



**HAL**  
open science

# Évaluation de la ligne téléphonique directe du service de gériatrie du CHU de Nîmes par les médecins généralistes du bassin Nîmois

Fanny Roger

► **To cite this version:**

Fanny Roger. Évaluation de la ligne téléphonique directe du service de gériatrie du CHU de Nîmes par les médecins généralistes du bassin Nîmois. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03242401

**HAL Id: dumas-03242401**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03242401>**

Submitted on 31 May 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Fanny ROGER**

Le 15/02/2018

TITRE

**EVALUATION DE LA LIGNE TELEPHONIQUE DIRECTE DU SERVICE  
DE GERIATRIE DU CHU DE NIMES PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES DU BASSIN NIMOIS.**

Directeur de thèse : Dr Cédric LE GUILLOU

JURY

Président :  
Pr Benoit de WAZIERES

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :  
Pr Hubert BLAIN  
Dr David COSTA  
Dr Cédric LE GUILLOU

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Fanny ROGER**

Le 15/02/2018

TITRE

**EVALUATION DE LA LIGNE TELEPHONIQUE DIRECTE DU SERVICE  
DE GERIATRIE DU CHU DE NIMES PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES DU BASSIN NIMOIS.**

Directeur de thèse : Dr Cédric LE GUILLOU

JURY

Président :  
Pr Benoit de WAZIERES

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :  
Pr Hubert BLAIN  
Dr David COSTA  
Dr Cédric LE GUILLOU



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
	GROLLEAU-RAOUX	POUGET Régis

BALMES Pierre	Robert	PUECH Paul
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUJOL Henri
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Rémy
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	RABISCHONG Pierre
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RAMUZ Michel
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RIEU Daniel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIOUX Jean-Antoine
BONNEL François	JARRY Daniel	ROCHEFORT Henri
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	Hélène
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MARY Henri	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard	MATHIEU-DAUDE Pierre	

## **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

## **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ;  
gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine  
générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,  
médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges-Néphrologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation



RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

MOREL Jacques -Rhumatologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PRUDHOMME Michel-Anatomie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine**

BESSIS Didier - (Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIÈRE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie



MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Monsieur le Professeur Benoit de WAZIERES de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Hubert BLAIN, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

Monsieur le Docteur David COSTA je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Je remercie le Docteur Cédric LE GUILLOU d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Tu as toujours été présent dans l'élaboration de ce travail. Merci pour ton implication, tes conseils et ton soutien sans faille. Merci pour cette confiance que tu m'as accordée et l'opportunité de pouvoir continuer l'aventure de la gériatrie.

Au service de Gériatrie : Dr Valery ANTOINE, Dr Fannie SANTONI, Dr Laetitia GERONIMI, Dr Alberto di CASTRI, Dr Coralie LABARIAS, je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer la gériatrie pendant mon internat et de m'avoir accueillie dans l'équipe. Aux infirmières de gériatrie (Léa, Johanna, Cathy, Valérie) qui sont toujours au top !

Au service de médecine polyvalente : Dorra, Marion, Pierre, Jessica, Caitlheen... pour tous ces bons moments, les rires, les cris et les pleurs (et oui tu as réussi Dodo!), mais surtout les potins et les pauses gourmandes.

Au SSR polyvalent, Isabelle, Maité, Marion, Franck, Julien ... pour toute cette vaseline qui a recouvert ma poignée de porte et le téléphone. A Laura, pour nos points sociaux quotidiens, conseils en tous genres et « canons » improvisés.

Aux internes que j'ai rencontrés durant tout mon internat :

-Les narbonnais (La Sinze et La Grim, Gaël, Charles, Béranger, Sophie, ...) venus de toute la France pour commencer une nouvelle vie. A ce premier jour, accueillis par « Bella » jusqu'au dernier sur le parking devant nos voitures. Des moments magiques que je n'oublierai jamais.

-Mes colocs d'Alès ex-narbonnaises, Camille avec sa positive attitude et ses plats multicolores sans sucre sans gras, et Anne Flore jamais en manque d'inspiration pour une nouvelle déco ou pour une discussion sans fin. Et à tous ces futurs moments à vivre ensemble.

-Mes co-internes de gériatrie (Margaux, Laure, Chloé...) des filles formidables, un plaisir d'avoir travaillé avec vous et de pouvoir continuer les sorties extrahospitalières.

-Mes co-internes de médecine polyvalente Lucille et Géraldine pour leur bonne humeur. Romain mon binôme de bureau, le roi du carton rouge mais surtout une oreille attentive.

-Delphine, de notre arrivée à Nîmes est née cette incroyable amitié qui nous permet de relever tous les défis de la vie. Tu es ma confidente, mon soutien à toute épreuve, toujours là dans les bons comme les mauvais moments. Tu es merveilleuse, pleine de qualités, je ne peux te souhaiter que du bonheur et la vie dont tu as toujours rêvé. J'espère que ce n'est que le début d'une longue et belle amitié.

