, on ne peut pas toujours. Il faudrait envoyer un courrier au spécialiste qui a prescrit le plus de médicaments. Ou s'il y a du brilique avec du kardegic, moi je ne suis pas trop d'accord. Moi je ne suis pas d'accord de les associer mais ce n'est pas moi qui le décide, c'est à la sortie de l'hôpital »*

-MG3 : « *C'est comme pour le diabète, il y a victoza et abasaglar et ça... 3 antidiabétiques oraux, on ne peut pas réduire. C'est qui votre endocrino ? Courrier à l'endocrino. Moi ça me choque les cinq médicaments »*

-MG6 : « *Moi je vois des patients de 90 ans qui ont 3 insulines différentes par jour, je me bats avec les endocrinologues pour ça ! Stop c'est ingérable ! »*

Ils sont également confrontés à l'exigence de leurs patients souvent liés à des croyances.

-MG8 : « *C'est souvent un bras de fer avec ces patients-là, avec ces patients âgés, qui veulent toujours plus, leur lexicomil, leur doliprane, leurs cachets pour dormir. »*

-MG10 : « *On essaie de faire attention et diminuer le nombre de médicaments mais les gens sont souvent réfractaires, ils ont toujours peur. »*

-MG6 : « *Nous on n'y arrive pas on les connaît trop, après ils vont nous engueuler : "docteur vous me le remarquez celui-là !"*

*"Mais, je vous dis qu'il ne sert à plus rien." Tu as des patients, tu ne peux pas. Je n'y arrive pas, j'ai beau lui dire, je n'y arrive pas à lui arrêter. »*

Il existe deux types de réactions face à cette demande. Certains MG adoptent une attitude paternaliste et proactive.

-MG2 : « *Moi j'engueule beaucoup mes patients, je suis assez carré, pas psychorigide mais carré. Ils ne se rendent pas compte que c'est pour eux que j'agis comme ça. »*

D'autres MG se sentent coupables de la situation actuelle et adoptent une attitude passive.

-MG8 : « *Les gens ont pris des mauvaises habitudes et c'est peut-être les anciens, tu vois je ne suis pas forcément le fervent défenseur des anciennes*



*générations puisque je te dis que c'est notre faute, nous médecins on leur a tout accordé. »*

## **Besoin de compétences hospitalières**

Les médecins généralistes considèrent que la médecine de ville est insuffisante pour prendre en charge les patients âgés à risque de réhospitalisation précoce. L'hôpital est le premier recours quand le maintien à domicile n'est plus possible.

-MG7 : « *Les patients qui sont souvent hospitalisés, ont un problème qu'on ne peut pas régler en ville. »*

-MG2 : « *Quand on envoie un patient qui n'est pas bien c'est en espérant qu'il soit mieux en le sortant. »*

Ils l'expliquent en partie par des difficultés à obtenir des examens complémentaires rapidement en ville.

-MG7 : « *En fait, il faudrait, le problème c'est quand il y a plusieurs examens à faire pour établir un diagnostic, le plus simple c'est de le faire à l'hôpital alors qu'en ville il va falloir mobiliser plusieurs fois une ambulance, ça va être plus compliqué. »*

L'hospitalisation du patient est souvent la conséquence d'une prise en charge sociale insuffisante en ville.

-MG7 : « *Ben si on hospitalise un patient c'est qu'on pense qu'il y a un problème qui ne peut pas être réglé à la maison, alors après ça peut ne pas être réglé parce que ça tient à l'environnement du patient, s'il est isolé il ne va pas pouvoir prendre les rendez-vous. »*

-MG6 : « *Ce n'est pas obligatoirement une raison médicale l'hospitalisation. »*

-MG6 : « *Alors là, pour moi, on est obligé de les hospitaliser. On n'a pas de structures médico-sociales d'urgence, ça n'existe pas. »*

Un médecin généraliste regrette qu'il soit actuellement limité dans sa pratique d'un point de vue juridique. Ceci semble être une des causes de passages répétés des patients à l'hôpital.

-MG4 : « *Le législateur nous a limité nos pratiques. Avant, il y avait des médicaments intraveineux qu'on pouvait faire nous même au cabinet : valium. Maintenant on ne peut plus, on n'a plus le choix que de les envoyer à l'hôpital pour le faire. »*

## ***Une hospitalisation programmée impossible***

Tous les MG s'accordent à dire qu'il leur est impossible de programmer une hospitalisation avec l'hôpital public pour leurs patients âgés.

-MG10 : « *Quand on appelle l'hôpital pour programmer une hospitalisation d'un patient qu'on veut retaper, c'est impossible. Pas de place, pas de lits, pas d'infirmières, tel service fermé. »*

-MG2 : « *Mr untel a un diabète déséquilibré quand est-ce que vous pouvez nous le prendre ? On est au mois de mars, il n'y a pas de soucis au mois de juin on le prend ! »*

-MG2 : « *Par exemple, j'ai des gens qui ont 30 médicaments. On aimerait qu'ils rentrent dans un service de médecine pour élaguer le traitement. On va dire que c'est impossible. Ça n'existe pas. Et ça nous fait d'autant plus râler que c'est ce genre de patients qui vont passer par les urgences. »*

Une des alternatives qui leur est proposé est de passer par le SAU

-MG10 : « *On nous dit de passer par les Urgences et bizarrement quand on les envoie aux urgences, ils leur trouvent une place ! »*

-MG2 : « *On nous dit s'il n'est pas bien vous passez par les urgences. Et vous savez bien que même si la personne justifie un passage dans un service particulier, on vous dit toujours, passez par les Urgences. »*

La personne âgée semble être exclue de l'hôpital.

-MG2 : « *L'hôpital n'en veut pas. Ça semble être une charge pour l'hôpital. Ils nous rappellent pour nous dire qu'ils en veulent plus. »*

-MG2 : « *Une personne qui rentre malheureuse et pas en forme, ça ils s'en foutent. »*

Ils l'expliquent en partie par un objectif de rentabilité de l'hôpital et une préférence pour la cotation de l'acte médical.

-MG2 : « *En revanche, si cette même personne âgée se casse le col du fémur, tout le monde veut lui sauter dessus parce que, ça, c'est intéressant c'est un col du fémur. Un infarctus, un col du fémur, une pancréatite, c'est un acte médical et ça intéresse les médecins. »*

-MG4 : « *J'ai des patients qui sortent d'hospit de cardio sans échographie cardiaque. Ils les font revenir en externe pour leur faire une échographie cardiaque, parce que ça fait un acte ! »*

Certains MG préfèrent hospitaliser leurs patients dans un établissement privé. Ils constatent une prise en charge plus rapide et plus collaborative.

-MG4 : « *Alors maintenant quand je veux hospitaliser un patient, je l'envoie en clinique, à la Valentine. Il n'attend pas des heures sur un brancard, il est vite cadré et le médecin m'appelle au moment de sa sortie.* »

### 3.2.7. Le fossé entre la médecine de ville et l'hôpital

Les MG témoignent d'une relation quasi inexistante entre l'hôpital et la médecine de ville.

-MG2 : « *Il y a zéro relation, c'est deux mondes à part.* »

-MG7 : « *L'hôpital et la médecine de ville sont deux secteurs qui sont complètement cloisonnés.* »

Les MG ont le sentiment de pratiquer une médecine de terrain et de ce fait, se sentent éloignés d'une médecine hospitalière universitaire.

-MG8 : « *Là actuellement, si je peux faire un parallèle, c'est la différence entre Raoult qui raisonne en médecin et les technocrates parisiens qui fonctionnent en épidémiologistes, en théoriciens, en ce qu'on veut même très compétents mais pas en médecin. La médecine c'est pas ça, après qu'on se serve de la méta analyse pour savoir, pour faire le point, pour préciser mais à un moment donné il faut agir en médecin. Ce fossé, m'a éloigné de la médecine hospitalière.* »

Certains MG ressentent un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la situation actuelle.

-MG8 : « *Après, ça s'est détérioré progressivement, mais il semble, et j'en suis peut-être responsable que le fossé s'est creusé.* »

### **Nostalgie d'une confraternité révolue**

Les MG sont nostalgiques d'une confraternité et d'une entraide qui n'existe plus aujourd'hui entre la médecine de ville et l'hôpital.

-MG8 : « *Quand j'étais jeune il y avait déjà d'une manière générale un esprit de confraternité qui touche à la fois la médecine de ville / l'hôpital et à la fois les relations médecin de ville / médecin de l'hôpital.* »

-MG8 : « *Forcément on était tous de la même génération, on se connaissait tous, on se tutoyait, c'était très confraternel et très amical.* »

### ***La médecine générale, une pratique méconnue***

Les MG interrogés soulèvent la méconnaissance des pratiques de la médecine générale de la part des médecins hospitaliers. Les médecins hospitaliers ne semblent pas avoir conscience de l'isolement du médecin généraliste et du manque de moyens.

-MG10 : « *Les médecins hospitaliers ne savent pas ce que c'est que la médecine générale. Ils ne connaissent pas les difficultés qu'on rencontre au quotidien.* »

-MG10 : « *Dans les CRH, ils nous demandent de faire des bilans hyperspécialisés qu'on ne peut pas faire en ville.* »

### ***Compréhensif des difficultés de l'hôpital***

Cependant, ils se montrent compréhensifs et tolérants vis-à-vis de la surcharge de travail et des difficultés hospitalières.

-MG7 : « *Après ça peut être inhérent au turn over des patients, c'est sûr qu'aux urgences où il y a beaucoup de patients qui viennent c'est compliqué.* »

-MG3 : « *Aux urgences ils n'ont pas trop le temps.* »

### ***Sortir de l'isolement***

Les MG interrogés ont le sentiment d'être isolés dans leur pratique et dans la prise en charge de leur patient. Plus de la moitié d'entre eux rapportent que l'hôpital ne cherche pas à entrer en communication avec les MG. L'effort de communication provient souvent du MG, sans réciprocité de la part des hospitaliers.

-MG3 : « *Pendant l'hospitalisation, en général, l'hôpital m'appelle pour connaître le traitement en cours et c'est tout.* »

-MG3 : « *Pour les urgences, c'est moi qui appelle la plupart du temps car ils sortent des urgences sans aucun compte rendu.* »

-MG5 : « *Au moment de l'hospitalisation, c'est plutôt nous qui appelons le service.* »

-MG8 : « *Ils sont au staff et personne ne nous répond. On laisse un message et personne ne nous rappelle, tu vois de quoi je parle.* »

Les MG reprochent aux hospitaliers une transmission d'information sélective. Pour améliorer la prise en charge, ils souhaiteraient avoir accès à la totalité du dossier patient.

-MG6 : « *Ce qu'on voudrait et ce que l'on n'a pas, c'est l'accès à la totalité du dossier. »*

-MG6 : « *Bien souvent les confrères, les hospitaliers savent tout et ils ne veulent rien nous dire. »*

### 3.2.8 Nécessité d'être informé précocement pour un suivi efficace

#### **Un courrier d'hospitalisation tardif inutile**

La lenteur de transmission des CRH a été rapportée par plus de la moitié des médecins interrogés. Les MG interrogés s'accordent à dire qu'un courrier reçu tardivement perd de son utilité dans la prise en charge et peut être source d'une perte de chance pour le patient.

-MG2 : « *Le courrier tardif est tellement tardif qu'il ne sert plus à rien »*

-MG2 : « *Parfois je reçois trois mois après. Trois mois après, ça perd de son utilité. »*

-MG3 : « *Les courriers d'hospitalisation, je les reçois au moins un mois et demi après la sortie. Un mois minimum ! »*

-MG4 : « *Quand on reçoit le courrier 3 mois après, on a déjà revu le patient, il a déjà été réhospitalisé il est déjà ressorti et on n'a pas le courrier d'hospit précédent. »*

-MG7 : « *On les voit parfois après 2, 3 mois après qu'ils soient sortis, un laps de temps assez long après leur sortie de l'hôpital et où ils ont pu se décompenser à nouveau. »*

La qualité globale des comptes rendus ne semble pas être reprochée. Les courriers de sortie des patients sont décrits comme complets et informatifs, manquant peut être parfois d'esprit de synthèse.

-MG7 : « *Les comptes rendus d'hospitalisation, peut être si c'était des textes plus courts plus concis qui résument la situation ce serait plus efficace. Quand il y a une hospitalisation on reçoit un compte rendu de 10 pages, on n'a pas forcément le temps de tout lire dans les détails. »*

### **Intérêt d'un "courrier alerte" discuté**

On note chez les MG interrogés une prise en considération du risque de réhospitalisation précoce du patient, notifié dans le "courrier alerte" que nous avons envoyé.

-MG8 : *« Je fais confiance, donc je me dis en tant que médecin oui l'hôpital a quand même dit qu'il y a un risque de réhospitalisation. »*

Le courrier permet de créer du lien avec l'EMG de l'AP-HM et d'avoir un accès facilité à un médecin gériatre de l'hôpital.

-MG4 : *« Derrière on a aussi un support si on a besoin qui nous permet de rappeler car le patient est déjà connu et c'est vrai qu'on n'en reçoit pas souvent. En tout cas pour ma part je n'en ai pas reçu beaucoup de la part de l'équipe mobile de gériatrie. »*

Les recommandations gériatriques que nous avons envoyées semblent être des recommandations déjà pratiquées par tous les médecins interrogés.

-MG4 : *« Ce sont des choses qu'on fait déjà. »*

-MG3 : *« Pas de soucis pour kiné et infirmière. Je les prescris déjà. »*

-MG6 : *« Je suis désolé je le sais déjà. »*

-MG9 : *« Isolement, téléalarme et augmentation passage IDE ça on le fait toujours. »*

Les MG interrogés ont estimé que ce courrier était trop directif soulignant de manière implicite une relation hiérarchique avec l'hôpital plutôt que collaborative.

-MG1 : *« C'est un petit peu directif mais oui pourquoi pas, donc j'aime pas qu'on m'impose ou qu'on me dise quoi faire. »*

-MG6 : *« Ça c'est le genre de truc, votre courrier qui montre que votre relation avec les médecins ce n'est pas bon. »*

-MG8 : *« Moi je ne mettrai pas le petit pavé, je joindrai la grille, je ne sais pas au lieu de me dire comment il faut travailler... »*

Certains MG considèrent que ce "courrier alerte" doit être indissociable du compte rendu de passage au SAU. Ils considèrent que l'information doit être la plus complète possible pour la prise en charge du patient et pour améliorer la relation avec les correspondant hospitaliers.

-MG6 : *« Il faut joindre le courrier de passage aux urgences et votre alerte. A mon sens il ne faut pas les dissocier. »*

-MG6 : *« Il faut que ce soit dans la même lettre. Que le médecin généraliste*

*n'ait pas l'impression que d'un côté on lui dise ce qu'il faut qu'il fasse et de l'autre côté on ne lui dise pas ce qu'il a le patient. »*

### ***Le patient, messenger malgré lui***

En raison du retard de transfert de données vers le MG à la sortie de l'hôpital, le patient sert souvent d'intermédiaire pour transmettre les informations à son médecin généraliste. C'est pourquoi les MG interrogés estiment qu'il est nécessaire de transmettre une information écrite au patient.

*-MG2 : « Et il y a ceux qui sont amenés par les patients, lors de leur passage aux Urgences, donc ça c'est utile »*

*-MG3 : « Et parfois le patient a le double du courrier car on leur donne à la sortie de l'hôpital. Donc je m'oriente avec le double que possède le patient s'il pense à me le porter. »*

*-MG7 : « Le donner aux patients pour que le patient consulte assez rapidement après sa sortie d'hôpital. »*

Le courrier papier sert également de support aux différents intervenants notamment au domicile du patient.

*-MG6 : « Le courrier papier va servir à de multiples intervenant à domicile : l'assistante sociale qui passe le voir, la famille, l'infirmière, le kiné. »*

Les MG regrettent également de ne pas être informés par l'hôpital du décès d'un de leurs patients. Ils apprennent l'information par l'entourage direct du patient et non par le service concerné.

*-MG4 : « Et quand ils sont morts on ne reçoit jamais de courrier ! C'est la famille qui nous l'apprend quelques mois après. »*

### ***Volonté d'un interlocuteur direct***

Le téléphone semble être le moyen privilégié par le MG pour entrer en contact avec son confrère hospitalier. Il permet une transmission d'information immédiate. Or, il leur est difficile d'accéder directement et rapidement à leur correspondant hospitalier. Cela constitue une certaine perte de temps car elle engendre des appels répétés ou de longue durée.

*-MG4 : « En hospit, on n'a pas de relations parce qu'on arrive à joindre personne. »*



- MG1 : « *Je reçois mieux que des courriers, je reçois un coup de fil* »  
-MG7 : « *Et déjà pour avoir quelqu'un à l'hôpital c'est très compliqué, pour avoir la bonne personne à l'hôpital il faut passer peut-être ¾ d'heures au téléphone.* »

Certains MG manifestent la volonté d'une ligne directe avec le médecin hospitalier.

- MG8 : « *Il y a les moyens de communications, on a pas la ligne directe, il faudrait que nous médecins on ait une ligne dédiée au médecin pour qu'on puisse parler de médecin à médecin.* »

On note une évolution des pratiques à ce niveau puisque certains MG interrogés estiment que ces difficultés sont apparues relativement récemment dans leur pratique et qu'auparavant, ils parvenaient plus aisément à joindre leurs correspondants.

- MG8 : « *C'était très bien et on avait des interlocuteurs directs.* »

Certains MG préfèrent la rencontre directe avec le médecin hospitalier pour anticiper plus facilement la sortie d'hospitalisation du patient.

- MG9 : « *Avant qu'ils sortent de l'hôpital moi il m'arrive souvent d'aller voir les patients à l'hôpital et de voir l'interne ou autre et de discuter en disant vous allez le faire sortir certes mais il faut prévoir à l'avance et vous me le dites à l'avance pour que moi je prévois une équipe d'infirmiers qui viendra dès qu'il sort de l'hôpital et qui s'occupe de lui, éventuellement une aide-ménagère, le portage des repas, ainsi de suite.* »

### 3.2.9 Place de l'informatique discutée

L'utilisation du mail comme moyen de transmission permet une transmission rapide de l'information et notamment une transmission du CRH au temps opportun au médecin généraliste.

- MG6 : « *Nous le recevons par messagerie sécurisée simultanément. Nous avons toujours le courrier en temps opportun.* »  
-MG4 : « *Donc en messagerie sécurisée, c'est très bien. On est jeunes, on est tous connectés et du coup ça marche très bien le courrier sécurisé.* »  
-MG1 : « *Ce serait bien par mail parce que là ce serait vraiment rapide.* »  
-MG9 : « *Pour moi il y a une chose qui me paraît essentiel c'est la liaison avec*

*les moyens informatiques actuels, c'est mettre sur la boîte mail et envoyer directement le compte rendu au médecin sur la boîte mail. »*

Un MG interrogé reproche à cet outil un échange impersonnel et inhumain.

*-MG8 : « Après c'est vrai qu'il y a le mail, mais qu'est-ce qu'il y a de plus froid et inhumain que le mail. »*

### ***La plateforme, un outil pour une information immédiate et multidisciplinaire***

Les MG interrogés sont favorables à l'utilisation d'une plateforme en ligne. Ils soulignent la disponibilité immédiate de l'information et notamment du CRH et la volonté d'échanger facilement avec tous les professionnels de santé.

*-MG8 : « C'est une façon de rendre le système plus réactif, plus rapide. »*

*-MG8 : « Bien sûr, c'est une espèce de dossier médical, un archivage des dossiers médical accessible à tout moment par tous les professionnels de santé. »*

Certains MG insistent sur le caractère unique de la plateforme.

*-MG5 : « Le problème des plateformes sécurisées, c'est qu'il n'en faut qu'une pour tout le monde. Là y a la plateforme ARS PACA, il faudrait que cette plateforme fasse tout. »*

## **IV – Discussion**

### **4.1 Résultats de l'étude quantitative**

#### **4.1.1 La grille TAGRAVPA**

L'objectif principal de cette première partie de l'étude était d'évaluer l'intérêt de l'outil TAGRAVPA pour repérer les patients de plus de 75 ans, à risque de réhospitalisation précoce à 1 et 3 mois, lors de leur premier passage aux urgences.

Nous avons cherché à calculer les performances de cet outil en calculant la sensibilité et la spécificité du test ainsi que la VPP et VPN.

Pour évaluer le risque de réhospitalisation à 1 et 3 mois, la grille de repérage TAGRAVPA retrouve respectivement des sensibilités à 73 % et 78 % ainsi que des spécificités à 32 % et 34 %. On retrouve des chiffres de sensibilité correctes permettant une bonne capacité de la grille à repérer les sujets malades c'est-à-dire les personnes âgées réellement à risque de réhospitalisation précoce et ceci afin de permettre le déclenchement de l'avis de l'EMG et des procédures gériatriques adaptées en aval. Cependant, les mauvais chiffres de spécificité font craindre de rater des malades à risque et ceci pouvant être lourd de conséquences à savoir sur l'absence de repérage du risque de réhospitalisation précoce et du déclin fonctionnel de la personne âgée engendrée en cas de réhospitalisation précoce. Le test ne permettant pas alors d'identifier correctement tous les patients nécessitant le passage de l'EMG aux urgences.

La notion de seuil optimal combinant les meilleures sensibilités et spécificités a été retrouvé pour une valeur seuil à 5. Nous obtenions de meilleures spécificités respectivement à 50 % et 52 % pour la réhospitalisation à 1 et 3 mois ; ainsi que des sensibilités respectivement à 65 % et 71 % pour la réhospitalisation à 1 et 3 mois. Cependant le choix du seuil est en fonction de l'utilisation prévue du test.

En pratique, nous souhaitons privilégier la spécificité, qui prévaut au test diagnostic en général, afin de diminuer le nombre de faux positifs, c'est-à-dire les sujets non à risque de réhospitalisation précoce qui aurait un test positif et pour lesquels on aurait faussement déclenché des procédures en aval. Ceci pourrait créer inutilement une surcharge de travail à l'EMG ainsi qu'au médecin généraliste impliqué dans le suivi post hospitalisation.

Tout de même, privilégier la sensibilité, qui prévaut au test de dépistage en général, est une option envisageable afin de dépister tous les patients à risque de réhospitalisation précoce au risque de repérer quelques individus à tort mais afin de prévenir les lourdes conséquences d'une réhospitalisation précoce que peut

connaître une personne âgée. La notion de « diagnostic précoce », comme la détection précoce de facteurs de risque de réhospitalisation précoce, peut se superposer à celle de dépistage systématique. Il s'agit d'une médecine préventive mise en œuvre par l'intermédiaire de la grille de repérage TAGRAVPA, pratiquée sur un groupe d'individus que sont les plus de 75 ans, ne constituant pas une base de traitement, moins cher et moins précis qu'un test diagnostic.

L'aire sous la courbe ROC, représentant le pouvoir discriminant global de l'outil TAGRAVPA et ce indépendamment du seuil de positivité choisi, a été mesurée à 0,54 pour le risque de réhospitalisation à 1 mois et n'est pas très élevée. L'aire sous la courbe ROC pour le risque de réhospitalisation à 3 mois a été mesurée à 0,59; elle n'est pas très élevée mais reste correcte.

L'aire sous la courbe ROC est égale à la probabilité que le score du sujet à risque de réhospitalisation précoce soit supérieur au score du sujet non à risque. Celle-ci étant proche de 0,5; on peut dire que la grille est peu discriminante mais qu'elle reste quand même plus informative pour repérer les patients à risque de réhospitalisation à 3 mois plutôt qu'à 1 mois.

Nous avons calculé les valeurs prédictives du test qui sont les probabilités post-test c'est-à-dire les probabilités d'être réhospitalisé ou non après avoir bénéficié du test. Concernant le risque de réhospitalisation à 1 mois, la VPP a été calculée à 12 % et la VPN à 89 %. Concernant le risque de réhospitalisation à 3 mois, la VPP a été calculée à 29 % et la VPN à 82 %.

Contrairement à la sensibilité et la spécificité, les valeurs prédictives du test ne sont pas constantes mais dépendent de la prévalence de la maladie dans la population. Etant donné que notre population comprenait un faible effectif (n=213), il est normal que la prévalence de la réhospitalisation précoce était faible (calculée à 14% selon les chiffres de l'HAS), ceci expliquant une faible valeur de la VPP et une valeur élevée de la VPN.

Ces deux indicateurs sont donc difficilement interprétables dans cette étude, mais nous savons qu'ils sont beaucoup plus parlants pour la pratique clinique car ils permettent de répondre à la question « si le test TAGRAVPA est supérieur ou égal à 4, quelle est la probabilité que la personne âgée soit réhospitalisée à 1 ou 3 mois ? ».

#### 4.1.2 Les autres scores de la littérature

Nous savons déjà l'intérêt de repérer une population cible à risque chez les plus de 75 ans, les EMG devant s'intéresser en priorité aux personnes âgées fragiles ou pré-fragiles aux urgences. L'algorithme intra-hospitalier du projet PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif de repérer les personnes âgées fragiles hospitalisées de façon non programmée aux urgences ou en services de médecine, qui pourront bénéficier d'une évaluation gériatrique par l'EMG, si elles ont un score anormal à l'aide d'un outil de repérage.

L'objectif de ces scores de repérage étant une harmonisation des pratiques ainsi que des scores ayant un fort pouvoir discriminants et plus sensibles que le jugement clinique simple. Les scores ISAR et TRST, comme définis dans l'introduction, sont les scores les plus retrouvés dans la littérature et sont les seuls validés (27).

La première étude évaluant les performances de l'outil TRST a été réalisée en 2003 par l'auteur Meldon (28). L'objectif de l'étude était d'évaluer le risque de réadmission précoce des plus de 75 ans en service d'urgence à 30 et 120 jours. Une étude de cohorte prospective multicentrique, avec 650 personnes âgées de 65 ans et plus, a été réalisée. La sensibilité et la spécificité du test TRST, avec un seuil supérieur ou égal à 2, à évaluer le risque de réadmission précoce aux urgences à 30 jours était respectivement de 64 % et 63 %. L'aire sous la courbe ROC a été mesurée à 0,72. Concernant la réadmission aux urgences à 120 jours, la sensibilité était mesurée à 55 % et la spécificité à 66 %. L'aire sous la courbe ROC était à 0,65.

La validité diagnostique du test a été considérée comme moyenne, pour prédire le risque de réadmission à 30 et 120 jours, pour une utilisation avec un score supérieure ou égal à 2. Cependant, la reproductibilité du test était très bonne avec un coefficient Kappa à 0,90 signifiant une bonne concordance entre les évaluateurs.

En 2013, une recherche systématique de la littérature de l'auteur Cousins (29), étudie 6 articles incluant 3233 patients au total. Il retrouve pour le TRST avec un score supérieur ou égal à 2, une sensibilité de 58 % et une spécificité de 61 % pour prédire le risque de réadmission et d'évènements défavorables à 30 jours. Ces chiffres étant similaires à la première étude de Meldon en 2003 et montrant l'utilisation limitée du test TRST dans sa capacité prédictive à identifier les personnes âgées à risque de réadmission précoce aux urgences à 30 et 120 jours.

Le score ISAR a été développé à la fin des années 90 par l'équipe canadienne de McCusker (30). Il permettait d'identifier les patients âgés fragiles à risque d'évènements défavorables à 6 mois (décès, institutionnalisation, déclin fonctionnel) avec une sensibilité de 72 % et une spécificité de 58 %, pour une utilisation avec un

score supérieur ou égal à 2. Une étude de cohorte prospective multicentrique d'une durée de 6 mois a suivi 1673 patients âgés de 65 ans et plus. Au cours d'une étude ultérieure de la même équipe et incluant 1620 personnes âgées, le score ISAR a montré qu'il était capable de détecter le risque de réhospitalisation avec une sensibilité du test à 73 % et une spécificité à 51 %, pour une utilisation avec un score supérieur ou égal à 2 (31).

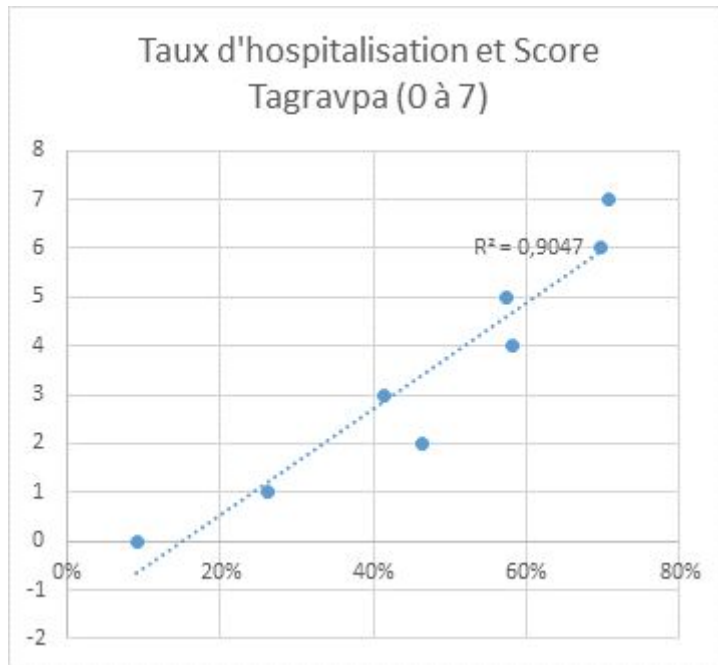
En 2011, une recherche systématique de la littérature de l'auteur Graf (23), sélectionne 8 études sur l'efficacité de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) et 14 études sur les outils de dépistage. La valeur prédictive négative à 89 %, d'un score ISAR strictement inférieur à 2 pour sélectionner les patients à faible risque de réadmission, était bonne. En pratique, cela signifie que cet outil peut être utilisé pour identifier les plus de 75 ans à faible risque de complications chez qui une EGS complète n'est pas utile.

Le score ISAR a été validé en français pour identifier les patients âgés de 65 ans ou plus à risque de déclin fonctionnel et de réhospitalisation à 30 jours ainsi que pour repérer les patients devant bénéficier d'une EGS (23).

#### 4.1.3 Les résultats secondaires

Concernant nos résultats secondaires de l'étude quantitative, quant à l'orientation des patients après premier passage aux urgences (hospitalisation ou retour à domicile), nous constatons une part plus importante de patients hospitalisés ayant eu un score positif au test TAGRAVPA. Cependant, nos résultats ne sont pas significatifs sans différence entre les deux groupes du fait d'un manque de puissance statistique de notre étude avec un faible effectif de la population (n=213).

L'ANAP s'est également intéressée à l'étude de l'outil TAGRAVPA en utilisant les données collectées au SAU de l'hôpital Nord et des urgences du Centre Hospitalier de Laveran soit un total de 439 patients. Elle constate que plus le score TAGRAVPA est élevé, plus le risque d'hospitalisation est important. En effet, comme le montre la figure 11 ci-dessous, pour un score TAGRAVPA supérieur à 4, le taux d'hospitalisation est d'environ 60 %.



**Figure 11** : Taux d'hospitalisation en fonction du score TAGRAVPA

Ainsi, possiblement l'outil TAGRAVPA pourrait être utilisé comme un outil d'aide aux professionnels (internes, médecins non gériatres) en appui aux stratégies d'adressage au SAU. Cependant, l'étude précise qu'il est difficile d'être conclusif au regard du faible effectif de la population et d'un manque de puissance statistique.

## 4.2 Résultats de l'étude qualitative

### 4.2.1 Représentations par le médecin généraliste du patient âgé à risque de réhospitalisation précoce

Les principaux facteurs associés au risque de réhospitalisation précoce du sujet âgé et cités par les médecins généralistes étaient : le terrain polyopathologique et la polymédication. Les comorbidités cardio-vasculaires, respiratoires et neurologiques étaient au premier plan.

Des études ont montré que parmi les pathologies à l'origine d'hospitalisations des sujets âgés de 65 ans ou plus, celles plus fréquemment associées au risque de réhospitalisation à 30 jours, étaient l'insuffisance cardiaque, les pneumonies et l'infarctus du myocarde à sa phase aiguë (12). Les taux de réhospitalisation à 30 jours sont respectivement de 24,8 % pour l'insuffisance cardiaque, de 19,9 % pour

l'infarctus et de 18,3 % pour les pneumonies; et les 2/3 des réhospitalisations surviennent dans les 15 jours suivant la sortie (12).

Néanmoins, certains déterminants physiques importants tels qu'une perte récente de la capacité à se nourrir soi-même, la présence d'une escarre et une altération de l'état général retrouvés dans plusieurs études, et associés à un risque de réhospitalisation précoce chez des patients âgés de 75 ans, n'ont pas été cités (18).

Notons que le terme fragilité n'est pas apparu une seule fois au cours de ces entretiens. Or, la notion de fragilité et le risque de réhospitalisation précoce du sujet âgé sont étroitement associés. Rappelons que dans la circulaire de juin 2013, l'HAS insiste sur la nécessité de réduire la réhospitalisation des patients âgés et à cette fin de repérer la fragilité (12).

Par ailleurs, le ressenti des médecins généralistes quant à ce terrain physique était fataliste, ne laissant pas place à la réversibilité. Or, repérer la fragilité et prendre en charge ses déterminants permet de réduire ou de retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible (32).

Notons également que le délai de 30 jours suivant la dernière hospitalisation et caractérisant le caractère précoce du risque de réhospitalisation du sujet âgé selon la HAS n'a été cité qu'une seule fois. Or, c'est durant cette période que les acteurs de soins primaires, et notamment le médecin généraliste, doivent être particulièrement vigilants (12).

Le message est clair : il existe une méconnaissance chez les médecins généralistes de la notion de risque de réhospitalisation précoce de la personne âgée.

L'isolement social du patient a été un facteur régulièrement cité par les médecins généralistes interrogés. F. Balard et D. Somme parviennent à la même conclusion en s'appuyant sur deux études sociologiques (33)(34). Ces auteurs insistent sur le fait que : « vieillir implique de faire l'expérience de la dégradation de son réseau social qui devient à la fois plus restreint, plus vieux et surtout plus focalisé sur l'aide » (35). Une autre étude qualitative, sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris, met en avant que le premier facteur de fragilisation de la personne âgée est l'absence d'entourage et de relations sociales (36).



#### 4.2.2 Importance d'un repérage subjectif

Les médecins généralistes interrogés se sont montrés réticents à l'utilisation de la grille TAGRAVPA en médecine générale. Notre étude a permis de mettre en évidence qu'ils utilisaient peu les tests et échelles d'évaluation en pratique courante.

Les arguments évoqués étaient un manque de temps et l'existence d'un excès de scores pas toujours adaptés à la pratique de la médecine générale.

Une étude portant sur les freins des généralistes à l'utilisation de tests et échelles (37) confirme d'ailleurs cette donnée de notre étude en évoquant la même réticence des médecins généralistes à leur utilisation et que les tests conçus à l'usage spécifique du généraliste étaient rares.

De plus, une étude réalisée chez des généralistes en Meurthe et Moselle, trouvait que les échelles ou les tests à orientation gériatrique étaient sous utilisés : seuls 37 % des médecins en utilisent régulièrement et 34 % n'en utilisent jamais. 51 % d'entre eux les trouvent inadaptés à leur pratique(38). Le test le plus utilisé par les médecins est le MMSE, suivi de la grille AGGIR. Les tests concernant le dépistage de la dénutrition, des chutes et de la dépression sont peu utilisés.

Cependant, l'utilisation d'un outil et l'obtention de données chiffrées constituaient non seulement une base pour le suivi de l'évolution des troubles, mais permettait aussi d'avoir des arguments objectifs pour adresser les patients à un spécialiste. L'HAS valide cette idée en précisant que « les tests permettent d'objectiver les résultats dans le cadre d'une démarche pluri-professionnelle, mais ne remplacent pas l'approche clinique » (39).

Il est néanmoins difficile de tirer des conclusions sur la faisabilité de la grille TAGRAVPA en médecine générale, aucune étude à ce jour n'ayant été réalisée.

Par ailleurs, ils défendaient l'idée d'une composante subjective majeure dans la pratique et dans la décision en médecine générale. Le fait de connaître le patient depuis longtemps leur permettait de repérer le moindre changement qu'il soit physique ou comportemental.

En 2011, l'article « L'intuition en médecine générale : validation du "gut feelings" » paru dans la revue *Exercer* (40), met en avant que l'intuition des médecins est une notion pertinente, et qu'elle fait partie intégrante du raisonnement et de la décision médicale en médecine générale.

Or, la grille TAGRAVPA ne prend pas en considération cette impression subjective du médecin généraliste. Aussi, à l'instar du questionnaire de gérontopôle toulouse qui vise à repérer la fragilité en soins primaires, mais dont s'inspire la grille TAGRAVPA, ne serait-il pas pertinent d'ajouter une question prenant en compte la

subjectivité du médecin généraliste telle que : « selon vous, votre patient vous paraît-il à risque de réhospitalisation précoce ? ».

#### 4.2.3 Intérêt d'une VAD (Visite À Domicile) discutée

Les médecins généralistes ont exprimé faire preuve d'une attention et d'une vigilance toute particulière concernant ces patients âgés à risque de réhospitalisation précoce.

Le suivi était personnalisé et l'intérêt d'une VAD discutée que ce soit en sortie d'hospitalisation ou pour le suivi au long cours. Ils défendaient l'idée qu'ils connaissent déjà suffisamment le domicile et l'environnement du patient.

Or, la HAS précise que le suivi de ces patients doit reposer en priorité sur des visites régulières à domicile et doit débuter dès la première semaine après la sortie d'hospitalisation (12).

De plus, une revue systématique de la littérature, de Burke et al en 2014, catégorise les interventions visant à réduire le risque de réadmission et évalue les domaines associés à cette réduction. 42 % des études rapportent une réduction significative des réadmissions par rapport au groupe contrôle. Les 3 domaines significativement associés à cette réduction sont la surveillance et la prise en charge après la sortie (le plus souvent par des visites à domicile avec un référent en cas de problèmes) (41).

#### 4.2.4 Une collaboration pluriprofessionnelle nécessaire

Par ailleurs, il ressort de cette étude que la collaboration avec les acteurs paramédicaux est indispensable. Les médecins généralistes s'appuyaient beaucoup sur les infirmières à domicile dont le passage quotidien permet de garder un œil alerte sur le patient âgé. Plusieurs études ont montré que le suivi de ces patients par une infirmière à domicile diminuait le risque de réadmission.

En effet, le suivi post-sortie de patients âgés par des infirmières de ville coopérant avec le médecin traitant réduit de 23% le risque de réhospitalisation à 6 mois et améliore l'observance au traitement sans augmenter les coûts (42).

De manière plus large, la prise en charge du sujet âgé en soins primaires nécessite une coordination entre les différents acteurs, centrée sur le médecin généraliste et les infirmières.

Rappelons que le parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) comme décrit plus haut, a pour objectif d'accroître la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées. Une Coordination Clinique de Proximité (CCP) a été créée pour formaliser le travail à plusieurs.

L'objectif est de formaliser la mobilisation des professionnels de proximité, au plus près des personnes âgées, et au plus tôt dans le parcours. La CCP est coordonnée par le médecin traitant (choisi par le patient) et regroupe au plus près de la personne, un infirmier, un pharmacien d'officine et, le moment venu, un kinésithérapeute ou un autre professionnel de santé. Les professionnels travaillent en équipe pour élaborer, suivre et actualiser le Plan Personnalisé de Santé (PPS). Les causes de la fragilité étant complexes et multi-domaines, sa prise en charge ne pourra être efficiente que si elle est pluri-professionnelle.

#### 4.2.5 Une communication ville-hôpital insuffisante impactant sur la continuité des soins

Une des plaintes récurrentes lors des entretiens était le manque de communication avec l'hôpital pénalisant le suivi du patient âgé. Il existe un lien fort entre une bonne communication et la qualité de la continuité des soins.

En France, dans la région Nord-Pas-de-Calais, il a été mis en évidence dans une étude descriptive de l'activité des Équipes Mobiles de Gériatrie, que le principal obstacle à la coordination des soins de la personne âgée était le manque de communication entre ville et hôpital (43). La même conclusion était retrouvée dans une étude européenne (44).

Les médecins généralistes ont exprimé le souhait de communiquer davantage avec les médecins hospitaliers et notamment avec les médecins gériatres pour programmer une consultation ou une hospitalisation. Leur seul recours était d'adresser leurs patients au SAU.

Or, il existe des moyens simples permettant de fluidifier le parcours de soins du sujet âgé entre la ville et l'hôpital mais qui semblent inconnus des médecins généralistes. En effet, le pôle de Gériatrie de l'AP-HM a mis en place une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes de l'agglomération marseillaise. Cette plateforme permet de proposer aux médecins généralistes de ville des alternatives à l'hospitalisation sans passer par le SAU, ou même de faire intervenir à domicile des médecins gériatres provenant des réseaux de gériatrie de ville.

De plus, la sortie d'hospitalisation est un moment capital de la communication entre la ville et l'hôpital pour assurer la bonne continuité des soins. L'information concernant l'hospitalisation ou la sortie du patient était rarement transmise au généraliste, et les résultats des examens complémentaires réalisés ne leur parvenaient pas non plus. Or, il semble difficile de pouvoir traiter un patient récemment hospitalisé lorsque l'on a pas à disposition tous les éléments clés tels que les modifications thérapeutiques ou les derniers résultats biologiques.

Un des problèmes soulevés par les médecins généralistes interrogés était un délai

de réception trop long des CRH par voie postale. Pourtant, les CRH de sortie sont essentiels à la bonne prise en charge du patient par son médecin traitant. Hubert et al montrent que pour 90 % des médecins généralistes de son étude, les informations reçues par l'hôpital modifient la prise en charge ultérieure (45).

Les conséquences de ce délai de transmission de l'information en termes de qualité de soins sont également mises en évidence dans la littérature; en effet, l'auteur Van Walraven constate dans son étude une tendance à la diminution du risque de réadmission à l'hôpital dans les 3 mois, pour les patients dont le suivi était réalisé par un médecin traitant ayant reçu le CRH (risque relatif 0,74, IC 95 % 0,50-1,11) (17).

Le recours aux courriers informatiques pourrait être une solution pour transmettre rapidement les informations aux médecins généralistes dès la sortie d'hospitalisation. Le taux de réception des CRH est également plus important par mails (73,9 %), comparativement au courriers classiques (43,8 %), ou bien à la remise en main propre du patient (24,2 %) (46).

Une revue systématique de la littérature, de l'auteur Hesselink en 2012, évalue les effets des interventions organisant la transition hôpital-domicile. Il constate que l'élaboration informatisée de résumés de sortie courts et structurés ainsi que l'accès des généralistes au compte rendu de sortie par internet sont associés à une diminution significative du taux de réhospitalisation et permet l'amélioration de la continuité des soins (47).

### 4.3 Les forces et faiblesses de notre étude

Dans l'étude quantitative, l'intérêt d'une étude prospective dans le CHU de l'hôpital Nord a présenté l'avantage de diminuer les biais de sélection. Le service des urgences adultes de l'hôpital Nord représente, après celui de l'hôpital de la Timone, l'un des plus grands services d'accueil des urgences de la ville et ses alentours.

L'avantage d'une étude prospective était de réaliser une inclusion dans une cohorte dynamique avec de nouveaux sujets inclus au fur et à mesure de l'étude. L'analyse longitudinale épidémiologique a permis de nous rendre compte par nous-même de la survenue des phénomènes liés au temps qu'étaient le taux de réhospitalisation à 1 et 3 mois.

Cependant il existe des biais, notamment un biais de sélection car l'échantillon n'a pas été construit sur la base du tirage au sort. La sélection des patients à l'étude a été au libre de choix du médecin présent aux urgences au moment de la réalisation du test TAGRAVPA. Les médecins se sont naturellement tournés vers les patients les plus à risque pour les dépister. On appelle ce biais « le biais d'avance au diagnostic » qui peut expliquer pourquoi nous avons dans notre population une plus forte prévalence de patients ayant eu un score supérieur ou égal à 4 au test TAGRAVPA (147 patients vs 66).

Il peut exister également un biais de mesure lié à l'enquêteur. En effet lors du remplissage de la grille TAGRAVPA, chaque grille était remplie par un médecin différent. L'enquêteur pouvait interroger ou apprécier chaque risque différemment selon son propre jugement; notamment pour les critères du ralentissement de la marche, des transferts ou de l'asthénie.

La performance diagnostique peut s'améliorer au cours de l'étude résultant d'un processus d'apprentissage au fur et à mesure de l'utilisation de l'outil par les médecins.

Dans l'étude qualitative, il existait différents biais susceptibles d'influencer les données recueillies et l'analyse de la recherche qualitative.

Nous avons pu introduire un biais de sélection dans le choix des médecins généralistes interrogés. En effet, la plupart des médecins acceptant de participer à l'étude étaient des médecins installés depuis plusieurs dizaines d'années et expérimentés, sympathiques de nous aider à la réalisation de notre étude plus qu'au réel intérêt envers le sujet. Les entretiens ont été réalisés dans Marseille ou sa périphérie pour la plupart d'entre eux, montrant une représentation majoritairement de médecins issus de zones urbaines ce qui a pu influencer certaines réponses

notamment pour les questions de relation avec l'hôpital ou de correction des facteurs de risque.

Il a pu exister des biais externes dus à l'environnement du chercheur et des participants. En effet, pour des soucis de praticité le lieu de l'entretien était le cabinet du médecin généraliste ce qui a pu causer des interruptions intempestives ou un empressement de la part du médecin par manque de temps disponible. De même, la qualité des entretiens par téléphone était beaucoup moins informative avec une absence d'analyse des gestes et des expressions.

Nous avons également pu introduire un biais d'investigation lors du recueil des données de certaines questions comme l'identification des personnes à risque de réhospitalisation ou les moyens de correction des facteurs de risque. Nous avons pu, malgré nous, en interrogeant l'enquêté, influencer son discours. Certains médecins ont pu se sentir jugés sur leur pratique et leurs connaissances. L'enregistrement a pu constituer un frein à leur liberté d'expression.

Les biais d'interprétation, lors de l'analyse des verbatim, peuvent être liés à notre manque d'expérience en tant que chercheuses dans ce domaine. Nous avons essayé de limiter ce biais en effectuant un double codage de manière indépendante, mais il n'y a pas eu de vérification de ces codes auprès des participants, permettant ainsi une triangulation, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

## **4.4 Perspectives**

L'outil TAGRAVPA peut alors s'avérer intéressant dans son aide à la décision d'hospitalisation à partir d'un Service d'Accueil des Urgences pour le personnel soignant. Il nécessiterait alors une étude à plus grande échelle avec un effectif de population plus important ainsi qu'une étude multicentrique.

Nous avons également constaté une mortalité plus importante dans le groupe avec score TAGRAVPA positif et une absence de mortalité dans le groupe avec score TAGRAVPA négatif (5,16 % vs 0 %). En effet, nous savons que dans les essais cliniques, la mortalité constitue un critère clinique "fort" permettant de juger de l'efficacité d'un évènement ou d'une intervention.

L'intérêt d'un "courrier alerte" reprenant des recommandations gériatriques générales était discuté. Il permettait une prise en considération du risque de réhospitalisation précoce et pouvait être créateur de lien avec l'Équipe Mobile de Gériatrie selon certains médecins. Cependant, les médecins généralistes appliquaient déjà ces recommandations dans leur pratique courante. Il serait donc intéressant d'évaluer

dans une étude qualitative, les besoins et attentes des médecins généralistes sur le suivi du patient âgé à risque de réhospitalisation précoce en médecine de ville.

Une des solutions pour améliorer la communication ville-hôpital et la transmission des informations serait de favoriser et de généraliser l'utilisation de plateformes multi-acteurs, réunissant l'ensemble des intervenants libéraux et hospitaliers gravitant autour du dépistage et de la prise en charge de la fragilité.

La notion de risque de réhospitalisation précoce en médecine de ville est encore une notion mal connue par les médecins généralistes. Familiariser les médecins généralistes à ce risque permet une amélioration de la connaissance des principaux syndromes gériatriques. Le but n'est pas d'en faire des professionnels de la gériatrie, mais de leur transmettre des conduites à tenir simples et des outils pratiques pour améliorer la prise en charge en ville.

Il serait intéressant de les diffuser à travers des dispositifs tels que la Plateforme Territoriale d'Appui, les Équipes Mobiles de Gériatrie extrahospitalières, les CPTS (Communautés Professionnels Territoriales de Santé).

## **V - Conclusion**

Face à une population de plus en plus vieillissante et à un accroissement de demandes de soins et d'hospitalisations des personnes âgés de plus de 75 ans, le repérage des patients âgés à risque de réhospitalisation précoce constitue un enjeu de santé publique.

Dans le système de santé actuel visant à privilégier la part ambulatoire de l'hôpital et les financements des hôpitaux étant limités; la question de la réhospitalisation précoce ne peut être ignorée et ce du fait d'un coût humain mais également financier.

La grille TAGRAVPA a donc été élaborée dans l'optique de repérer, dès le Service d'Accueil des Urgences (SAU), ces patients âgés à risque de réhospitalisation précoce et de mettre en place une réponse graduée et adaptée à la personne âgée afin de prévenir son aggravation.

Nous constatons que la performance de la grille TAGRAVPA est limitée pour prédire le risque de réhospitalisation à 1 mois et 3 mois, avec cependant de meilleures performances prédictives pour la réhospitalisation à 3 mois : la Valeur Prédicative Positive étant mesuré à 29 % versus une VPP à 12 % pour la réhospitalisation à 1 mois.

Nous obtenons des chiffres de sensibilité correctes, avec respectivement 73 % et 78 % pour la réhospitalisation à 1 et 3 mois, mais des chiffres de spécificité plus faibles, avec respectivement 32 % et 34 % pour la réhospitalisation à 1 et 3 mois. Le test ne permettrait pas alors d'identifier correctement tous les patients, à risque de réhospitalisation précoce, nécessitant le passage de l'Équipe Mobile de Gériatrie au SAU. Cependant, du fait d'un manque de puissance à notre étude, nos résultats ne sont pas significatifs.

Nous constatons une part plus importante de patients hospitalisés ayant eu un score supérieur ou égal à 4 au test. L'outil TAGRAVPA pourrait être un outil d'aide aux professionnels en appui aux stratégies d'adressage au SAU et il serait intéressant d'évaluer cet outil dans une étude ultérieure.

Chez les médecins généralistes interrogés, les stratégies de repérage des patients à risque de réhospitalisation précoce sont complètement différentes de celles de la médecine hospitalière. En effet, les médecins généralistes ont développé des stratégies basés sur des éléments subjectifs éveillant en eux ce que l'HAS nomme « la notion de soupçon du soignant ». Ceci est favorisé par la singularité de la relation



médecin généraliste-patient fondée sur la connaissance du patient et de son environnement dans le cadre d'un suivi au long cours. Par ailleurs, le manque de temps et l'excès de scores, pas toujours adaptés à la pratique de la médecine générale, constituent des facteurs limitants. L'intérêt de l'outil TAGRAVPA en médecine de ville reste donc discuté.

Le suivi du patient à risque de réhospitalisation précoce doit se faire selon une approche globale. Notre étude a montré que les médecins généralistes y accordent un suivi vigilant mais personnalisé à chaque patient. La collaboration avec d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux est indispensable pour assurer ce suivi.

Notre étude a également mis en évidence la nécessité d'améliorer la communication entre l'hôpital et la ville pour anticiper et assurer la bonne continuité des soins. Une des solutions serait de favoriser et de généraliser l'utilisation de plateformes multi-acteurs, réunissant l'ensemble des intervenants libéraux et hospitaliers gravitant autour du dépistage et de la prise en charge de la fragilité.

Il serait intéressant dans une étude ultérieure, de sensibiliser les médecins généralistes au repérage des facteurs de risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées, en diffusant des outils pratiques et des conduites à tenir simples pour améliorer la prise en charge des syndromes gériatriques, et ce à travers des dispositifs tels que la Plateforme Territoriale d'Appui, les Équipes Mobiles de Gériatrie extrahospitalières, les CPTS (Communautés Professionnels Territoriales de Santé) avec des supports technologiques adaptés (applications smartphone, plateforme en ligne...).

# Bibliographie

1. de Plazaola J-P, Rignols E (Membres de l'INSEE). Tableaux de l'économie française. Edition 2018.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
2. HAS (Haute Autorité de Santé). Prendre en charge une personne âgée polyopathologique en soins primaires. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Mars 2015.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polyopathie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf)
3. Gimbert V, Godot C (Membres du Centre d'analyse stratégique). Vivre ensemble plus longtemps, enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Commandité par le Ministère du Premier Ministre. Paris: La documentation française; 2010. Rapport n° 2010 028.  
[http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/vivre\\_ensemble\\_plus\\_longtemps.pdf](http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/vivre_ensemble_plus_longtemps.pdf)
4. Monier F (Conseiller maître à la Cours des Comptes). La prise en charge hospitalière de la personne âgée. Dans: les comptes de la Sécurité sociale - résultats 2011, prévisions 2012 . Juillet 2012. p. 116-121.  
[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2012/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUILLET\\_2012.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2012/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUILLET_2012.pdf)
5. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Analyse de l'activité hospitalière. Synthèse 2017.  
[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese\\_aah\\_2017.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese_aah_2017.pdf)
6. HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie). Personnes âgées, état de santé et dépendance. Annexe n°9 du rapport Innovation et système de santé. Séance du 23 avril 2015.  
[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-PERSONNES\\_AGEES\\_ETAT\\_DE\\_SANTE\\_ET\\_DEPENDANCE\\_QUELQUES\\_ELEMENTS\\_STATISTIQUES.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-PERSONNES_AGEES_ETAT_DE_SANTE_ET_DEPENDANCE_QUELQUES_ELEMENTS_STATISTIQUES.pdf)
7. Boisguérin B, Mauro L (Membres du DREES). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes et Résultats n°1007. Mars

2017.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

8. Escalon S, Vigouroux P (Co-présidents). Rapport de l'atelier 10 "Hôpital et personne âgée", concertation "Grand âge et autonomie". Commandité par le Ministère de la Solidarité et de la Santé. Le 14 février 2018.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_atelier\\_10\\_hopital\\_et\\_personne\\_agee\\_14\\_fev\\_2018\\_3\\_.docx.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf)
9. Boisguérin B, Mauro L (Membres du DREES). Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue. Etudes et Résultats n°1008. Mars 2017.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>
10. Sourdet S, Scemama A (Membres de la HAS). Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Septembre 2017.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir\\_la\\_dependance\\_iatrogene\\_liee\\_a\\_lhospitalisation\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees\\_-\\_note\\_methodologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_note_methodologique.pdf)
11. Covinsky K., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness : increased vulnerability with age. Journal of the American geriatrics society, 51, 451 – 526
12. Bataillon R, Varroud-Vial M, Maréchaux F (Membres de la HAS). Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Note méthodologique et de synthèse documentaire. Juin 2013.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe\\_methodo\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf)
13. Protection P, Act AC. Authenticated U.S. government information - GPO - Prohibiting discrimination against individual participants and beneficiaries based on health status - Public Law 111–148 - Mars 23, 2010.
14. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. N Z Med J Online. 2009;122(1289).
15. Fauconnier A, Solomiac A, Poulain X, Townsend A, Dozol A (Membres du DGOS - Direction Générale de l'Offre de Soins). Les réhospitalisations à 30 jours (RH30). Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des différents résultats. Mars 2018.

[https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf\\_-\\_rh30\\_-\\_2018\\_03\\_20.pdf](https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf)

16. Maslow K, Ouslander JG. Measurement of potentially preventable hospitalizations. Long-Term Quality Alliance. White paper. February 2012.  
[https://pathway-interact.com/wp-content/uploads/2017/04/LTQA-PreventableHospitalizations\\_021512\\_2.pdf](https://pathway-interact.com/wp-content/uploads/2017/04/LTQA-PreventableHospitalizations_021512_2.pdf)
17. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17(3):186-92. PubMed PMID : PMC1495026.
18. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. juill 2008;37(4):416-22.
19. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56:M146-M56.
20. Rockwood K, Mitnitski A: Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 722-7 17.
21. Rockwood K, Abeysondera MJ, Mitnitski A: How should we grade frailty in nursing home patients? *J Am Med Dir Assoc*. 2007 Nov;8(9):595-603. Epub 2007 Oct 22.
22. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. mars 2013;381(9868):752-62.
23. Graf CE et al. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2011 Aug;23(4):244-54.
24. Bouget J (Président de la Conférence). Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 10e Conférence de Consensus; 5 octobre 2013; Strasbourg. Recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence).  
[https://www.sfm.org/upload/consensus/pa\\_urgs\\_court.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_court.pdf)
25. Rodde-Dunet M-H, Biga J (Membres de la HAS). Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport. Mai 2015.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/rapport\\_evaluation\\_art\\_70\\_perte\\_autonomie\\_2015-07-16\\_12-17-35\\_601.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/rapport_evaluation_art_70_perte_autonomie_2015-07-16_12-17-35_601.pdf)

26. Lejeune C, auteur. Manuel d'analyse qualitative. 2<sup>ème</sup> édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. 2014.
27. Graf, C.E., Giannelli, S.V., Herrmann, F.R., Sarasin, F.P., Michel, J.-P., Zekry, D. and Chevalley, T. (2012), Can We Improve the Detection of Old Patients at Higher Risk for Readmission After An Emergency Department Visit?. *J Am Geriatr Soc*, 60: 1372-1373. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04026.x
28. Meldon SW, Mion LC, Palmer RM et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10:224–232.
29. Cousins G et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med* 2013 Mar 18. [Epub ahead of print]
30. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Oct; 47(10):1229–37.
31. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med*. 2000 Nov;36(5):438–45.
32. Bataillon R, Varroud-Vial M, Maréchaux F (Membre de la HAS). Comment repérer la fragilité en ambulatoire ? Note méthodologique et de synthèse documentaire. Juin 2013.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe\\_methodologique\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodologique_fragilite_vf.pdf)
33. Barthe J-F, Clement S, Drulhe M. Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Viell Mourir À Rech Significations*. 1990;(23/63):35–46.
34. Désesquelles A, Brouard N. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*. 2003;58(2):201.

35. Balard F, Somme D. Les fragilités vécues et ressenties par les personnes âgées. Cah Année Gérontologique. 2011 Nov 3;3(S1):39–42.
36. Alberola E, Lautié S, Pons J. La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations. Étude qualitative pour la Médiatrice de Paris. Cent Rech Pour L'Étude L'Observation Cond Vie CREDOC. 2010 Août;44.
37. Cario C, et al. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. la revue du praticien, 2010 ( 60 ) 24-28.
38. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2013;11(1):21-31.
39. Riolacci N, Varroud-Vial M, Blondet E (Membres de la HAS). Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Note méthodologique et de synthèse documentaire. Décembre 2013.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/note\\_methologique\\_fps\\_prise\\_en\\_charge\\_paf\\_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf)
40. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E, Le Reste JY. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». Exercer. 2011;95:16-20.
41. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. BMC Health Serv Res 2014;14:423.
42. Rytter L. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2010;28:146-153.
43. Bleijenberg N, de Jonge A, Brand MP, O'Flynn C, Schuurmans MJ, de Wit NJ. [Implementation of a proactive integrated primary care program for frail older people: from science to evidence-based practice]. Tijdschr Gerontol Geriatr. déc 2016;47(6):234-48.
44. Kamienski P. Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais: synthèse des enjeux régionaux. Thèse de Doctorat d'Université. Médecine. Lille: Université Lille 2. 2014.
45. Hubert, G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville hôpital. Thèse de Doctorat d'Université. Médecine. Paris: Université Paris 13 - Nord. 2006.

46. Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inf.* 2010 Mar 1;79(3):167–72.
47. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademant P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012 Sep 18;157(6):417–28.

# Annexes

## Annexe 1 : Grille TAGRAVPA (Tableau d'Aide et Grille de Repérage d'Aggravation des Personnes Âgées de 75 ans et plus hospitalisées)

**TABLEAU D'AIDE ET GRILLE DE REPERAGE D'AGGRAVATION  
DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS HOSPITALISEES <sup>1</sup>  
A REALISER DANS LES 24 HEURES**

Patient à exclure du repérage (ne pas remplir la grille) en cas de :

Patient ininterrogeable     Grabataire à domicile     Pronostic engagé

Comorbidités (pathologies chroniques  $\geq$  3) :  oui     non

| DEPUIS TROIS MOIS VOTRE PATIENT :   | O | N | NSP |
|---|---|---|-----|
| 1/ A-t-il plus de 5 médicaments par jour?   |   |   |     |
| 2/ A-t-il été hospitalisé récemment ? (<30 j SAU ou <3 mois pour une hospitalisation)   |   |   |     |
| 3/ Nécessite-t-il une ou des aides pour au moins 1 des activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, continence, préparation des repas) ? |   |   |     |
| 4/ Présente-t-il des problèmes de mémoire ?   |   |   |     |
| 5/ Présente-t-il des difficultés à la marche, aux transferts assis/debout, ou a-t-il chuté récemment ?  |   |   |     |
| 6/ A-t-il perdu du poids involontairement ?   |   |   |     |
| 7/ Se sent-il plus fatigué ?  |   |   |     |
| 8/ Présente-t-il une vitesse de marche ralentie et/ou instable ?  |   |   |     |
| 9/ Est-il isolé ?   |   |   |     |
| <b>Nombre de réponses positives à la grille : ...../9</b>   |   |   |     |



## **Annexe 2 : Recommandations gériatriques générales envoyées aux médecins généralistes**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – HÔPITAL NORD



|  |
|--|
| <p><b>Equipe Mobile de Gériatrie</b></p> <p><b>Service du Pr VILLANI</b></p> <p>Géiatre : Dr Géraldine DELALANDE<br/>Cadre de santé : Mme Chantal Déchanoz<br/>04.91.96.45.55</p> <p><b>Service d'accueil des Urgences Hôpital Nord</b></p> <p><b>Service du Pr ROCH</b></p> |
|--|

Chère Consœur, cher Confrère,

Mme / Mr ... a été repéré(e) à risque de réhospitalisation précoce le ...

En l'absence d'évaluation gériatrique réalisée lors du passage aux urgences de votre patient(e) le ..., nous attirons votre attention sur les points suivants :

- **Polymédication (plus de 5 médicaments par jour)**
- **Mise en place d'aides à domicile pour les activités de la vie quotidienne (IDE, AM) selon ses besoins**
- **Prévention des troubles de la marche (aides techniques, kinésithérapie) et du risque de chutes**
- **Suivi de l'état nutritionnel (surveillance mensuelle du poids, albuminémie et adaptation en fonction)**
- **Isolement (télé alarme, augmentation du passage IDE)**
- **Vérifier l'absence de dépression sous-jacente**
- **Consultation mémoire avec un neurologue ou un gériatre**

Vous pouvez adresser votre patiente en consultation gériatrique si vous le souhaitez.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Confraternellement.

### **Annexe 3 : Guide d'entretien à destinée des médecins généralistes**

*Introduction : Bonjour, nous sommes deux médecins généralistes remplaçants et nous effectuons notre thèse sur le parcours de soins du sujet âgé des urgences à la médecine de ville, et plus particulièrement sur le repérage et le suivi des patients à risque de réhospitalisation précoce.*

*La HAS définit une réhospitalisation précoce comme une hospitalisation non programmée survenant dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation ou après passage aux urgences.*

*Dans le cadre du parcours de soins du sujet âgé des urgences à la médecine de ville, nous avons utilisé aux urgences une grille rapide en 9 questions pour repérer les patients âgés à risque de réadmission précoce.*

*Certains de vos patients ont été repérés à haut risque, c'est à dire ayant un score supérieur ou égal à 4.*

*Certains de ceux qui n'ont pas été hospitalisés, ont bénéficié d'une évaluation gériatrique et/ou de recommandations écrites qui vous ont été envoyées.*

*L'objectif de ces recommandations est de corriger les facteurs de risque de réhospitalisation précoce.*

*Nous souhaitons obtenir le point de vue des médecins généralistes sur le repérage et le suivi des patients à risque de réhospitalisation précoce.*

1. Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?

*Relance : Avec les urgences, pendant ou après hospitalisation*

*transmission des informations, moyens de communication*

2. Quelles sont vos représentations des patients à risque de réhospitalisation précoce ? pathologies, contexte...

3. Comment les identifiez-vous ? *scores, échelles ...*

4. Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille TAGRAVPA puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?

*Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?*

5. Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?

*Consultation ou visite à domicile systématique*

6. Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? *ce n'est pas le courrier des urgences ni de sortie d'hospitalisation. Comme le courrier que nous vous avons envoyé ...*

- *le délai*
- *le mode d'envoi*

7. En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?

*Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas pu les appliquer ?*

8. Que pensez-vous du fait de recevoir une alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? *Par rapport à l'envoi postal ?*

*Une plateforme disponible en ligne et accessible via son adresse email pour consulter les courriers émis de l'hôpital concernant ses patients*

*Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...*

*Quelques questions vous concernant...*

9. Êtes-vous ?

Un homme / Une femme

10. Votre mode d'installation :

Libéral / Hospitalier / Mixte

11. Avez-vous une boîte mail sécurisée pour recevoir les courriers de vos patients ?

12. Où exercez-vous ?

Urbain / Rural / Semi rural

13. Depuis combien de temps exercez-vous ?

Moins de 5 ans / Entre 5 et 10 ans / Entre 10 et 20 ans / Plus de 20 ans

## **Annexe 4 : Plan de l'analyse qualitative**

### **1. Représentations par le médecin généraliste du patient à risque de réhospitalisation précoce**

#### **Un profil médical fataliste**

- Profil polypathologique et polymédicamenté (MG1, 3, 4, 7, 9)
- Pathologie chronique instable (MG1, 5, 6, 9)

#### **Une dépendance socio-environnementale (MG1, 5, 6, 9)**

- Isolement social (MG6, 9)
- Isolement géographique (MG5)

#### **Conséquences d'une prise en charge au SAU négligée**

- Banalisation des symptômes liés à l'âge (MG2)
- Manque de considération de la personne âgée (MG2)

#### **Un manque d'implication du patient**

- Un risque ignoré par le patient (MG3, 5, 6, 7)
- Manque d'adhésion thérapeutique (MG3, 5, 6)

### **2. Repérage par le médecin généraliste des patients à risque de réhospitalisation précoce**

#### **Un repérage clinique et instinctif**

- Connaissance des patients (MG5, 9, 10)
- Un regard clinique (MG1, 6, 7)
- Une décision d'hospitalisation instinctive (MG1, 4, 8, 10)

#### **TAGRAVPA, un outil discuté en médecine générale**

- Excès de scores chronophages (MG4, 6)
- Des critères évidents et déjà pratiqués (MG4, 6, 8)
- Intérêt pour les jeunes médecins inexpérimentés (MG6, 8)
- Aide pour améliorer la prise en charge sociale (MG5, 6)

### **3. Suivi de la personne âgée à risque de réhospitalisation précoce par le médecin généraliste**

#### **Un suivi rapproché et adaptatif**

- Un accès prioritaire (MG5, 7)
- Un suivi rigoureux mais au cas par cas (MG1, 3, 4, 5, 7)

#### **Intérêt d'une VAD systématique discutée**

- Connaissance de l'environnement du patient (MG6)
- Isolement géographique, une barrière à la VAD (MG5, 7)

#### **Référents alertes et présents à domicile**

- Place privilégiée de l'infirmière à domicile (MG2, 6, 8)
- La kinésithérapie au domicile, un accès difficile (MG2, 5, 8)

#### **4. Une Médecine de ville insuffisante**

##### **L'impuissance du médecin généraliste face à la polymédication**

- Polymédication, conséquence du patient âgé à risque d'hospitalisation (MG6, 9)
- Sentiment d'obligation de renouveler une polymédication contestée (MG3, 6)
- Exigence des patients (MG6, 8, 10)

##### **Un besoin de compétences hospitalières**

- Examens paracliniques difficiles d'accès en ville (MG7)
- Prise en charge sociale insuffisante en ville (MG6, 7)
- Pratiques limitées par la législation (MG10)

##### **Une hospitalisation programmée impossible**

- Les urgences, porte d'entrée inévitable de l'hôpital (MG2, 10)
- La personne âgée, patiente non désirée à l'hôpital (MG2, 10)
- Recours aux établissements privés (MG4)

#### **5. Le fossé entre la médecine de ville et l'hôpital**

##### **Clivage médecine de ville hôpital**

- Une relation inexistante (MG2, 7)
- Opposition médecine de terrain / médecine universitaire (MG8)

##### **Nostalgie d'une confraternité révolue (MG8)**

##### **La médecine générale, une pratique méconnue (MG10)**

##### **Compréhensif des difficultés de l'hôpital**

- Surcharge des urgences (MG3, 7)

##### **Sortir de l'isolement**

- Une communication unidirectionnelle (MG3, 5, 8)
- Une information sélective (MG6)

#### **6. Nécessité d'une information précoce pour un suivi efficace**

##### **Un courrier d'hospitalisation tardif inutile**

- Une perte de chance pour le patient (MG2, 3, 4, 7, 9)
- Volonté d'un courrier plus synthétique (MG7)

##### **Intérêt d'un courrier "alerte" discuté**

- Prise en considération du risque d'hospitalisation( MG8)
- Créatrice de lien avec l'EMG (MG4)
- Une information directive(MG1, 6, 8)
- Des recommandations gériatriques déjà pratiquées (MG3, 4, 6, 9)
- Indissociable du compte rendu d'hospitalisation (MG5, 6)

##### **Le Patient messenger malgré lui**

- Le patient, un intermédiaire de l'information (MG2, 3, 7)
- Un support disponible à domicile (MG6)

##### **Volonté d'un interlocuteur direct**

- Le téléphone, un outil privilégié mais difficile d'accès (MG1, 4, 7)

- Nécessité d'une ligne d'accès directe (MG8)
- Une rencontre directe facilite l'échange

### **7. Place de l'informatique discutée**

- Le mail, une transmission rapide mais inhumaine de l'information (MG1, 4, 6, 8, 9)
- La plateforme, un outil pour une information immédiate et multidisciplinaire (MG5, 8)

## **Annexe 5 : Entretien avec les médecins généralistes**

*E : Enquêtrice      I : Interviewé(e)*

### **Entretien MG1**

**E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Pour ce type de pathologie, oui je reçois des courriers explicites. Je reçois mieux que des courriers, je reçois un coup de fil, alors je ne sais pas si c'est une infirmière ou un médecin ou une administrative. En gros, quand vous avez un patient qui va sortir, il va falloir que vous vous en occupiez avec le carnet de suivi. Par exemple, j'en ai deux qui ont eu des problèmes d'insuffisance cardiaque grave, et donc j'ai été amené à les suivre une fois par semaine à leur retour d'hospitalisation. Il était déjà rentré une première fois, et il ne voulait pas y aller, il y est retourné une deuxième fois. J'ai appelé directement Paganelli en lui disant 'reprenez moi-le'.*

**E : Quelles sont vos représentations des patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Ben, (hésitation) comment ça, (hésitation).. Oui, c'est en fonction de la pathologie pour laquelle on l'a déjà fait rentrer. C'est souvent des problèmes cardiaques à suivre, et effectivement vu l'âge. J'ai une dame aujourd'hui que j'ai sorti de l'hôpital, elle se tordait de douleurs et avait déjà été rentré deux ou trois fois à l'hôpital pour des douleurs abdominales; et ce jour-là je me suis dit elle est en train de faire peut être une occlusion. En fait finalement, je leur ai dit gardez la et faites-lui un scanner, ils ont fait un scanner en urgence et ils se sont aperçus qu'elle avait une ischémie mésentérique majeure sur la plupart des troncs. Elle va sûrement y retourner un de ces quatre mais le problème c'est qu'on ne pourra rien y faire malheureusement, on l'a juste mise sous plavix.*

**E : Comment les identifiez-vous ? clinique, scores, échelles**

*I : Oui ça devrait exister mais j'en utilise pas des échelles. C'est à la clinique qu'on se dit celle-là, elle va mal tourner ou il va peut-être falloir la revoir de plus près.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : (en lisant la grille) Oui plus de 5 médicaments, elle oui (en parlant de sa patiente concernée par le courrier). A partir de 5 médicaments on sait plus trop, y'en a qui en ont 10-15.*

**E : Vous pensez que ça peut influencer pour l'hospitalisation ?**

*I : Moi j'ai une mamie que je fais suivre à domicile, habillage toilette tout ça, on s'occupe d'elle et elle n'a pas été hospitalisée depuis longtemps. Ce n'est pas forcément un critère, enfin je ne sais pas.*

*Oui, le critère chute c'est important. Le critère se sent-il plus fatigué, oui il faut écouter les malades. Oui oui, ce sont des bons critères.*



**E : Et vous pensez que ça pourrait être appliqué en cabinet pour aider à repérer ces patients ?**

*I : (hésitation) Ben, oui on peut l'appliquer. Et après, le score ça fait quoi ?*

**E : Et pour la décision d'orientation, pour hospitaliser ou non ?**

*I : Non, moi j'hésite pas souvent pour hospitaliser. Dès que je sens que ça commence à foirer, surtout quand on les connaît depuis longtemps les gens, on se dit tiens il y'a quelque chose qui va moins bien.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Je les vois systématiquement au moins une fois par mois, à priori, c'est souvent en visite plutôt qu'en consultation. Si je n'ai pas hospitalisé et que je sens que ça va pas, je fais raccourcir le délai de visite oui.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? ce n'est pas le courrier des urgences ni de sortie d'hospitalisation. Comme le courrier que nous vous avons envoyé ...**

*I : Je ne me souviens pas avoir reçu ce courrier... Oui pourquoi pas, alors bien sûr, c'est utile, si je l'ai reçu c'est que c'est utile (rires). C'est un petit peu directif mais oui pourquoi pas. Ce n'est pas vexant.*

**E : Le délai ?**

*I : Ben oui, le 10, si elle est restée jusqu'au 20 j'en sais rien, il faudrait que au plus tard le 30 on ai reçu un courrier. Ce n'est pas le cas souvent de l'hôpital.*

**E : Le mode d'envoi ?**

*I : Ce serait peut être plus rapide par mail, ce serait bien par mail parce que là ce serait vraiment rapide.*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : C'est ce que je vous dis, ça fait un peu directif, donc j'aime pas qu'on m'impose ou qu'on me dise quoi faire. Je suppose que ce n'est jamais la même chose qui est écrite, c'est adapté en fonction du patient. Ben parce que dépression, elle a surement un anti dépresseur. (en regardant le traitement de sa patiente ) Là ils sont tous indispensable ses traitements.*

**E : Que pensez-vous de l'utilisation d'une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ?**

*I : Il existe déjà un système de courrier sécurisé, ça s'appelle Zimbra Mailiz. Je reçois de l'hôpital. Je note mon numéro d'accès à ma carte CPS et j'ai des courriers de la DGS, du laboratoire et de l'hôpital.*

*Mais oui pourquoi pas bien sûr, parce qu'il ne faudrait pas qu'on ai 40 plateformes différentes. Si celle-là, elle peut être mise en place par eux. L'hôpital pourrait se pencher dessus, ce serait pratique.*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Non par contre sur les histoires d'insuffisance cardiaque, le patient dont je vous parlais qui a 78 ans, deux fois il est rentré pour ça, deux fois chez Paganelli, il ressort à chaque fois avec un petit carnet, avec la consultation du généraliste obligatoire une fois par semaine pendant deux mois après l'hospitalisation. Moi j'écris, le cardiologue de ville aussi et l'infirmier qui est en soins avec lui. C'est bien pratique.*

## **Entretien MG2**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : C'est compliqué comme question... On n'a pas de relations avec l'hôpital en vérité. Il y a zéro relation, c'est deux mondes à part. C'est un profil particulier la personne âgée, l'hôpital n'en veut pas. Ça semble être une charge pour l'hôpital. Mon associé disait « quand j'envoie une personne comme ça, dans l'heure qui suit je ne réponds pas au téléphone, parce que classiquement, l'interne dit : "allo docteur, votre patiente n'a rien, elle est âgée donc on vous la renvoie à la maison".*

### **E : Au niveau des moyens de communication ?**

*I : On communique de temps en temps. Ils nous rappellent pour nous dire qu'ils en veulent plus. Si on savait qui nous appelle, on ne répondrait pas.*

*En revanche, si cette même personne âgée se casse le col du fémur, tout le monde veut lui sauter dessus parce que, ça, c'est intéressant c'est un col du fémur. Un infarctus, un col du fémur, une pancréatite, c'est un acte médical et ça intéresse les médecins. Une personne qui rentre malheureuse et pas en forme, ça ils s'en foutent. Ce que je comprends mais nous on est très embêté avec ces patients en médecine.*

### **E : Comment êtes vous informé de la sortie d'hospitalisation de vos patients ?**

*I : Il y a le retour standard par la poste, qu'on reçoit parfois très longtemps après donc ils perdent beaucoup de leur utilité et il y a ceux qui sont amenés par les patients, lors de leur passage aux Urgences, donc ça c'est utile car on a une réflexion immédiate de la situation, ça c'est bien. Le courrier tardif est tellement tardif qu'il ne sert plus à rien.*

### **E : Dans quel délais ?**

*I : Le délais idéal de réception de courrier serait de 15 jours, parfois je reçois trois mois après. Trois mois après, ça perd de son utilité.*

### **E : Qu'est-ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : C'est un patient qu'on n'arrive pas à maîtriser à domicile d'une part. D'autre part, c'est un patient qui n'a pas été pris en considération à la première hospitalisation, la fameuse hospitalisation qui fait l'espace avec la deuxième. Quand on envoie un patient qui n'est pas bien c'est en espérant qu'il soit mieux en sortant. S'il n'est pas mieux, il y a de fortes chances qu'il y retourne. C'est le cas de Mme Giani à qui on lui a dit "vous n'avez rien, vous rentrez à la maison". Ca n'a pas loupé, une semaine après, elle y est retournée. Si elle n'est pas prise en charge au départ, forcément elle risque de repartir.*

### **E : Comment les identifiez-vous ? Utilisez vous des scores ou échelles ?**

*I : Pas de scores, pas d'échelle, c'est le doigt mouillé ! Les patients qui sont appelés à être réhospitalisés, c'est aussi parce qu'ils sont en fin de vie parfois comme Mme G que je suis depuis longtemps. Mme G. patiente psychiatrique, j'avais des difficultés car je n'avais pas de contact familiaux. Là je les ai pris. Elle refusait toute hospitalisation elle délirait. Elle était en rupture de traitement neuroleptique. J'ai essayé d'en introduire un qu'elle n'a pas apprécié, elle arrêta spontanément. Ca a tenu comme ça pendant quelque temps, puis à un moment ça a craqué elle a refait une rechute de psychose. Mais elle a eu une fracture du bassin qui est passée inaperçue lors de son hospitalisation. C'était mieux qu'ils s'en aperçoivent*

*(sourire en coin)...*

*Dans les deux cas, la première n'a pas été prise en considération. Ils ont considéré qu'elle était trop âgée. D'autre part, Mme G. elle était délirante et elle avait une fracture. Elle avait mal, donc à la maison ce n'était plus tenable.*

*La faute vient de l'hôpital, s'ils avaient vu la fracture, ça aurait été mieux.*

*Nous, comme médecins, quand on voit les malades, on est dans la routine. Donc il faut nous secouer. Donc c'est bien quand il y a la famille pour les personnes comme ça qui disent au docteur « bon vous êtes gentils mais il faut s'en occuper. » On a tendance à les négliger. Et la difficulté pour nous c'est de séparer les gens graves des gens de routine. C'est sur que la facilité c'est la routine mais il faut essayer d'éviter ça.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Nous on le sait que nos patients sont à risque. Chez nous c'est instinctif. L'inconvénient c'est qu'on ne le fait pas et qu'on ne pense pas forcément à le faire. Instinctivement on le fait de nous même.*

*(En lisant la grille) Plus de cinq médicaments : On sait bien que les gens qui ont plus de cinq médicaments, ils sont plus à risque. S'ils en ont beaucoup c'est qu'ils ont un souci.*

*(acquiesçant) Évidemment...*

*Je ne sais pas (dubitatif)... C'est bien mais voila...*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Non nous on le sent. J'ai des patients qui sont dans ce cadre-là, quand ils réunissent tous les item, évidemment c'est qu'il y a un souci. Quelqu'un qui prend beaucoup de médicaments, qui est diabétique, qui perd la tête et qui maigrit beaucoup, on se pose des questions.*

*La difficulté pour nous c'est pas tellement de savoir s'il faut les hospitaliser c'est de savoir où on va les envoyer et comme notre seule porte d'entrée c'est les urgences. Vous savez comment ça se passe, vous téléphonez en endocrinologie : "Mr untel a un diabète déséquilibré quand est ce que vous pouvez nous le prendre ? On est au mois de mars, il n'y a pas de soucis au mois de juin on le prend ! " C'est comme ça que ça se passe. On nous dit "s'il est pas bien vous passez par les urgences." Et vous savez bien que même si la personne justifie un passage dans un service particulier, on vous dit toujours, passez par les Urgences. Donc l'entorse de la cheville et l'infarctus vont tous passé par les Urgences. Et la personne âgée pour qui on aimerait avoir une hospitalisation, autant vous dire que c'est mon rôle...Par exemple, les gens qui ont beaucoup de remèdes. Par exemple, j'ai des gens qui ont 30 médicaments. On aimerait qu'ils rentrent dans un service de médecine pour élaguer le traitement. On va dire que c'est impossible. Ça n'existe pas. Un service qui reçoit les gens en leur disant je souhaiterais que vous remettiez un petit peu les choses à plat. Et ça nous fait d'autant plus râler que c'est ce genre de patients qui vont passer par les urgences. On va leur dire : " vous ressortez parce que vous n'avez rien" et 15 jours après ils vont entrer parce qu'ils ont eu un pépin et puis voilà...*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Madame G., les enfants ont été prévenu qu'il y avait un soucis et ils habitent avec elle maintenant.*

*Mme G., j'ai les coordonnées de la famille, si j'ai un souci je fais appel à eux. C'est plus important d'avoir une tierce personne intellectuellement présente plutôt que de faire appel à un service particulier. Avoir un référent c'est l'essentiel. Bien sûr essayer de mettre en place un kiné ou une infirmière pas tellement pour des soins mais pour qu'il y ait une présence pour que quelqu'un vienne taper à la porte et qu'on me dise si y a un soucis ou pas. Les gens qui sont à peu bien intellectuellement je leur dis, : "je fais ça pour qu'il y ait quelqu'un." Le kiné va pas rester deux heures mais il va vous demander comment ça va, pareil pour l'infirmière quand i y a deux remèdes à donner, elle peut très bien le prendre toute seule, par contre si elle est pas bien, si elle a de la fièvre, de la diarrhée, si elle mange pas, il y a quelqu'un qui va m'alerter. Mettre des alertes, une personne alerte.*

**E : Vous les voyez plutôt au domicile ou au cabinet ?**

*I : Ce genre de patients, on les voit à domicile.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? ce n'est pas le courrier des urgences ni de sortie d'hospitalisation. Comme le courrier que nous vous avons envoyé ...**

*I : (en lisant le courrier) :*

*La surveillance mensuelle du poids, ça j'essaie de le dire que ce soit pour les cardiaques quand ils prennent du poids...*

*Albumine je le fais assez régulièrement.*

*Consultation mémoire je les envoie à la Timone*

*Concernant les téléalarmes, ce serait bien qu'il y ait une information plus pratique. De temps en temps, j'envoie les coordonnées des gerontonord, ils s'occupent des personnes âgées, ils viennent les voir à domicile, si y a des besoins particuliers. De temps en temps je fais appel à eux. Mais ce serait bien qu'ils aient des trucs plus concrets : tel organisme avec les coordonnées. Le patient ne va pas appeler soit parce qu'elle n'a pas envie soit parce qu'elle est pas capable, Certains appellent mais c'est rare et, c'est souvent la famille qui s'en occupe. Moi j'en fais pas assez des téléalarmes mais je dis aux gens « renseignez-vous à la mairie, l'assistante sociale du quartier... »*

**E: En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Aucune difficulté. Pour les infirmières, ce sont des gens qui sont en libéral. Tous ceux du quartier je les connais plus ou moins.*

*Le kiné, la difficulté c'est qu'il y en a très peu qui se déplacent au domicile.*

**E : Que pensez-vous de l'utilisation d'une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : J'ai une adresse sécurisée dont je ne me sers pas. Les quelques fois ou je suis allée me connecter avec mon adresse sécurisée c'est la sécu qui m'a imposé ça. Elle m'a en envoyé un code par sms pour ouvrir la messagerie, c'est un peu pénible.*

*Certains collègues m'ont dit de m'inscrire à what s app ce que j'ai fait mais je n'en vois pas l'utilité. Je reçois des mails sécurisés.*

**E : Par rapport au courrier postal ?**

*I : Le courrier papier je le lis !*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Non*

## **Entretien MG3**

**E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ? Pendant l'hospitalisation de vos patients ?**

*I : Pendant l'hospitalisation, en général, l'hôpital m'appelle pour connaître le traitement en cours et c'est tout.*

**E : A la sortie d'hospitalisation, au niveau des moyens de transmission ?**

*I : A la sortie d'hospitalisation, ils nous envoient un courrier comme celui-ci et c'est tout. Pour les urgences, c'est moi qui appelle la plupart du temps car ils sortent des urgences sans aucun compte rendu. Le patient me dit « j'ai un arrachement osseux au niveau des coudes. Vous avez les radios ? Ah non...La clinique de Marignane ou un autre hôpital les a gardés. » J'appelle les urgences : « ah le Monsieur n'est pas revenu 48h après pour le récupérer. Mais au moins, faites-moi un courrier, quelque chose. Il me parle d'un arrachement osseux. Ah bah....on ne lui a pas fait. » Et ils me lisent vite fait le courrier qu'ils ont écrit. Je ne tombe pas toujours sur le même médecin qui a vu le patient.*

**E : Dans quel délai recevez vous habituellement les CRH ?**

*I : Les courriers d'hospitalisation, je les reçois au moins un mois et demi après la sortie. Un mois minimum ! Les secrétaires sont très occupées.*

*La transmission des informations se fait par courrier. Et parfois le patient a le double du courrier car on leur donne à la sortie de l'hôpital. Donc, je m'oriente avec le double que possède le patient s'il pense à me le porter.*

**E : Qu'est ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : S'il a une polyopathie. Si cette polyopathie date de plusieurs années ou si elle est récente. Après, ça dépend aussi de son train de vie. Si c'est un patient qui est à risque d'AVC avec un traitement contre la tension, un traitement contre le cholestérol et que le patient continue de manger, qu'il pèse 120 kg, il boit ...C'est clair qu'il aura plus de risques que vous qui avez 40 kg. (rires)*

**E : Comment les identifiez-vous ?**

*I : Déjà quand vous les voyez... (rires), quand vous voyez un patient pour le diabète ou pour le cholestérol et vous lui dites : « il faudrait perdre quelques kilos. » La fois d'après, ils n'en a pas perdu, il en a pris. C'est clair que c'est un patient à risque d'un point de vue diabétique ou ...Après vous avez la prise de sang qui parle d'elle-même parce que dans les prises de sang, vous avez les antécédents. C'est très intéressant. Vous avez les patients diabétiques qui ont la glycémie à jeun très bonne, même un peu plus basse que celle d'il y a trois mois. En revanche, l'hémoglobine glyquée, est montée d'un point. Donc c'est le genre de patient qui vous dit : « docteur j'ai fait le régime ». Mais vous voyez qu'il a fait le régime deux jours avant de faire la prise de sang parce qu'il savait qu'il allait faire la prise de sang... L'hémoglobine glyquée qui est sur trois mois ne peut pas tricher.*

*Il y a aussi les patients qui ne sont pas sages. Ceux qui n'écoutent pas leur médecin. Beaucoup de patients n'écoutent pas du tout leur médecin. Vous leur dites : « ne buvez pas*

*le pastis car il va vous faire augmenter la tension. Changez, buvez un demi-verre ou un verre de vin le soir pas tous les jours de vin rouge par exemple. C'est mieux pour vos artères. Et, il y a l'épouse qui vient deux mois après pour renouveler son traitement à elle. Je lui dis : « vous avez jeté les bouteilles ? Ah non, docteur, il n'arrête pas le pastis . » Le patient revient : « Alors ce pastis monsieur ? ah ben j'ai renoncé docteur... »*

*Moi j'enguele beaucoup mes patients, je suis assez carré, pas psychorigide mais carré. Je leur dis : « si la fois prochaine vous ne baissez pas votre cholestérol, vous changez de médecin traitant. » Ils savent qu'ils sont coincés car il n'y a pas de médecin aux alentours. Ils ne se rendent pas compte que c'est pour eux que j'agis comme ça.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : (En lisant la grille). Les comorbidités : même quand il y en a seulement que deux, c'est déjà des patients à risque de plusieurs hospitalisations*

*Problèmes de mémoire : (peu convaincue ) moui... il peut avoir Alzheimer...*

**E : Je vois qu'il y a un item ou vous n'êtes pas convaincue ?**

*I : Aides à domicile : Avec le numéro trois je ne suis pas trop d'accord.*

*Vous savez, j'ai des patients qui ont 100 ans mais qui n'ont pas d'autres problèmes, pas d traitement du tout. Donc pour moi c'est pas forcément une condition. Ils peuvent avoir des aides à domicile parce qu'ils ne peuvent plus se laver tout seul. Mais ils peuvent ne pas avoir de traitement.*

**E : Pensez-vous que cette grille puisse être applicable en cabinet ?**

*I : Oui c'est facilement applicable. On a très peu de temps à accorder aux patients. Je ne peux pas me permettre plus de quinze minutes par patient. Mais le lien avec le patient c'est une complicité. Ils aiment bien quand vous leur parlez, quand vous leur demandez des nouvelles de la famille etc....Donc, ils aiment bien participer. C'est ludique.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Non, pas pour l'hospitalisation ce qui vous aide le plus c'est la prise de sang et le dialogue avec la famille, les aidants, fils, fille épouse...ça ça vous aide aussi.*

**E : vous vous appuyez beaucoup sur l'entourage du patient ?**

*I : Les patients ne sont pas toujours très sincères. Donc il faut avoir des référant.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? Les voyez vous systématiquement en sortie d'hospitalisation ?**

*I : Il y a des hôpitaux qui donnent le traitement que pour 7 jours, le patient est donc obligé de revenir me voir pour le renouvellement. Après, tout dépend de son état. Si c'est un patient qui s'est fait hospitalisé pour son troisième pontage, c'est clair que je vais le voir rapidement. Je ne vais pas attendre trois mois pour le voir. C'est en fonction de la gravité de sa polypathologie Si c'est un patient à risque un fumeur. C'est au cas par cas.*

**E : vous les voyez plutôt au cabinet ou au domicile ?**

*I : Ca dépend... Je les vois autant au cabinet qu'à domicile, plus au cabinet. Ça dépend il y*



en a qui ont des facilités à conduire. Ils ont 80 ans même s'ils sont inconscient, ils conduisent. Un jour j'ai dû faire appel au fils d'un patient pour enlever les clés de la voiture. Le papy qui était comme ça, il conduisait encore. Ils ne se rendent pas compte comme nous tous...

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : (en lisant le courrier)*

*Polymédication : il faut savoir qu'une grosse partie est donnée par le cardio. Si vous voyez qu'il y a 5 associations : antidépresseurs, benzodiazépines, pour moi il faudrait envoyer un courrier au spécialiste qui a prescrit le plus de médicaments. Ou s'il y a du brilique avec du kardegic, moi je ne suis pas trop d'accord. Moi je ne suis pas d'accord de les associer mais ce n'est pas moi qui le décide, c'est à la sortie de l'hôpital. A ce moment-là, je demanderais au patient qui est le cardio et j'adresse un courrier au cardio qui a prescrit cinq médicaments. Nous, quelques fois, même si on a envie de changer quelque chose, on ne peut pas toujours. J'ai eu un patient ce matin, on lui a tout changé. Il a cinq médicaments : kardegic, cordarone, brilique... Déjà, nous on ne connaît pas les interactions les uns des autres. Moi, quand je vois que le patient a une anémie 11, je me demande si ce n'est pas tout ça qui crée une fuite d'hémorragie interne. Je ne sais pas. Pour moi, il faudrait que le médecin aux urgences (quoi qu'aux urgences ils n'ont pas trop le temps ) qui voit des packs comme ça, au lieu de dire (ton agacé) « c'est au médecin traitant, c'est au médecin traitant.... » Bah non ! Vous, ça vous choque plus de cinq médicaments, moi aussi !*

*Si moi je dis au patient : « si vous voyez votre cardio, dites lui que moi ça me gêne le brilique avec le kardegic....Ah bon je vais lui dire. “ Mais d'ici qu'il voit le cardio, il va complètement oublier. J'ai même fait des courriers et le patient oublie d'apporter le courrier au spécialiste.. Moi je n'ai pas de secrétaire, j'ai pas le temps de faire des courriers. C'est comme pour le diabète, il y a victoza et abasaglar et ça.. 3 antidiabétiques oraux, on ne peut pas réduire..C'est qui votre endocrino ? Courrier à l'endocrino. Moi ça me choque les cinq médicaments pour baisser le diabète.*

**E : Dans quel délai souhaiteriez vous le recevoir ?**

*I : Dans la semaine qui suit sa sortie ce serait parfait mais malheureusement ça n'arrive jamais ! (rires)*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Pas de soucis pour kiné et infirmière. Je les prescris*

*Par contre la surveillance mensuelle du poids... Pour nous c'est difficile. Ceux qu'on voit à domicile, il faut qu'il y ait une balance, qu'il y ait des piles pour la balance. Pour moi c'est difficile.*

*Téléalarmes : aucun problème. Les familles sont tellement contentes de se débarrasser de tout ce qui concerne les vieux de la famille. Ils vont mettre de suite en place la téléalarme. Avec la téléalarme, ce n'est pas eux qui sont dérangés, c'est les pompiers..Moi je vous parle honnêtement.*

**E : Que pensez-vous de recevoir ce type d'alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ?**

*I : Moi ça m'arrangerait mais je n'aurai pas le temps de les consulter.*

**E : Par rapport à l'envoi postal ?**

**I : *Ah oui, Envoie postal il n'y a pas de soucis.***

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

**I : *Non***

## **Entretien MG4**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Aux urgences, très bien. Ça va parce qu'on a le numéro des Urgences, du coup on arrive à contacter les médecins des Urgences et parce que je suis passé aux Urgences Nord aussi. Du coup je les connais. J'ai le numéro d'accès direct aussi. Du coup c'est plus facile d'avoir accès aux médecins des Urgences. En hospit, on n'a pas de relation parce qu'on arrive à joindre personne.*

### **E : Et lors de la sortie d'hospitalisation de vos patients ?**

*I : Au moment de la sortie, des fois on a des appels mais le plus souvent on n'en a pas.*

### **E : Qu'est-ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : C'est un patient qui a déjà été hospitalisé dans les 6 mois précédant sa sortie d'hospit déjà.*

### **E : Au niveau des pathologies, du contexte ?**

*I : C'est un patient âgé, qui a des polyopathologies polymédiquées.*

### **E : Comment les identifiez-vous ? scores, échelles ...**

*I : A la clinique.*

### **E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Oui c'est toujours utilisable. Le problème c'est qu'on n'a pas le temps de faire ça malheureusement. On n'a pas le temps de scorer tous les patients. Sur un cabinet qui a moins de monde que nous, on pourrait peut-être le faire. Le problème c'est qu'on n'a pas le temps de scorer tous les patients. Le problème, c'est qu'en ville c'est très compliqué d'utiliser les scores. Le scorer pour lui oui car il est à risque de réhospit mais en fait il est insuffisant cardiaque donc on va scorer son score de dyspnée, son score d'insuffisance cardiaque, on va scorer son score de diabète, on va scorer son score de ci. Enfin voilà.*

*Sur l'ensemble des patients qu'on a c'est très compliqué. Après ce sont des items qui sont logiques Après comme on connaît nos patients, à la clinique on sait si de base s'ils sont à risque ou pas d'être réhospitalisé. Après les patients qu'on connaît moins, qu'on suit moins car ce n'est pas nous le médecin traitant, là oui ça peut être intéressant. Sur le suivi quotidien on pourrait le faire mais quand on les connaît finalement ...On sait très bien que ce type de patient qui vient de sortir, on sait très bien qu'il va y retourner.*

### **E : Et pour la décision d'hospitalisation ?**

*I : (hésitation) Oui ça peut, ça pourrait...ce n'est pas que le score n'est pas bien c'est juste que c'est une histoire de temps. Et puis comme je vous le dis, quand le patient vous le connaissez, vous savez quand il est moins bien, quand il est mieux. Après, c'est un peu du feeling mais effectivement quand on les connaît on sait s'ils vont moins bien on sait à quel stade on va ou pas les faire rentrer.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Soit en cabinet soit en visite, ça dépend du patient. Moi je fais pas mal de visite chez le patient âgé qui ne se déplace pas. Moi, je le vois déjà en sortie d'hospit, j'essaie de le voir régulièrement au moins une fois par mois et voir comment ils vont. Après c'est au cas par cas généralement.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? ce n'est pas le courrier des Urgences ni de sortie d'hospitalisation. Comme le courrier que nous vous avons envoyé ...**

*I : C'est très bien, on peut le visualiser très facilement on va dire. C'est une très bonne chose. Ça montre que le patient est pris en charge dans le cadre aussi du gérontoNord. Derrière, on a aussi un support si on besoin qui nous permet de rappeler car le patient est déjà connu et c'est vrai qu'on n'en reçoit pas souvent. En tout cas pour ma part je n'en ai pas reçu beaucoup de la part de l'équipe mobile de gériatrie.*

**E : Le délai ?**

*I : Le plus rapproché soit de la sortie des Urgences soit de la sortie d'hospit parce que quand on reçoit le courrier 3 mois après, on a déjà revu le patient, il a déjà été réhospitalisé il est déjà ressorti et on n'a pas le courrier d'hospit précédent.*

*Et quand ils sont morts on ne reçoit jamais de courrier ! C'est la famille qui nous l'apprend quelques mois après. C'est un courrier d'hospit, un patient qui décède on est censé recevoir un courrier !*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Ce sont des choses qu'on fait déjà. On a plus de problèmes pour les kiné surtout car les plus de 75 ans, les plus de 80 ans sont très souvent à domicile.*

*Et kiné à domicile c'est compliqué. Après tout ce qui est équipe infirmière, il n'y a pas de soucis. Tout ce qui est matériel, on se débrouille très bien. On a le matériel médical sur place, ils livrent, ils se déplacent, pour ça on n'a pas trop de soucis.*

*Après les polymédications je suis sensibilisé donc j'essaie de réduire quand on peut réduire mais des fois c'est compliqué.*

**E : Que pensez-vous de recevoir ce type d'alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : C'est encore mieux ! On a déménagé nous il y a deux ans et je reçois 70 % des courriers de l'AP-HM à mon ancienne adresse donc voilà...J'ai des courriers que je récupère 3 mois après donc je prends connaissance des courriers très longtemps après. Donc en messagerie sécurisée, c'est très bien. On est jeunes, on est tous connectés et du coup ça marche très bien le courrier sécurisé. Là, j'utilise ms santé ou apicrypte.*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

**Commentaire du deuxième médecin présent :**

*Il faut qu'ils arrêtent de nous prendre pour des cons ! On n'a pas besoin de score, d'échelle pour repérer nos patients. Un externe en a besoin, pas nous. On connaît nos patients, on sait qui est à risque de réhospitalisation ou pas.*

*Quand on appel l'hôpital pour programmer une hospitalisation d'un patient qu'on veut retaper, c'est impossible. Pas de place, pas de lits, pas d'infirmière, tel service fermé. On nous dit de passer par les Urgences et bizarrement quand on les envoie aux urgences, ils leur trouvent une place !*

*Alors maintenant quand je veux hospitaliser un patient, je l'envoie en clinique, à la Valentine. Il n'attend pas des heures sur un brancard, il est vite cadré et le médecin m'appelle au moment de sa sortie.*

*Le législateur nous a limité nos pratiques. Avant, il y avait des médicaments intraveineux qu'on pouvait faire nous même au cabinet : valium. Maintenant on ne peut plus, on n'a plus le choix que de les envoyer à l'hôpital pour le faire. En revanche, le patient qui sort de l'hôpital avec de la tazo en ville, ça ne choque personne. (Ironique)*

*Entre l'hôpital et nous, on est censé faire preuve d'entraide. Or ça manque de coordination. Les médecins hospitaliers ne savent pas ce que c'est que la médecine générale. Ils ne connaissent pas les difficultés qu'on rencontre au quotidien.*

*Dans les CRH, ils nous demandent de faire des bilans hyperspécialisés alors qu'eux même ils manquent de moyen. J'envoie des patients aux Urgences pour suspicion de phlébite, ils me disent qu'ils n'ont pas d'échographiste.*

*J'ai des patients qui sortent d'hospit de cardio sans échographie cardiaque. Ils les font revenir en externe pour leur faire une échographie cardiaque, parce que ça fait un acte !*

*Ils programment des consultations mémoire ou autre à la sortie d'hospitalisation mais sans bon de transport ni rien. C'est encore à nous de le faire !*

## **Entretien MG5**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Je suis libéral et je travaille dans un hôpital qui accueille les patients SSR. J'ai une double casquette. A Riez, on est l'émetteur de l'hospitalisation et on est le suiveur d'hospitalisation. On est aussi le médecin généraliste traitant suiveur quand le patient revient chez nous.*

### **E : Comment communiquez vous avec l'hôpital de Manosque?**

*I : Il y a deux systèmes de communication, il y a le téléphone et on reçoit depuis peu un compte rendu systématique par internet, par email de l'hôpital quelque soit les services.*

*Au moment de l'hospitalisation, c'est plutôt nous qui appelons le service.*

*Au moment de la sortie d'hospitalisation, ils nous appellent pas mais on reçoit le compte rendu, sauf si le patient pose problème. Si le patient pose problème selon certains services, ils nous rappellent. : la cardio, la chirurgie car on est en même temps SSR pour la rééducation. Il n'y a pas de caractère systématique sur le fait qu'ils nous rappellent.*

### **E : Et avec le service des Urgences ?**

*I : On a un petit service d'Urgences à Riez et les autres Urgences sont à Manosque. Donc le service d'Urgence de Manosque, souvent ils nous rappellent. Première chose, quand on envoie quelqu'un, avec Pierre on est un peu exceptionnel, on appelle les urgences à 95% en leur disant : "je vous envoie un tel." Ils sont prévenus de leur entrée et on leur donne une gradation d'urgence plus ou moins importante, c'est à dire "celui là tu le vois tout de suite, celui ci c'est une fracture, il peut attendre, une fracture du poignet il peut attendre 3 heures. "Donc, l'infirmière régulatrice souvent on l'appelle. Ensuite les Urgences ils savent que c'est nous, ils nous rappellent, ils ont tous nos téléphones. Et quand le patient retourne à la maison, parfois ils nous rappellent quand ils veulent qu'on fasse un suivi en tant que médecin généraliste ou parfois ils nous rappellent parce qu'ils aimeraient bien le prendre en SSR ou en médecine à l'hôpital de Riez ce qui nous permet nous d'avoir un peu plus de contact avec nos patients. Des fois, ils nous appellent, ils nous disent " écoute, il n'y a pas grand chose, est ce que tu peux le prendre en charge à Riez ?" Si on a de la place... Si on a pas de place et que le patient peut rentrer chez lui, ils nous rappellent en disant " il faudrait quand même passer le voir sous 48h. "*

*Ca se passe plutôt très bien, beaucoup mieux avec Manosque, un petit peu moins bien avec Dignes. On travaille environ les urgences et les hospitalisations : plus de 85% sur Manosque, 5% en direct sur Aix ou Marseille et on doit faire moins de 10% sur Dignes. Le système est moins bien en place parce que : un, on travaille moins avec eux du fait de la proximité géographique même si en terme de kilomètres c'est pareil, la route étant plus difficile pour aller à Dignes, on préfère les envoyer sur Manosque, sauf quand on récupère les gens de la vallée au dessus et que les familles préfèrent qu'on les hospitalise plutôt sur Dignes. Selon les spécialités on les envoie sur Manosque ou sur Dignes.*

*Les chirurgiens, ça se passe plutôt très bien les cardios pas mal, les gastro ça se passe très très bien, les services de soins palliatifs ça se passe extrêmement bien. On fait des soins palliatifs avec eux à domicile mais aussi à l'hôpital de Riez donc forcément ...on est officiellement référent et les urgences aussi car on est avec Pierre correspondant SAMU.*

*Ca se passe plutôt bien globalement, ça ne veut pas dire qu'on ait pas d'emmerdes. Des fois ça marche pas bien parce qu'il y a des cafouillages. Parfois le samu nous dit de passer par Manosque alors que nous on dit "non on veut qu'il aille directement sur Aix ou stroke center", là on peut perdre du temps. Ca dépend beaucoup des interlocuteurs.*

**E : Qu'est ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ? pathologies, contexte...**

*I : Un patient qui a un risque d'être réhospitalisé à 30 jours. J'ai aucun à priori.*

**E : Comment les identifiez-vous ? scores, échelles ...**

*I : On ne les score pas, on les connaît assez bien, et on sait qu'il y a des patients qui vont revenir car ils ont de l'insuffisance cardiaque, parce que BPCO... On a des patients BPCO, hypertendus qui prennent pas leurs médicaments anti-hypertenseurs, ils font sub OAP sur sub OAP sur OAP, donc cela on les connaît ... Hier, j'ai renvoyé à l'hôpital un monsieur qui a 625 mg de furosémide tous les jour car il était en OAP. Le mec qui n'est pas compliant, qui fait ce qu'il veut qui picole, qui mange des saucissons et tout et tout ... La restriction hydro-sodée ce n'est pas une notion qui arrive à son cerveau. Donc oui le polypathologique on le définit comme ça. On ne les score pas parce que ça nous prendrait du temps, c'est juste une question de temps. Après on a des patients parkinson mal équilibré, on a des patients avec beaucoup de problèmes respiratoires ou cardio-respiratoires.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : ( en lisant la grille) Plus de 5 médicaments par jour, c'est un bon critère.*

*Il faudrait définir ce que tu appelles isolé, social ou géographique. Je mettrai aussi isolement géographique. Il y a des mecs qui sont à 40 bornes d'ici. Si t'as pas une grosse voiture comme la mienne avec de bonnes roues, tu n'y passes pas. En milieu rural, il y a l'isolement social et l'isolement géographique.*

**E : Pensez vous qu'elle soit applicable en cabinet ?**

*I : Oui elle est applicable en cabinet. Les gens comme ça on va facilement les scorer à 6 ou 7 en moyenne. Il faut que ce soit très rapide. Mais après qu'est ce que je vais en faire de la grille ? Ca peut être intéressant pour nous de rentrer dans la grille d'évaluation qu'on fait, quand on veut mettre l'infirmière de premier accueil, on a une première grille, le health score on pourrait rajouter ça à la fin.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Ca jouera pas ça, pour aider à l'hospitalisation car nous on les connaît bien et nous on en discute avec Pierre ( associé). Il n y a pas un jour on se parle pas 4 fois ! (rires)*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Ce sont des patients qu'on appelle les VIP, donc ils sont sur une liste spéciale au niveau du secrétariat. Ce sont des VIP. S'ils appellent, ils ont des rendez-vous bcp plus court ou des visites beaucoup plus courtes. La liste est prête. Ce sont des gens qui sont "chaud". Ces gens sont déjà cadrés en tant que chaud. Il sont sur la liste soit pour une durée totale jusqu'au décès soit pour certains, une période critique. En début de chimio, ils ont une*

*aplasie, ce genre de chose. Ils peuvent sortir du tableau de VIP soit par le décès du patient soit parce que sa pathologie va mieux. Surtout pour des aplasies, sur des patients qui font des surinfections, qui sont sous immunothérapie, des gens comme ça, ou des poussées de SEP ....La liste est déjà pré établie. Cette liste là, le secrétaire car nous on a un secrétaire temps plein ce qui est particulier par rapport aux autres cabinets, c'est géré par le secrétaire. Le secrétaire sait que quand ces gens là appellent ils ont rdv dans les 24h ou dans la journée.*

**E : Vous les voyez plutôt au cabinet ou au domicile ?**

*I : On assure des visites qu'on facture pas parce qu'il y a un tarif de facturation pour les gens qui sortent de l'hôpital. Je ne sais jamais le faire, tu gagnes 10 euros de plus. Normalement toute personne qui sort de l'hôpital doit être vu à 1 mois. En pratique, on essaie de les voir soit au cabinet soit à la maison. Ce n'est pas si systématique que ce qu'on devrait par rapport aux recommandations. il y en a certains, il y a des infirmières qui passent souvent donc les infirmières nous font un certain relais.*

*La VAD systématique, c'est faisable mais c'est extrêmement chronophage donc ce n'est pas systématique du tout... Par contre ce qu'on fait beaucoup, c'est qu'on se base énormément sur les infirmières. La téléconsultation avec les infirmières, ça ce sera quelque chose qui marchera très bien. C'est dans un future proche. on attend le nouveau programme pour réussir à le faire systématiquement. Et ça coûtera moins cher à la sécu ! Ca coutera 25 e au lieu de couter 58 euros, prix de la MSH. Je le fais jamais.*

*Le MSH c'est un codage qui permettrait de faire ça en post-hospitalisation. moi je ne le fais jamais parce que je n'arrive pas à le faire. Ma machine ne veut pas le faire et Pierre non plus. Mais on essaie de les voir mais ce n'est pas systématique . Après ça depend de quelle hospitalisation ils sont sorti, si c'est une chimio, une insuffisance cardiaque ..ça dépend de la pathologie. C'est au cas par cas mais c'est clair que les insuffisant cardiaque, les BPCO les chimio de 3eme ou 4eme ligne, on essaie quand même de les voir .. Mais un monsieur de 82 ans qui a une insuffisance respiratoire majeur, tous les 10 jours il est là. Là on y va ! En plus pour aller chez lui, si t'as pas un 4\*4 tu ne rentres pas !*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Oui oui c'est bien, ça me va.*

**E : la voie postale vous convient-elle ?**

*I : Non pas par courrier postal ! Il faut informatiser au maximum. Je reçois 110 mails/ jour, donc ce qui serait intéressant c'est que l'email soit corrélé avec un sms pour nous dire qu'on a reçu un email. Par exemple, la sécu quand elle a accepté une ALD, elle m'envoie un email et en même temps je reçois un sms, je regarde mon téléphone et j'ai toute suite l'info qu'un 100% est passé. Ca c'est intéressant.*

**E : dans quel délai souhaitez vous le recevoir ?**

*I : Le jour même de la sortie.*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Le suivi nutritionnel est fait à l'hôpital car on a une nutritionniste. Par contre, en ville, il y a une nutritionniste mais elle est payante donc les gens qui ont besoin ils ne peuvent pas y*



*aller. Donc le suivi nutritionnel, c'est nous qui le faisons avec l'infirmière. et s'il faut mettre des compléments maintenant avec le renforcement des prescriptions des compléments, c'est un petit peu compliqué mais on continue à le faire. Ce qui est très intéressant, c'est le manque de coordination entre la nutritionniste de l'hôpital et nous. C'est à dire qu'il faudrait qu'on ait le bilan nutritionnel de la nutritionniste qu'on a pas. Ou par exemple, parfois il y a des erreurs, l'autre jour je suis allée à saint laurent du Verdon, ça fait quand même 42 km aller retour pour aller voir un monsieur cancer pulmonaire métastatique, qui est couché, paraplégique, en phase de dénutrition bien sûr, et je lui demande s'il prend des compléments. Il me dit "non je ne les prends pas, ils sentent l'ananas et j'ai des aphtes." Si vous prenez des compléments à l'ananas et que vous avez des aphtes ça ne va pas le faire. J'ai donc repris les compléments alimentaires et les apportais à l'hôpital de riez, ce qui est interdit. Et je lui ai prescrit des compléments lactés vanille plus doux pour la bouche. Là par contre t'es obligé d'intervenir et de recadrer. L'hospitalier lui ont fait l'ordonnance et puis demmerde toi.*

**E : Pas de difficultés pour mettre en place des IDE à domicile ?**

*I : On a la chance d'avoir trois équipes d'infirmières voir quatre qui travaillent assez bien et qui ont le téléphone facile quand elles ont un problème. Certains plus que d'autres...Pas de problème pour le déplacement des infirmières à domicile. Elles ont intérêt...Il y a un manque d'infirmières pour des gens extrêmement caractériels ou elles lâchent au bout d'un mois. Les patients très chiant...Ce qui est important et moi je n'ai aucun problème avec ça c'est quand l'équipe s'épuise avec une personne, ils discutent : "tu veux pas me reprendre un tel". Il y en a certains qui épuisent les infirmiers.*

**E : Et pour le kiné à domicile ?**

*I : Pour le kiné il y a énormément de problèmes pour le domicile : pas assez de kiné pour faire tous les domiciles, la justification des kiné à domicile qui doit être travaillée et l'effectiveness, la réalité du travail, du soins kiné qui ait fait sur le patient. Souvent, le patient dit " il n'est venu que 10 minutes ...il m a fait marcher et il est reparti." Et très souvent on a des conflits avec eux car le travail n'est pas fait correctement. Donc il faut travailler. Certains kiné sont plus consciencieux que d'autres. Certains il faut leur mettre un peu la pression. Prendre un patient et le faire marcher 5 minutes pour moi c'est pas du boulot kiné donc il faut vraiment travailler quitte à revoir la cotation et contrôler plus durement. Je pense qu'aujourd'hui il y a quand même des abus. Je ne peux pas être plus clair. Alors qu'il y a des kinés qui bossent super bien mais ceux là te disent " je ne peux plus je suis à saturation." Pour les téléalarmes, il y a ceux qui ne veulent pas, ceux qui oublient. Des fois on a retrouvé la téléalarme dans la machine à laver, le chien a joué avec la téléalarme. L'installation des téléalarmes c'est les infirmières ou les familles qui font le boulot. D'abord les familles, puis les infirmières. J'ai des patients qui appuient sur la téléalarme et qu'ils ne s'en rendent pas compte, ils regardent la télé à fond.*

**E : Que pensez-vous de recevoir ce type d'alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : Le problème des plateformes sécurisées, c'est qu'il n'en faut qu'une pour tout le monde. La y a la plateforme ARS PACA, il faudrait que cette plateforme fasse tout. Il ne faut pas que ce soit des plateformes privées, ça je suis entièrement contre mais qu'il n'y ait qu'une seule plateforme pour tout. Le problème c'est que j'ai 11 adresses email mais c'est l'enfer. J'ai*

*encore mon adresse aux Nations Unis. J'ai encore mon adresse MSF. Il faut que ça arrive sur une seule plateforme et que la plateforme soit celle de l'ars PACA. Là je me bats avec l'ARS PACA parce que j'ai trois email ARS PACA. Moralité je reçois des email sur une adresse email de l'ARS PACA que je n'arrive pas à consulter.*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Coupler le courrier avec un sms quand le patient sort, ça peut être intéressant. Automatiquement quand le patient sort qu'on reçoive un SMS : "votre patient sort". Le problème c'est qu'on est implanté de coups de téléphone, le sms est plus pratique. Quand le patient sort, la plateforme nous enverrait automatiquement un sms.*

## **Entretien MG6**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : L'hôpital de Riez c'est moi qui fais les sorties ou mon confrère qui fait mes sorties. C'est un continuum normal, il n'y a pas de rupture de prise en charge.*

*L'hôpital de Manosque travaille très très bien car le patient sort toujours avec son courrier de sortie à la main. Nous le recevons par messagerie sécurisée simultanément. Nous avons toujours le courrier en temps opportun. Il sort quasi toujours avec le courrier. Il n'y a que le samedi dimanche qu'on a pas le courrier en temps opportun.*

*Nous avons des relations très privilégiées avec l'hôpital de Manosque du fait de la structure intermédiaire de l'hôpital de Riez et de nos rapports internes qui font beaucoup de passages entre Manosque et nous, ce qui fait que nous avons de structures très fraternelles.*

*C'est très rare quand on a des loupés de communication. c'est exceptionnel. L'hôpital de Manosque joue très bien le jeu. On a à peu près tout en temps réel, ça se passe bien. L'hôpital de Dignes, absolument pas, on a les courriers à J+10 et ça nous manque vraiment. On ne sait pas ce qu'a eu le patient. L'hôpital de Manosque, nos relations sont peut être privilégiées du fait qu'on se connaît physiquement, même s'ils sont tous beaucoup plus jeunes que moi. On se connaît, on se tutoie, il n'y a pas de problème, ça se passe très bien. Dignes, ça se passe assez mal car ils n'ont jamais été foutu de mettre des secretariat !*

### **E : Et avec les Urgences ?**

*I : Même chose quand le patient passe aux urgences, on a le suivi. En général il sort avec sa lettre aussi. Le seul loupé, c'est quand on a un patient qui est hospitalisé sans que l'on soit averti, que le patient oublie de préciser que c'est nous le médecin traitant ou quoi .. En général, sincèrement, avec Manosque améliorer un peu la communication oui on peut mais on ne peut pas beaucoup plus, ils sont déjà à un bon niveau de transmission d'informations. Ce qu'on voudrait et ce que l'on a pas, c'est l'accès à la totalité du dossier. Le directeur actuel de l'hôpital de Manosque qui reprend tous les hôpitaux du département prévoit que l'on ait un code d'accès dédié à un dossier comme pour certains patient de l'IPC. C'est quelque chose qui devrait se mettre en place dans le cadre du suivi et de la coordination des soins ce serait une très bonne chose. Mais à ce moment là, on l'aurait aussi avec Dignes, on aurait le même logiciel pour tout le département . Et même pour l'hôpital de Riez, on serait obligé de changer de logiciel. On passerait au même logiciel. C'était tout prévu pour septembre, je pense qu'on aura minimum 6 mois de retard parce que financièrement ça ne va pas tenir mais c'était prévu pour que tous les hôpitaux du département aient le même logiciel et que petit à petit les médecins praticiens puissent y accéder. C'est un projet qui est quand même dans les tuyaux.. ce n'est pas compliqué à faire. A Marseille, il faut seulement, quand un médecin traitant est identifié, qu'on lui communique par mail ou par sms le code d'accès au dossier du patient lambda. Ce n'est pas compliqué. C'est faisable.*

*Donc on sait quand ces patients en précarité on va les récupérer. Le gros problème de ces patients en précarité quand ils sortent de l'hôpital c'est bien souvent de leur faire accepter le suivi rapproché.*

**E : Qu'est ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ? pathologies, contexte...**

*I : Je ne sais pas si on peut définir un patient à haut risque.. La définition c'est un patient qui risque d'y entrer à nouveau car il va s'aggraver, pas stable. Il est en état précaire et il va basculer dans ses dépendances, dan son état de santé. Je crois qu'on peut le définir comme ça. Après pour nous, quand tu le vois, c'est un patient qui a de multiples facteurs de risque qui peuvent être médicaux, sociaux.*

*L'hospitalisation n'est pas obligatoirement une cause médicale, des fois elle peut être socio-environnementale qui fait qu'elle n'est pas en adéquation avec l'état de santé du patient et ce que l'on peut mettre en place à domicile. Ce n'est pas obligatoirement une raison médicale l'hospitalisation. Alors là, pour moi, on est obligé..on a pas de structures médico-sociales d'urgence, ça n'existe pas.*

**E : Comment les identifiez-vous ? scores, échelles ...**

*I : Je ne me sers pas d'échelle. Est ce qu'il faut mettre des scores ? Est ce qu'il faut mettre des échelles ? Je crois ce que l'on fait le plus en médecine générale, instinctivement on le codifie. C'est la grille agir qu'on fait très facilement à domicile et qui te donne un critère de dépendance mais qui est vraiment très très liée à leur hospitalisation.*

*La personne qui n'a pas de problèmes sociaux à domicile, ça fait déjà fortement chuté les risques de réhospitalisation. S'il est déjà bien pris en charge par l'entourage, la famille, les aides soignant, qu'il a toute sa tête pour téléphoner et qu'il est compréhensif du traitement, ca va deja beaucoup mieux que s'il est non adhérent ...*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Plus de 5 médicaments par jour, alors selon les recommandations internationales, ils devraient avoir moins de 5 médicaments par jour mais ils ont tous une tartine de plus de 20 médicaments ! Je suis bien d'accord la dessus. Ca veut dire qu'on en met trop et qu'il y a un tas d'interaction et surtout un tas d'effet indésirables qu'on ne va pas pouvoir gérer mais c'est tous nos vieux qui sont polymédicamentés, c'est surtout ça le problème.*

*Hospitalisation récente : s'il est déjà hospitalisé plusieurs fois on sait que l'habitude nous fait dire qu'il va replonger ! Une des aides de la vie quotidienne, c'est pour moi très important Les problèmes de mémoire c'est un critère très important : est ce que j'ai pris ou pas mes médicaments ? Tu as beau préparer le pilulier, tu en as qui te prennent tout le pilulier car ils ne souviennent pas qu'ils l'ont deja pris !*

*Vitesse de marche : c'est ce qui est codifié actuellement sur le PSI, le programme de soins infirmiers pour les plus de 90 ans qui remplace le DSI. Les infirmières, avant, remplissaient le DSI. Maintenant elles ont une grille qui est beaucoup plus subtile : combien il fait de pas ? Est ce qu'il tient debout ou pas sur un pied ? Est ce qu'il se lève seul ou pas. Et de suite, ça te donne une idée de grille AGGIR, ça se recoupe. Le gars qui a une grille AGGIR qui est ridicule et qui n'arrive pas à faire les transferts tout seul.*

*On fait des DSI informatiques, on ne les signe plus, ils sont dématérialisés.*

*L'isolement c'est un critère majeur.*

*Est ce que c'est une grille valide ? Une grille il faut qu'elle soit validée par un comité scientifique et tout. C'est pour ça que je dis non. Si on doit effectivement utilisé une grille, soit vous construisez une hyper étude sur la qualité de la grille...Ce qui serait intéressant ce serait de remplir les trois grilles la fois. Il faut qu'il y ait un médecin codeur si ce n'est pas faisable par les urgentistes.*

**E : Pensez vous l'appliquer au cabinet ?**

*I : Entre nous, des grilles nous en avons des stock, on nous propose des grilles pour tout. Je suis peut être trop vieux, peut être que vous les jeunes vous êtes formés différent. Après 30 ans, on les regarde les grilles. Tu te dis oui c'est intéressant, tu l'utilises une fois et puis il y a quelque chose d'autre.....Je ne sais pas si c'est juste ou pas, il y a le coup d'oeil du maquignon ou la pifoumédie. Il y a quand même des critères, quand tu es chez les gens à domicile, quand tu connais ton patient. C'est différent car je le vois en tant que médecin traitant traditionnel ou je vois mes patients de longue depuis des années, je les connais plus ou moins, il y a un continuum, ce qui fait que ça fausse un peu. Il y a des tu sais très bien que ça va marcher, il y en a d'autres ça ne va pas passer. On connaît suffisamment bien nos patients pour le sentir.*

*Peut être que la grille est intéressante, après des scores tu en as ...Tu as des scores pour tout. Tu as des scores pour le risque cardio-vasculaire que la sécurité sociale nous oblige à mettre qui n'a aucun intérêt, aucune utilité qui fait parti de notre objectif de santé publique. On doit codifier le score de risque cardio-vasculaire. A un moment ou nous a demandé de calculer un score pour savoir si on mettait la statine ou pas...*

*Des scores on en a plein. Tu prends les scores ne serait ce qu'en médecine d'urgence : glasgow et apgar, c'est ...(soupir). Tous ces scores te servent surtout quand tu ne sais pas. Je crois que nous les praticiens, on va chercher le score quand on ne sait pas. Il y a des fois ce n'est même pas la peine c'est évident. Le score de glasgow, le patient te parle, tu ne vas pas l'intuber. Il est inconscient, il ne répond pas aux stimuli douloureux, tu vas l'intuber, ou tu te prends la tête avec le glasgow quand il est à 7, 8, le 9, 8, 7, là tu vas des fois un peu chercher ta grille ou est ce que que je suis au niveau du score ? Je l'intube ou pas ? Il est à 4 tu l'intubes, tu ne te poses pas la question . La c'est pareil !*

*Ca peut être un outil pour dire aux services sociaux , "il faut qu'on mette le paquet en aides à domicile".*

*Tu prends l'indicateur isolement, là on peut agir dessus, c'est du social, marche au ralenti ou instable c'est de la kiné, c'est pas du médecin, difficulté à la marche ou transfert, c'est de la kiné ou IDE. Des problèmes de mémoire c'est du social, on a pas de traitement.*

*En fait, tous ce critères la on peut les améliorer quasiment par des interventions non médicales. Si tu prends cette grille là tu peux faire varier ton score en fonction des interventions non médicales, une IDE ou aides ménagères. Ce qui prouve que bien que le social n'est pas dissociable. Le seul facteur ou le médecin peut agir c'est sur le 1.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Oui, si c'est oui de partout tu peux pas la renvoyer chez lui. S'il est isolé s'il peut pas marché, s'il est fatigué, s'il perd du poids, c'est évident...*

*Pour le médecin hospitalier qui ne le connaît pas ça peut être l'objectif, il va pouvoir quantifier quelque chose qui ne sait pas sur des critères objectifs. Le médecin traitant sait qu'il est seul chez lui mais qu'il a le voisin qui est là à côté. Oui il a perdu du poids parce qu'il*

*a une pathologie, on sait le pourquoi de la chose. Oui il a des trous de mémoire mais ça fait 20 ans qu'il en a ! J'en ai une que je vois à domicile, ça fait 20 ans qu'elle ne me reconnaît pas, elle a des troubles de mémoire important, elle est isolée. L'IDE lui dépose les médocs...Tu l'as vois aux urgences tu te dis elle rentre pas chez elle ...sauf que dans Riez..*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Il faut les voir automatiquement soit toi soit l'infirmière. A un moment on avait trop de travail, je mettais l'infirmier tous les jours, ou au moins 2 fois par semaine.*

*Quand il sort d'hospitalisation, même si ce n'est pas prescrit, je rajoute l'infirmier. Il faut qu l'infirmier le voit de suite. Il y a des patients qui reprennent leur ancien traitement... C'est là ou l'infirmier a un vrai rôle de soignant parce qu'il est nos yeux, nos oreilles, nos mains déportées. Il est pas nous, il n'est pas médecin mais il est en contact du patient. L'infirmier qui est bon te dira : "j'ai pris la tension, j'ai fait ci j'ai fait ça, ça va ou ça ne va pas". C'est là ou l'infirmier a un intérêt et c'est là ou il faut mettre l 'infirmier. L'infirmier qui fait la toilette c'est inadmissible ! Il faut la faire faire par les aides soignantes. Là, l'infirmier un rôle à jouer et c'est gratifiant : "on se démerde pour qu'il ne rentre pas à l'hôpital. "*

**E : Vous les voyez plutôt au cabinet ou au domicile ?**

*I : Tous ceux qui peuvent se déplacer, j'essaie plutôt de les faire au cabinet. La VAD c'est bien pour voir l'état de la maison mais si tu le connais déjà ...*

*Mr L. qu'on a encore hospitalisé lundi, ce n'est pas la peine d'aller chez lui, je sais très bien comment il vit. Il est dans un cabanon perdu sur la route, il n'a pas de voisin... Il y a des escaliers pour accéder chez lui. Il refuse que sa femme conduise la voiture, il picole comme tout ! Donc voilà..je le sais..Je suis allé à domicile car il se sentait pas de conduire. Mais autrement qu'il est sorti, il sera réhospitalisé dans 20 jours ...*

*Il y a une majoration pour les VAD pour les sorties d'hospit. Tu as la visite longue, la viste sortie d'hospitalisation et tu la visite de l'insuffisance cardiaque. Mais je ne fais pas moi, je ne suis pas d'accord avec cette tarification à l'acte ! Tu risques d'avoir des mecs qui vont regarder si l'acte rapporte ou pas. Ce n'est que des négociations médicales pour essayer d'augmenter la masse des honoraires, versées au médecin de façon complexe. C'est une grosse magouille syndicale ! Ce n'est pas du tout fait dans des objectifs de santé publique, je ne le vois pas du tout comme ça. Tu sais que les honoraires chez la personne âgée, c'est un forfait que tu touches 6 mois après. Les gens de tel âge tu touches 3 euros en plus en bonus, que la caisse te verse après. C'est pour ne pas qu'on augmente la lettre G car ca sert de base pour le calcul des retraites, des indemnités journalières tout ça..*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ? ce n'est pas le courrier des urgences ni de sortie d'hospitalisation. Comme le courrier que nous vous avons envoyé ...**

*I : ( en lisant le courrier) Plus de 5 médicaments, tout à fait d'accord*

*Si tu t'envoies le courrier comme ça au médecin traitant, d'emblée il va te dire : " pauvre con, je le sais déjà". Je suis désolée mais il le dira : "je le sais déjà". Si vous le présentez différemment, ça passera mieux.*

*D'abord, envoyer tout son dossier des Urgences, pas que cette lettre, il est venu pour ça ça et ça ..Il est venu aux urgences parce que...pourquoi il est venu...on lui a trouvé ça ça et ça. On lui a fait tel ou tel examen, on vous communique les résultats. En conclusion" il a une*

simple contusion du grand trochanter, nous avons constaté que ...ET nous attirons votre attention sur le spoints suivant.” Il va vous dire la même chose mais ça passera mieux parce qu’il aura le bilan sanguin, le compte rendu de la radiographie thoracique, il saura pourquoi il est rentré. Si vous n’envoyez que ça...

Il faut donner les deux aux médecins traitant et donnez tout ce que vous pouvez au médecin traitant ! S’il le jette ce n’est pas grave, c’est son problème mais pour la relation entre lui et vous c’est différent.

Bien souvent les confrères, les hospitaliers savent tout et ils veulent rien nous dire. Moi ce qui m’aurait intéressé c’est de savoir quel était sa creat par exemple ! Je ne l’ai pas, il va falloir que je le repique pour avoir sa creat...C’est un truc ou il faut faire gaffe. Ils me disent dans le courrier qu’il est dénutris et l’albumine elle était à combien ? Est ce qu’il lui ont faite ? Tu vois...

La consultation mémoire...Faites gaffe à la consultation mémoire ! Beaucoup de gériatres, de médecins généralistes la demandent. C’est très intéressant mais comme on a pas de solutions après....On ne sait pas quoi leur proposer après au patients. La consultation mémoire, ça fait jolie dans le dossier, ça n’avance pas beaucoup le patient ! Tu les envoies tous à Dignes aux gériatres, ils te demandent une IRM et une consultation mémoire toutes les années..pour voir quoi ? Que ça a fondu un peu plus et qu’il a perdu 2 points...Je suis désolé, je vois pas l’intérêt. Pour mon patient, ça va changer quoi ?

Je vois très bien qu’il n’est plus capable, moi ou l’infirmière d’ailleurs qui est à domicile le voit très bien qu’il n’est plus capable de se servir du téléphone. S’il n’est plus capable de se servir du téléphone, c’est qu’il n’est plus capable de se servir de la téléalarme, donc il faut choisir un autre système d’alarme...

Ca c’est le genre de truc, votre courrier qui montre que votre relation avec les médecins ce n’est pas bon. Il faut joindre le courrier de passage aux Urgences et votre alerte. A mon sens il ne faut pas les dissocier, il faut que ce soit dans la même lettre. Que le médecin généraliste n’est pas l’impression que d’un côté on lui dise ce qu’il faut qu’il fasse et de l’autre côté on ne lui dise pas ce qu’il a le patient.

Oui il y a plus de 5 médicaments par jour mais lequel j’arrête ? Nous on y arrive pas on les connaît trop, après ils vont nous engueuler : “ docteur vous me le remarquez celui la !”

“Mais, je vous dis qu’il ne sert à plus rien.” Tu as des patients, tu ne peux pas. J’ai une patiente qui me demande de temesta à 1 mg, pas le temesta 2.5 mg, il faut deux temesta à 1 mg tous les soirs : “ ça fait 40 ans que je prends ça tous les soirs docteur “. Elle a 85 ans ...Tu ne peux pas lui arreter. Le jour ou tu la rentres à l’hôpital, tu t’arrêteras mais en ville tu ne peux pas, ce n’est pas possible. Je n’y arrive pas, j’ai beau lui dire, je n’y arrive pas à lui arrêter.

C’est bien de l’écrire, mais fusionnez le dans la même lettre. Quand vous mettez le bilan bio, la radio, mettez le bilan gériatrique. A mon sens c’est absurde de le dissocier.

Le nombre de médicaments est fonction des pathologies qu’il a donc tu ne peux pas le dissocier. S’il est coronarien et qu’on lui a mis 4 ressorts, il a plus de 5 médicaments, il a un antiagrégant plaquettaire, si c’est récent il en a deux, un IEC, un autre anti-hypertenseur, et pour un peu qu’il ait des tremblements, il va avoir un antiparkinsonien ! Et comme il s’est cassé la gueule, il est tombé bah il va avoir du paracetamol ou un autre antalgique ! Sans difficulté, tu arrives à 6 et s’il a 75 ans il aura son hypocholestérolémiant donc tu seras à 7 médicaments... Attention... et pour un peu qu’il fasse une crise de goutte car il boit trop bah tu seras à 8 médicaments. Et s’il a un diabète la tu arrives à 9, 10 médicaments. Et s’il est en

*surcharge pondérale et que la metformine ne suffit plus il va avoir deux insulines différentes par jour et on arrive à de gros problèmes...*

*Moi je vois des patients de 90 ans qui ont 3 insulines différentes par jour, je me bats avec les endocrinologues pour ça ! Stop c'est ingérable ! Eux ils ne peuvent plus il faut l'infirmier et la plupart des infirmiers trichent. Ils ne passent pas trois fois par jour, ils passent le matin et le soir, ils préparent le stylo sur la table pour midi : "je vous l'ai réglé vous avez juste à vous piquer." Voilà ...Les 5 médicaments je suis bien d'accord mais quand tu écris ça chez un monsieur 75 ans, obèse, diabétique et qui vient d'avoir des stent... le médecin va te rire au nez. Il va te dire "alors, lesquels je supprime ?" Faites gaffe ! C'est la formule type mais ça ne passe pas ça ! Et vous passez pour des ploucs ! Si tu écris ça à un médecin comme je viens de te le décrire, tu passes pour un plouc !*

*Mais attention la formule plus de 5 médicaments est vraie, je suis entièrement d'accord ...mais qu'on trouve une solution, moi je veux bien lui arrêter.....*

### **E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : IDE à domicile, ça se passe pas trop mal car il y a un nombre d'IDE à domicile conséquent qui se tirent la bourre entre eux. Il y a des équipes concurrentes .. On a encore de la chance, ça ne marche pas trop mal.*

*Mais la kiné ça marche très mal. Nous n'avons quasiment pas de kiné. Pour faire entrer quelqu'un dans la filière c'est très difficile. Voilà... Après il ne faut pas oublier que la kiné qui est très souvent proposé c'est une réhabilitation à la marche qui d'après les nouveaux textes n'est pas obligatoirement fait par un kiné. Cela peut être fait par, je ne sais plus comment ça s'appelle, ça porte un nom, aide médico quelque chose. Pour lui tenir la main et le faire marcher, je suis persuadé que les aides ménagères ça devrait être à leur attribution mais actuellement c'est refusé.*

*Pour le suivi nutritionnel, nous avons une diététicienne en libéral mais ça ne marche pas car ce n'est pas remboursable ou très peu. Ça ne marche pas. Si de l'hôpital ils ne sortent pas avec une prise en charge nutritionnelle, ça ne marche pas. Il peut y avoir une aide nutritionnelle pour les patients qui sont dans le cadre du programme sofia mais c'est pour des maladies chroniques... C'est la sécurité sociale qui a introduit des patients dans le programme sofia et qui leur fait des téléconsultations. Il y en a quelques unes mais ça ne marche pas bien. Là, il y a un déficit.*

*Et il y a surtout un problème, c'est que tu as beaucoup de personnes âgées qui ne se font plus à manger, c'est les aides ménagères qui font à manger et tu as énormément d'aides ménagères qui ne savent absolument pas cuisiner. On apprend plus à cuisiner ! Dans l'éducation féminine, on apprend plus. Ce n'est pas un reproche c'est une constatation. Donc tu as des aides ménagères qui ne savent absolument pas cuisiner. Donc tu demandes à lutter contre la dénutrition, mais tu as des aides ménagères qui, à part ouvrir de la pizza et des chips elles ne savent pas faire. Tu as des aides ménagères qui ne savent pas faire une soupe. Ce n'est pas une blague ! Il faut aller voir sur le terrain. T'as des familles où on ne mange plus de soupes alors que ta personne âgée est peut être habituée à une soupe. Et s'il faut lui dire qu'il faut enrichir la soupe avec un oeuf, du lait, du fromage tout ce que tu veux, il y a des aides ménagères qui n'ont pas idée de ça...*

*Téléalarme, ça va assez vite on peut les avoir en 24h. Soit la personne a du pognon, elle paie et on les a immédiatement. Soit la personne n'a pas du pognon, il faut les prendre sur des budget des caisses de retraites ou autres. Là il faut passer par l'assistante sociale pour*



*financer les téléalarmes. Ca prend du temps mais c'est finançable. Tu fais une prescription médicale pour la téléalarme et tu as des mutuelles, des assurances complémentaires qui prennent en charge la téléalarme et même qui ont leur propre système de téléalarme. C'est à dire qui ont leur affiliation de système de téléalarme pour personne âgée. Leur assurance habitation ou autre leur offre la téléalarme à partir d'une limite d'âge et qu'il y ait un certificat médical.*

*Tu as différents types de téléalarmes. Ceux où les patients appuient sur un bouton et tu as des téléalarmes sensibles à la chute mais qui coûtent plus cher. Tu as des téléalarmes qui font GPS aussi, donc s'ils sortent de la maison et qu'il se perdent, on peut le retrouver. C'est bien pour les personnes qui ont des troubles cognitifs. Ici je n'ai personne, car ce n'est pas bien pris en charge et c'est trop cher pour les familles. On achète autre chose mais on achète pas de téléalarmes pour le vieux.... Tu as un autre truc, s'il a l'habitude de ne pas perdre son téléphone portable tu mets un logiciel mouchard et tu le suis sur ton téléphone à toi la position du patient. Il y en a qui le font pour leurs enfants et il y en a qui le font pour leurs parents... Il y a un tas de choses qui existent et qui sont très bien faites. On ne connaît pas tout !*

**E : Que pensez-vous de recevoir ce type d'alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : Aucun problème, puisque nous on reçoit le courrier hospitalier sur la plateforme sécurisée. Moi je pense qu'il faut que ce soit inclus dans le courrier d'hôpital de sortie et tu peux tout envoyer par la plateforme sécurisée. Moi ça ne me gêne pas. Mais si le patient a aussi le courrier papier à la main, s'il part avec ça à la main c'est très bien. Il faut les deux : courrier papier au patient et courrier sur la plateforme.*

*Le courrier papier va servir à de multiples intervenant à domicile : l'assistante sociale qui passe le voir, la famille, l'infirmière, le kiné ..Je prend l'exemple du patient avec la fracture du trochanter ou on ne savait pas s'il avait une fracture ou pas... Ca peut servir à tout le monde le courrier papier remis au patient. A la maison, en général, le courrier est perdu au bout de quelques jours mais bon voilà... Et la plateforme sécurisée pour le médecin. Mais en théorie on ne devrait plus recevoir de courrier papier, on devrait tout recevoir sur les plateformes sécurisées. La plateforme sécurisée me convient très bien, c'est moi qui l'ouvre. Et l'autre c'est le secrétaire qui l'ouvre. Il faut qu'on modifie les systèmes pour que ce soit le secrétaire qui ouvre tout y compris la plateforme sécurisée. Ca c'est un problème informatique. Parce que la plateforme sécurisée tu es obligé de l'ouvrir avec ta carte vitale ou avec ta carte professionnelle de ton secrétaire. On l'ouvre avec la carte professionnelle que tu as mais le secrétaire n'a pas de carte professionnelle. C'est beaucoup plus facile de se connecter avec sa carte professionnelle que de se connecter par mail, c'est instantané, t'es connecté de suite. Alors que par mail, pour me connecter, la plateforme m'envoie un code par sms qu'il faut que je retape, ça fait trop de manip. Avec la carte pro, tu t'emmerdes pas, c'est plus pratique*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Non*

## **Entretien MG7**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Ben je trouve qu'il n'y a pas trop de communication (rires), non il y a très peu de communication. Le système de santé serait nettement amélioré s'il y avait une communication, une coopération. L'hôpital et la médecine de ville sont deux secteurs qui sont complètement cloisonnés. Et déjà pour avoir quelqu'un à l'hôpital c'est très compliqué, pour avoir la bonne personne à l'hôpital il faut passer peut être ¾ d'heures au téléphone. Il est impossible en pratique, dans un cabinet de ville, de rester ¾ d'heures au téléphone pour avoir quelqu'un.*

*Ensuite pour les courriers, ça dépend des services, il y a des services qui sont réactifs et où on reçoit les courriers rapidement et d'autres où on les reçoit plus tard. Après ça peut être inhérent au turn over des patients, c'est sûr qu'aux urgences où il y a beaucoup de patients qui viennent c'est compliqué de recevoir des courriers tout de suite. Bon après vous avez des services où on reçoit les courriers rapidement, ça dépend de l'hôpital, du service.*

### **E : Quelles sont vos représentations des patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Je trouve que la grille elle est bien faite, bon après c'est sûr que ça concerne les personnes âgées, isolées. Oui la grille, c'est évident.*

*C'est des patients qui sont souvent hospitalisés, soit ils ont un problème qu'on ne peut pas régler en ville. Par exemple, j'ai un patient qui est en fin de vie, qui fait des pneumopathies à répétition, il fait la navette entre l'hôpital et la maison. Ma foi, il s'infecte et il se réinfecte rapidement, voilà c'est un patient en fin de vie.*

*Par contre vous me parliez tout à l'heure de Mme L., bon ben elle est sortie de l'hôpital, la famille, enfin le mode de prise en charge a été complètement changé, il y a quelqu'un en permanence avec elle, et le problème est plus ou moins réglé. Sauf pathologies intercurrentes, aiguës, graves qui peuvent survenir.*

### **E : Comment les identifiez-vous ?**

*I : Non il n'y a pas spécialement de moyens ou de scores. Je ne fonctionne pas comme ça. C'est plutôt sur la clinique, l'expérience.*

### **E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : (En lisant la grille, premier critère plus de 5 médicaments) : ça peut être ou ne pas être. Oui, une hospitalisation récente ça peut être un bon argument, assez fort.*

*Souvent les patients ont des infirmières à domicile, donc ce n'est pas forcément un item à retenir dans la mesure où il y a plus de risque chez un patient où il n'y a pas d'infirmières. L'infirmière a quand même un œil médical et alerte rapidement quand il y a quelque chose qui ne va pas. Alors qu'une personne âgée qui vit seule et qui n'a pas de passage infirmier, elle va alerter un peu plus rapidement le médecin.*

*Les problèmes de mémoire, ça oui, c'est évident.*

*Oui il y a un risque de chute, effectivement.*

*La perte de poids involontaire, oui ça va de soi.*

*Ben ça ils sont tous fatigués, donc ça va être compliqué. Je n'en connais pas un qui soit en*

*pleine forme.*

*Alors oui l'instabilité, bon après vitesse de marche ils sont tous ralentis.*

*Oui l'isolement c'est un facteur, à mon avis, évident.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Ben si on hospitalise un patient c'est qu'on pense qu'il y a un problème qui ne peut pas être réglé à la maison, alors après ça peut ne pas être réglé parce que ça tient à l'environnement du patient, s'il est isolé il ne va pas pouvoir prendre les rendez-vous. Donc ça va être compliqué, après ça tient à sa pathologie, aiguë à ce moment-là, on va le faire hospitaliser. Après bien souvent, ce qu'il se passe il y a des patients on voit que quelque chose ne va pas mais on ne sait pas trop quoi. En fait, le problème c'est quand il y a plusieurs examens à faire pour établir un diagnostic, le plus simple c'est de le faire à l'hôpital alors qu'en ville il va falloir mobiliser plusieurs fois une ambulance, ça va être plus compliqué.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : J'essaie de les voir systématiquement, j'aime bien les voir dès qu'ils sortent de l'hôpital. Ça c'est un problème, car les patients n'en sont pas forcément conscients et ils ne nous appellent pas tout de suite. Ça serait bien que le message à faire passer aux patients quand ils sortent de l'hôpital, c'est d'appeler le médecin traitant rapidement et systématiquement. Ça permet de prendre en charge les choses rapidement et ça les patients n'en ont pas forcément conscience. On les voit parfois après 2, 3 mois après qu'ils soient sortis, un laps de temps assez long après leur sortie de l'hôpital et où ils ont pu se décompenser à nouveau.*

*En général, c'est une visite à domicile ou une consultation si le patient peut être accompagné au cabinet. Après on met en place une infirmière, un kiné ou un appareillage, on essaie de tout mettre en place à la maison.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Je pense que c'est très bien, il est très bien fait ce courrier. Peut-être l'envoyer par mail, le donner aux patients pour que le patient consulte assez rapidement après sa sortie d'hôpital, et qu'effectivement on soit plus vigilant par rapport à ce patient, qu'on mette en place les préventions des chutes, le suivi de l'état nutritionnel.*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Ça dépend de l'environnement, vous avez des personnes âgées qui sont complètement isolées donc ça va être difficile. Enfin voilà après dans un couple si vous avez une personne démente et une qui tombe malade qui se casse le col du fémur ça va être compliqué, ça dépend complètement de l'environnement. Après vous avez des patients qui sont entourés, qui ont de la famille, avec des familles qui mettent en place un système pour surveiller, efficace et ça se passe bien.*

**E : Que pensez-vous de l'utilisation d'une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ?**

*I : Ben ça peut pas être une mauvaise chose je pense. L'envoi postal c'est un peu aléatoire des fois, euh après oui pourquoi pas. Après oui on reçoit des mails sur la messagerie sécurisée, les mails c'est des courriers, enfin c'est des comptes rendus d'hospitalisation, peut être si c'était des textes plus courts plus concis qui résument la situation, ce serait plus efficace. Quand il y a une hospitalisation on reçoit un compte rendu de 10 pages, on a pas forcément le temps de tout lire dans les détails. C'est bien de l'avoir quand même dans le dossier, on peut y revenir dessus. On n'a pas forcément le temps de lire en détail tout le compte rendu.*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Le commentaire c'est qu'il faudrait qu'il y ait une meilleure coopération, une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital, ça me semble évident mais bon ça c'est quelque chose qui existe depuis que j'ai commencé médecine. On voit actuellement avec ce qui se passe l'épidémie de covid 19, qu'il n'y a pas de coordination entre la ville et l'hôpital. C'est tout un système à changer.*

## **Entretien MG8**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Alors les relations, elles ont évoluées; quand j'étais jeune il y avait déjà, d'une manière générale, un esprit de confraternité qui touche à la fois la médecine de ville / l'hôpital et à la fois les relations médecin de ville / médecin de l'hôpital. Forcément on était tous de la même génération, on se connaissait tous par exemple, je connaissais bien Yves Frances, on se tutoyait, c'était très confraternel et très amical on était moins dans le carcan administratif qu'on connaît actuellement. C'était très bien et on avait des interlocuteurs directs, ça c'était jusque dans les années 90.*

*Après, ça c'est détérioré progressivement, mais il semble, et j'en suis peut être responsable que le fossé s'est creusé. Alors il y a une question générale d'individualité, parfois je prend le téléphone et je tombe sur une interne adorable, c'est un gamin qui a été fait pour faire médecine. Il faut faire la différence entre le technicien, qui peut être très bon voir excellent, et le médecin. Là actuellement, si je peux faire un parallèle, c'est la différence entre Raoult qui raisonne en médecin et les technocrates parisiens qui fonctionnent en épidémiologistes, en théoriciens, en ce qu'on veut même très compétents mais pas en médecin. La médecine c'est pas ça, après qu'on se serve de la méta analyse pour savoir, pour faire le point, pour préciser mais à un moment donné il faut agir en médecin. Ce fossé, m'a éloigné de la médecine hospitalière. Tout ça pour dire, au départ oui, maintenant moins.*

*Il y a les moyens de communication, on a pas la ligne directe, il faudrait que nous médecins on ait une ligne dédiée au médecin pour qu'on puisse parler de médecins à médecins. Je te donne un exemple, on veut prendre des renseignements sur un patient, on appelle déjà on est en attente, on a le standard, le standard nous dit je vous passe le service, si on arrive à avoir quelqu'un c'est beau, on tombe sur une infirmière, elle nous dit j'ai plus de médecins ou ils sont tous à la visite, ils sont au taf et personne ne nous répond. On laisse un message et personne ne nous rappelle, tu vois de quoi je parle. Il faudrait qu'on ait un truc dédié. Après c'est vrai qu'il y a le mail, mais qu'est ce qu'il y a de plus froid et inhumain que le mail.*

### **E : Quelles sont vos représentations des patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Alors il y a l'isolement souvent, il y a l'observance thérapeutique, ça va souvent de pair, il y a la comorbidité et il y a la iatrogénie, de l'accumulation et de l'effet de plusieurs médicaments, c'est un fait. C'est souvent un bras de fer avec ces patients là, avec ces patients âgés, qui veulent toujours, moins maintenant, leurs lexomil, leurs doliprane, leurs cachets pour dormir et je leurs dis 'pourquoi vous voulez un cachet pour dormir pour mener les enfants à l'école', 'si vous dormez pas la nuit c'est pas grave vous dormirez le jour prenez un bouquin, regardez la télé'. Voilà il y a cet espèce de bras de fer. Les gens ont pris des mauvaises habitudes et c'est peut être les anciens, tu vois je ne suis pas forcément le fervent défenseur des anciennes générations puisque je te dis que c'est notre faute, nous médecins on aura tout accordé, on est passé par des trous de souris, on a été un peu à une époque des commerçants de la médecine parce qu'il y avait une surpopulation médicale et pour arriver à faire ce qu'on peut pour être médecins des années 80, il fallait être plus disponible, plus fort, plus gentil et plus conciliant que les autres. Donc on a fait notre propre mal (en riant).*

**E : Comment les identifiez-vous ?**

*I : Oui c'est des moyens très simples, j'utilise toujours, je fonctionne au feeling, au pif, c'est des moyens très empiriques. Quand je vois la grille que tu m'a envoyé, c'est tout à fait ça, on fait comme Mr Jourdain, de la prose sans le savoir (rires). A part, que on est pas dans le système oui non, on dit oui mais ou non mais , tu vois on est plus dans cette nuance.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Oui, ça peut être applicable en cabinet, surtout pour les jeunes médecins, moi ça me ferait chier (en rigolant) mais pour un jeune médecin, c'est un outil intéressant c'est bien fait. C'est la médecine moderne et codifiée.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Ca peut aider, aider je dis bien mais pas indiquer parceque tu sais comme moi, que le patient est nulle part mieux que chez lui jusqu'à un certain point et c'est ce point d'équilibre qu'il faut essayer de ne pas franchir.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Heureusement que nous avons des infirmiers, je leur met trois passages par jour, on a des infirmiers très compétents, souvent des gamins qui ont loupé médecine et qui auraient fait de très bons médecins. Après c'est rigolo, c'est paradoxal, j'ai des infirmiers qui raisonnent bien et qui auraient fait de bons médecins et y'en a d'autres même pas des aides soignants ça aurait fait, et pourtant on a tous la même formation, je comprend pas. Je m'entoure d'infirmiers qui savent bosser et franchement je leur rend grâce.*

**E : vous les voyez plutôt au cabinet ou au domicile ?**

*I : Quand j'étais sérieux, les consultations ou visite à domicile c'était systématique, maintenant c'est au cas par cas, si ca va pas vous m'appellez. Il y a une vingtaine d'année, quand on voyait 20/25 patients dans la journée on avait fait une bonne journée et maintenant on en voit 50/60. On est obligé d'aller à l'essentiel.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Alors si on est intelligent et qu'on a pas un égo surdimensionné on se dit tiens c'est pas mal c'est vrai. Si on est un vieux con, on se dit ils vont pas m'apprendre à travailler au bout de 40 ans d'exercice. Alors sur le deuxième courrier, je mettrais pas le détail en gras. Moi je fais partie des gens qui font confiance, bon ça m'a apporté pas mal de déboire dans ma vie mais je fais confiance, donc je me dis en tant que médecin oui l'hôpital a quand même dit qu'il y a un risque de réhospitalisation. Moi je mettrai pas le petit pavé, je joindrai la grille, je sais pas au lieu de me dire comment il faut travailler, le premier papier donne une évaluation globale et le deuxième me donne un outil. Je suis pas susceptible, pour moi, c'est différent. Je me dis tiens aux urgences, si à l'hôpital ils ont pensé que Mr un tel risquait de re rentrer à l'hôpital dans un délai assez court, il y a un risque donc. C'est intéressant de s'y intéresser et de façon complète la grille. On va jouer le jeu on va le faire, voila je le vois comme ça et non comme quelque chose de directif. Tu vois le deuxième tu peux dire la même chose mais le présenter différemment.*

*Il faut que ce soit rapide avec le courrier de sortie dans la mesure où on le reçoit rapidement. Le plus rapide, c'est le mail on est d'accord et c'est le plus sûr. D'ailleurs il faudrait que tous les comptes rendus nous arrive par mail. Il faudrait le compte rendu et cette évaluation, cette proposition; c'est intéressant.*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : C'est simple, les freins c'est toujours les mêmes, c'est la maîtrise comptable des dépenses voilà, moi je m'en fous. Si tu travailles honnêtement et si tu as les arguments tu peux toujours les opposer et on ne t'en tiens pas rigueur, je touche du bois ça ne m'est jamais arrivé. J'ai été convoqué à la sécu, j'ai toujours fait profil bas mais je me suis jamais écrasé c'est à dire profil bas du style 'et bien oui je comprend pourquoi je suis la parce que c'est vous qui payez je comprend c'est pas moi qui paie c'est pas le patient c'est vous et on a des comptes à vous rendre', ça ça leur plait. On est pas opposés, on est partenaires. Il aime ça. Alors voilà maintenant vous me prenez ce type, vous m'avez reproché de lui avoir prescrit un peu de kiné en plus, peut être le kiné c'est un peu emballé sur la cotation parce que nous on prescrit des prescriptions générales et après le kiné il détaille, il va envoyer un bilan de kiné comme si le gars il avait 20 ans et qu'il doit récupérer son genou après un accident de moto alors que c'est tout simplement une personne âgée qu'il faut faire marcher. Alors peut être le kiné c'est un peu emballé. Il faut voir avec lui mais moi je trouve que ces personnes là ont besoin de passages dans la journée, ils ont besoin du passage infirmier, du passage du kiné, du passage du médecin qu'on peut faire de moins en moins souvent donc il me semble que multiplier les passages des professionnels de santé médicaux paramédicaux, évitent les hospitalisations donc dans ma démarche je dépensais mais certainement moins qu'une hospitalisation et au passage si le pépé ou la mémé il tombe si il passe le kiné ben il le ramasse, il reste pas 12 h dans son pipi par terre sans pouvoir se relever; dans la mesure où il n'y a pas la téléassistance bien sûr. Il faut argumenter mais à côté de ça faut être carré, faut tâcher de pas faire n'importe quoi mais non plus ne pas dire amen à tout ce qu'il vous recommande.*

**E : Que pensez-vous de l'utilisation d'une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ?**

*I : Oui ça va dans le même sens oui, c'est une façon de rendre le système plus réactif, plus rapide. Bien sûr, c'est un espèce de dossier médical, un archivage des dossiers médicaux accessibles à tout moment par tous les professionnels de santé. On devrait faire ça pour tout d'ailleurs.*

## **Entretien MG9**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : La transmission des informations est difficile avec l'hôpital... Voilà, le courrier on le reçoit toujours avec beaucoup de retard. Alors à un moment donné, ça c'était amélioré parce que il y a certains services qui sont branchés sur mailiz ou autre et donc je le reçois directement sur ma boîte mail. Alors ça, pour moi, c'est très facile, c'est très bien mais malheureusement il y a très peu de services qui le font et c'est surtout pour les examens complémentaires. Les comptes rendus d'hospitalisation c'est compliqué aussi.. Alors là ils se sont améliorés dans la mesure où ils donnent un courrier aux gens mais le problème c'est qu'ils disent que le médecin traitant le reçoit. Or, nous on ne le reçoit pas ou on le reçoit souvent avec un mois et demi de retard. En fait, il faut que les gens nous le donnent quoi si tu veux, alors souvent quand on va à domicile ils l'ont sur place pas de problème sinon eux ils ne pensent pas à nous le donner car ils disent 'c'est marqué dessus vous l'avez reçu' et non je l'ai pas reçu. Pour moi il y a une chose qui me paraît essentiel, c'est la liaison avec les moyens informatiques actuels; c'est mettre sur la boîte mail et envoyer directement le compte rendu au médecin sur la boîte mail. Comme ça je peux l'imprimer et je le met dans le dossier de mon patient, là c'est vraiment pratique et il n'y a pas de perte voilà.*

### **E : Quelles sont vos représentations des patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Alors, je vois dans le questionnaire ce sont des patients isolés, effectivement à risque de réhospitalisation rapidement, après ce sont aussi les patients qui ont une poly pathologies et qui sont poly médicamenteux ça aussi c'est vrai. Dans les patients les plus à risque, ce sont les insuffisants cardiaques, ce sont les maladies d'alzheimer etc...*

### **E : Comment les identifiez-vous ?**

*I : On a les moyens de les identifier parce que nous on les connaît bien, on connaît leur mode de vie, leur mode de fonctionnement, on sait s'ils sont seuls ou pas seuls, on sait que par exemple un patient qui est seul et qui se dégrade on lui envoie une équipe d'infirmiers, en même temps on fait la demande pour les aides ménagères à domicile ainsi de suite. Et dans un truc un peu plus élaboré, on peut leur envoyer les repas à domicile également. L'avantage c'est que quand on les connaît bien, on sait que quelqu'un qui va s'aggraver et qui sort de l'hôpital par exemple, on va pas le renvoyer à l'hôpital, on va le garder à la maison. En fait si tu veux il faut faire le chemin inverse, c'est à dire avant qu'ils sortent de l'hôpital moi il m'arrive souvent d'aller voir les patients à l'hôpital et de voir l'interne ou autre et de discuter en disant "vous allez le faire sortir certes mais il faut prévoir à l'avance et vous me le dites à l'avance pour que moi je prévois une équipe d'infirmiers qui viendra dès qu'il sort de l'hôpital et qui s'occupe de lui, éventuellement une aide ménagère, le portage des repas, ainsi de suite." Dans notre petite commune c'est ce qu'on peut faire. On a accès à tout ça donc y'a pas de soucis.*



**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille Tagravpa puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Bien sûr que ça peut être applicable,*

*A t-il plus de 5 médicaments : ben oui ça on peut s'en apercevoir on essaie de faire attention et diminuer le nombre de médicaments mais les gens sont souvent réfractaires, ils ont toujours peurs.*

*A t-il été hospitalisé ? ben ça on peut y répondre.*

*Nécessite t -il des aides ? ben ça c'est le passage des infirmiers ou de la préparation des repas, nous on le fait quotidiennement.*

*Troubles de la mémoire : ça c'est l'interrogatoire.*

*Difficultés à la marche : ça aussi on s'en rend compte.*

*La perte de poids : souvent quand ils viennent au cabinet on les pèse et quand je met en place les infirmières à domicile, moi je demande à ce qu'il y ait un cahier et systématiquement je les fais peser une fois par semaine, tous les 15 jours ou une fois par mois; ça permet une communication entre les soignants et réellement de voir comment va la personne. Et donc éviter une réhospitalisation rapide.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Ben alors s'ils ne se déplacent pas, moi je vais les voir et je fixe une visite à domicile tous les mois. Je vais les voir systématiquement à domicile. Un, ils sont demandeurs et deux je me suis aperçu qu'en fixant moi même la visite en fait, ils m'appellent moins. Parce que quand ils sortent de l'hôpital souvent ils sont angoissés ils vont nous appeler une première fois puis tant une semaine après ou dix jours après ils te rappellent. Là voilà, j'ai le cahier je leur marque quand est ce que je reviens et très souvent je me suis rendu compte que c'était largement suffisant. Et ils ne t'appellent plus enfin, ils attendent ta visite. C'est pour ça que pour nous c'est très important de savoir quand ils sortent de manière à ce que s'ils nous appellent pas, nous on puisse les appeler et à ce moment là fixer une visite. Et après je fais la visite de suivi tous les mois et quand ils vont mieux, tous les 2 mois puis tous les 3 mois en fonction de l'état des gens. Et les gens ils sont contents que tu viennes tous les mois, les gens du grand âge.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Alors un mode d'envoi, si le mode informatique marche bien, c'est très bien de le recevoir par informatique. Le mode d'envoi c'est effectivement quand ils sortent de l'hôpital on peut mettre ce courrier en même temps, nous ça nous permet après de voir.*

*Mais après éventuellement, dans ce courrier, il y a des choses qui sont 'pas plus de 5 médicaments par jour' très souvent nous on fait très attention voilà, après tout dépend des pathologies. Une coronarienne diabétique et BPCO bon, il va y en avoir plus que 5. Après mise en place d'aides à domicile, c'est un rappel mais souvent c'est fait ça. Prévention des troubles de la marche, ça aussi les aides techniques, la kinésithérapie, ça c'est pas mal également. Le suivi nutritionnel c'est très important parce que souvent les personnes âgées ne mangent pas bien donc c'est important de surveiller le poids, l'albumine et en fonction de ça, adapter. Ce qui a de bien aussi c'est que quand il y a l'aide ménagère qui vient, elle fait les repas et donc ça permet de lui dire vous devriez augmenter un peu ça, lui donner un peu*

*plus de ça etc.. Isolement, téléalarme et augmentation passage infirmiers ça on le fait toujours. Effectivement pour des gens pas encore très abîmés, ça peut être préventif pour le médecin de lui rappeler ce genre de choses, tout à fait. Effectivement, la première chose revoir les ordonnances et diminuer le nombre de médicaments c'est très important. Après les aides à domicile pour le reste, ça je pense que c'est ce qu'on fait régulièrement. Très souvent, les patients ne veulent pas, mais tu vois par le biais de l'hospitalisation on peut leur dire 'ben tiens là vous avez été hospitalisé et là vous êtes un peu plus faible, on va faire l'essai pendant quelques jours avec l'infirmière et on voit'. Après c'est eux qui disent 'ah ben ça m'a fait beaucoup de bien je la garde'. La relation également des infirmiers avec le patient est très importante parce que si ça se passe bien le patient va vouloir la garder. Bon après la téléalarme etc pour les gens isolés qui ont commencé à avoir des troubles, systématiquement je le fais.*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Ca se passe bien, il faut que le patient soit adhérent, on y arrive par le biais des infirmières, on arrive facilement à ce qu'ils acceptent. Au départ même quand ils sont réticents, après tu leur montres le pour et le contre puis tu dis : "c'est pas pour tout le temps, on fait un essai le temps que vous alliez mieux on se revoit d'ici trois semaines un mois, on voit un petit peu et à ce moment là"; ils te disent que oui l'infirmière leur a fait du bien. Souvent c'est des patients seuls donc le fait que l'infirmière passe, ils peuvent discuter, dire des choses qu'ils nous disent pas à nous et l'infirmière nous appelle ensuite pour nous dire."*

**E : Que pensez-vous de l'utilisation d'une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : Bien sûr, je suis tout à fait d'accord. C'est très bien.*

## **Entretien MG10**

### **E : Quelles relations entretenez-vous avec l'hôpital ?**

*I : Ca dépend si c'est moi qui l'ai hospitalisé ou pas. Ensuite à la sortie, en général, on a pas trop de nouvelles, on le sait soit par la famille, ou alors parfois ça arrive parfois que l'hôpital me prévienne qu'il va y avoir une sortie mais c'est très rare, c'est rarissime.*

### **E : Par quel moyen l'hôpital vous prévient ?**

*I : Par téléphone, ça arrive que ce soit par téléphone.*

*Le courrier on le reçoit soit en lettre de liaison et c'est donné au patient. Malheureusement, on est prévenu au dernier moment. C'est le patient qui appelle et qui dit : « je sors demain ». C'est le patient qui transmet l'information.*

*Si le patient est très âgé il se peut que l'hôpital nous prévienne car il y a quelque chose à mettre en place mais en général c'est plutôt le patient qui prévient ou la famille du patient.*

### **E : Dans quel délai recevez vous les CRH ?**

*I : Le courrier d'hospitalisation, je le reçois 15 jours, 3 semaines voir 1 mois. C'est pas rapide à Aix en Provence.*

*Aux Urgences, quand il rentre et qu'il ressort des Urgences, il y a un courrier de l'hôpital donné au patient. Je sais à peu près en gros ce qui a été fait avec le bilan...donc ça c'est correct. Après s'il rentre, soit des fois les Urgences me téléphonent pour avoir des renseignements sur le patient. Donc je regarde sur mon ordi les pathologies, le traitement etc...parce que des fois on te téléphone pour te dire "y'a monsieur untel qui a été hospitalisé."(rires) Et donc des fois, ils te téléphonent directement des Urgences pour savoir un peu ce qu'il a et ce qu'il s'est passé même si ce n'est pas toi qui l'a fait hospitalisé.*

### **E : Qu'est ce qu'un patient à risque de réhospitalisation précoce ? pathologies, contexte...**

*I : Un patient de cet âge là soit il a un problème orthopédique on va dire ...Il faut se demander comment il peut rentrer chez lui et se demander s'il n'y a pas un risque qu'il se retrouve tout seul et que ce soit grave . Soit c'est un problème infectieux ou cardiologique ou autre et à ce moment là le risque de réhospitalisation moi je le vois comme le risque de désorientation du patient quand il est hospitalisé. Et c'est vrai qu'il y a une adaptation de son retour pas toujours évidente. Je parle des gens très âgés, plus de 80 ans. Ils sont complètement désorientés. J'ai eu le cas plusieurs fois de patients très âgés totalement désorientés à l'hôpital et le retour c'est pas évident s'ils vivent seuls, ils n'ont plus de repère. Et du coup, il y a un gros risque de réhospitalisation et donc des fois il est judicieux, une fois la pathologie passée de les mettre dans un centre de convalescence pour qu'ils se reposent une semaine quelque part, histoire de reprendre leurs esprits.*

### **E : Comment les identifiez-vous ? scores, échelles ...**

*I : Pas de score, pas d'échelle. Je ne suis pas trop dans les score, les échelles. J'avoue que je suis plus dans mon ressenti de la personne, je suis plus dans l'humain que dans les scores. C'est peut être une erreur je pense, mais c'est vrai que quand tu connais bien le patient tu sais de quoi il va en retourner. J'ai une patiente qui va retourner chez elle d'ici peu, je l'ai su par sa sœur. C'est une personne qui n'arrive pas à marcher, faut tout mettre en place quand elle rentre. Il faudra que je sache un petit peu à l'avance pour préparer tout ça.*

*C'est un peu compliqué quand même...Mais c'est peut être une erreur on est quand même assez bien rodé sur le patient et si c'est des patients âgés on les connaît depuis longtemps, on a une expérience sur eux. Des fois quand ils rentrent dans mon cabinet je me dis « oula c'est pas bon ». Tu vois, c'est bizarre mais c'est comme ça. Quand on est un médecin qui a un petit peu de la bouteille, on a un regard différent sur le patient quand il rentre dans le cabinet ou quand tu vas le voir chez lui. Tu sens tout de suite si ça va pas. Donc t'as pas besoin, d'avoir plein d'échelle ou de choses tu sais si il y a un truc qui va pas.*

**E : Votre expérience vous aide ?**

*I : C'est notre regard qui est différent. C'est le suivi du patient depuis plusieurs années, tu sais comment il fonctionne. Ce n'est pas une question d'expérience. C'est un rapport humain.*

**E : Pensez-vous qu'une grille rapide comme la grille TAGRAVPA puisse être un outil d'aide pour repérer les patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Non, comme je te l'ai dit c'est mon ressenti qui compte.*

**E : Et pour aider à la décision d'hospitalisation ?**

*I : Non plus. Tu le vois tout de suite quand ton patient tu dois l'hospitaliser.*

**E : Comment organisez-vous habituellement le suivi de vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : Déjà je mets en place une infirmière c'est mon rapport médical. Je mets aussi en places des auxiliaire de vie, je mets toute une structure pour des patients qui sont fragiles. Soit par un organisme soit le patient a déjà une structure en place et à ce moment la c'est déjà plus facile. Mais je mets tout en place en général.*

**E : Vous les voyez plutôt au cabinet ou à domicile ?**

*I : Les patients comme ça, en général, on va à domicile. Si on ne me prévient pas au dernier moment, j'arrive à la voir rapidement. Dans les 2, 3 jours qui suivent sa sortie, je me débrouille. On est obligé, c'est important de bien suivre et de structurer tout ça et mon ressenti est toujours important quand je vais le voir chez lui et à sa sortie de l'hôpital. C'est important. Et voir tout ce qui a été changé en traitement. On leur a arrêté plein de choses et du coup quand ils rentrent chez eux, il y a plein de chose à remettre en place.*

**E : Que pensez-vous du fait de recevoir un courrier concernant vos patients à risque de réhospitalisation précoce ?**

*I : C'est pas mal après ça ne va rien changer... Car j'y vais 2,3 jours après sa rentrée, mais ça pourrait être me dire qu'il y a des choses ou je devrais peut être faire plus attention, peut être mais après bon...Pourquoi pas...Mais après si c'est pour avoir un courrier plus rapide c'est bien...*

**E : En pratique, comment cela se passe pour appliquer ces recommandations ?**

*I : Pas de soucis pour les IDE. Comme j'essaie d'expliquer aux patients, si c'est un patient âgé il en a déjà une avant, il suffit de la recontacter pour que ça se remette en place. On a un réseau, en tant que médecin généraliste, j'ai un réseau d'infirmières suivant le secteur.*

*Les kinés à domicile, il y en a plus ! Déjà parce que ça ne rapporte rien, ils sont très mal payés. Du coup, pour se déplacer ils perdent une heure pour faire un soin à domicile. J' ai le cas d'une patiente qui a Parkinson, qui a absolument besoin de la kiné, c'est très compliqué pour elle. J'ai une patiente, porteuse d'une valve cardiaque, hyper fragile diabétique donc tout ce que tu peux avoir tu l'as avec elle donc c'est pour ça que 4 ou 5 médicaments des fois je veux bien mais des fois on a pas le choix.*

*Il y a des ordonnances quand t'as plus de thyroïdes, t'as du diabète, des problèmes cardiologiques, à un moment tu en as plus que 4 c'est sur. Le choix est vite fait.*

*Le suivi nutritionnel, des fois, j'ajoute des compléments alimentaires, je vois en fonction du bilan.*

**E : Que pensez-vous de recevoir ce type d'alerte sur une plateforme en ligne d'accès sécurisé pour consulter les courriers de vos patients ? Par rapport à l'envoi postal ?**

*I : L'envoie mail me semble beaucoup mieux. Une plateforme ce serait très bien car les courriers on les reçoit un mois après. Si on peut recevoir tout rapidement c'est mieux. A l'hôpital d'Aix ils n'envoient rien par mail. Et j'ai pas mal de spécialistes qui envoient tout par courrier car notre mail n'est pas assez sécurisé. J'ai un labo qui ne veut pas m'envoyer les bilan par mail car ma boîte n'est pas assez sécurisé. Et ils me l'envoient pas non plus par courrier, du coup je reçois rien.*

**E : Auriez-vous des commentaires à apporter ? sur la forme et le fond du courrier...**

*I : Non*

## **Serment d'Hippocrate**

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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



# RÉSUMÉ

**Contexte** : 14% des passages au SAU concerne la personne âgée de plus de 75 ans. Parmi ces passages, plus d'un patient sur deux est hospitalisé.

Dans le cadre de l'expérimentation de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012, l'AP-HM a développé une modélisation de repérage des personnes âgées hospitalisées à risque de réhospitalisation précoce ou d'aggravation rapide. Le médecin généraliste est un acteur clé pour assurer le suivi post-hospitalisation.

**Objectifs** : L'objectif principal de l'étude quantitative était d'évaluer la performance de la grille TAGRAVPA pour le repérage du risque de réhospitalisation précoce, du sujet âgé de plus de 75 ans, à 1 et 3 mois. L'objectif principal de l'étude qualitative était d'obtenir le point de vue des médecins généralistes sur le repérage et le suivi des patients à risque de réhospitalisation précoce en médecine de ville.

**Méthode** : Une étude de cohorte épidémiologique prospective a été réalisée au sein du service des urgences adulte du Centre Hospitalier Universitaire Nord à Marseille du 24 juin 2019 au 2 novembre 2019. Nous avons ensuite réalisé des entretiens individuels semi-structurés auprès des médecins généralistes de la région PACA.

**Résultats** : Dans la première partie, nous avons inclus 213 patients. Pour la capacité du test à prédire le risque de réhospitalisation à 1 mois avec une valeur seuil à 4 : sensibilité à 73 %; spécificité à 32 %; aire sous la courbe ROC à 0,54; Valeur Prédictive Positive à 12 % et Valeur Prédictive Négative à 89 %. Pour la réhospitalisation à 3 mois : sensibilité à 78 %; spécificité à 34 %; aire sous la courbe ROC à 0,59; VPP à 29 % et VPN à 82 %.

Dans la seconde partie, les médecins généralistes interrogés rapportaient des stratégies de repérage différentes de la médecine hospitalière. Elles étaient fondées sur un repérage clinique et instinctif ainsi que sur des éléments liés à la connaissance de leurs patients. L'applicabilité de l'outil TAGRAVPA était discuté, du fait d'un manque de temps et d'un excès de scores peu applicables en médecine de ville. La surveillance de ces patients passait par un suivi rapproché mais adaptatif, avec la présence de référents alertes à domicile.

**Conclusion** : L'utilisation de la grille TAGRAVPA, avec un score seuil fixé à 4 et pour l'échantillon de population étudié, n'a qu'un impact limité sur le repérage des personnes âgées de plus de 75 ans à risque de réhospitalisation précoce. Quelque soit la méthode de repérage utilisée par les médecins généralistes, ces derniers nécessiteraient d'être davantage sensibilisés à la notion de réhospitalisation précoce.

**Mots-clés** : Personne âgée, réhospitalisation précoce, fragilité, grille TAGRAVPA, médecin généraliste, repérage, suivi.