Aux Nîmois, (Denis, Damien, Guillaume, Patrice, Michael...) avec qui j'ai découvert le monde merveilleux qui se trouve sous nos pieds mais aussi la beauté des sommets. Comment oublier mon titre de "Miss Tautavel", la recherche de la tente qui disparaît tous les soirs, les acrobaties sur la piste de danse et tellement d'autres... Que nous réserve la prochaine sortie ?

A ceux restés dans le "Nord":

- Clémence et Françoise, toutes ces années de travail à la "BU", de sous colles pour enfin arriver au bout. Toutes ces difficultés surmontées grâce à vous. Merci pour toutes ces pauses café, repas prolongés à la cafeteria, ces petits moments qui changent tout.

C'est un bonheur de vous connaître et de pouvoir prolonger cette amitié à travers les voyages. A quand le prochain!

-Mes amis "les saucisses" (Florian, Fabien, Yann, Guillaume) tellement de moments et de souvenirs partagés. Toujours prêt pour une petite bière ou un tour de vélo.

-Jeanne, qui me connaît par cœur, toutes ces années vécues ensemble. A nos premiers pas dans le monde des adultes, nos fous rires, nos chagrins, notre premier voyage à peine majeures à l'autre bout du monde plein d'aventures et de folie et à ceux qui ont suivi. Rien n'a changé malgré la distance.

Et enfin ma famille, sans vous je ne serai jamais arrivée jusque-là. Vous m'avez encouragée, supportée, jours après jours durant toutes ces années. Merci à mes parents pour leur amour, leur éducation qui m'ont permis d'être la personne que je suis aujourd'hui. Ma maman qui ne peut s'empêcher de s'inquiéter pour moi et vouloir mon bonheur à chaque instant. Mon papa qui préparait mon café tous les matins pour m'encourager avant ces longues journées de travail. Valentin et Louis, des frères en or, je n'aurais pas pu espérer mieux, je sais qu'on pourra toujours compter les uns sur les autres et qu'on restera soudés jusqu'au bout. Les mots ne seront jamais assez forts pour vous dire à quel point je vous aime.

A mes grands-parents que j'aime tant, qui ne pourront pas être là pour la soutenance mais qui, je le sais, seront fiers de moi et m'accompagneront par la pensée. Merci pour tous ces instants de bonheur partagés.

## **TABLE DES MATIERES :**

<b><u>Glossaire :</u></b> .....	p24
<b><u>I-Introduction :</u></b> .....	p25
1-La démographie : .....	p25
2-La personne âgée : .....	p26
2.1 - Le vieillissement	
2.2 - La polypathologie	
2.3 - La fragilité	
2.4 - La dépendance	
2.5 - Les maladies neuro-dégénératives	
3-La coordination de soin autour de la personne âgée : .....	p33
3.1 - Plan solidarité grand âge et filière gériatrique	
3.2 - Structures de coordination	
3.3 - La MAIA	
3.4 - Les PAERPA	
4-Offre de soin du bassin Nîmois : .....	p37
4.1-Démographie du Gard et du bassin Nîmois	
4.2-Offre de soin du bassin Nîmois	
4.3-Demande de soins	
4.4-La ligne directe pour les avis gériatriques	
5- Le développement de la télémédecine : .....	p40
5.1- Définition de la télémédecine et cadre législatif	
5.2- La téléconsultation	

**II- L'étude :** .....p41

1-Les objectifs

2-Le choix de la méthode

3-La population cible

4-Recueil des données

5- Le type d'analyse

**III- Les résultats :** .....p45

1-Le taux de réponse

2-L'objectif principal

2.1-La connaissance et l'utilisation

2.2-La fréquence d'utilisation

2.3-Le motif d'appel

3-Les objectifs secondaires

3.1-La satisfaction

3.2-Les attentes et améliorations

3.3- La « téléconsultation »

**IV- Discussion** .....p51

**V-Conclusion** .....p57

**VI-Références bibliographiques** .....p59

**VII-Annexes** .....p62

**Résumé**



## **GLOSSAIRE:**

**ADL:** Activity of Daily Living

**AGGIR :** Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

**APA :** Allocation Personnalisée à l'Autonomie

**CLIC :** Centres Locaux d'Information et de Coordination

**CREDES :** Centre de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

**CTA :** Coordination Territoriale d'Appui

**GIR :** Groupe Iso-Ressources

**HAS :** Haute Autorité de Santé

**HDJ :** Hôpital De Jour

**HTM :** Hébergement Temporaire Médicalisé

**IADL :** Instrumental Activity of Daily Living

**INSEE :** Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MAIA :** Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

**PAERPA :** Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

**PA-PH :** Personnes Agées et Personnes Handicapées

**PPS :** Plan Personnalisé de Santé

**SSR :** Soins de Suite et Réadaptation

**SSIAD :** Service de Soins Infirmiers A Domicile

**T2A :** Tarification à l'Activité

**UCC :** Unité Cognitivo-Comportementale

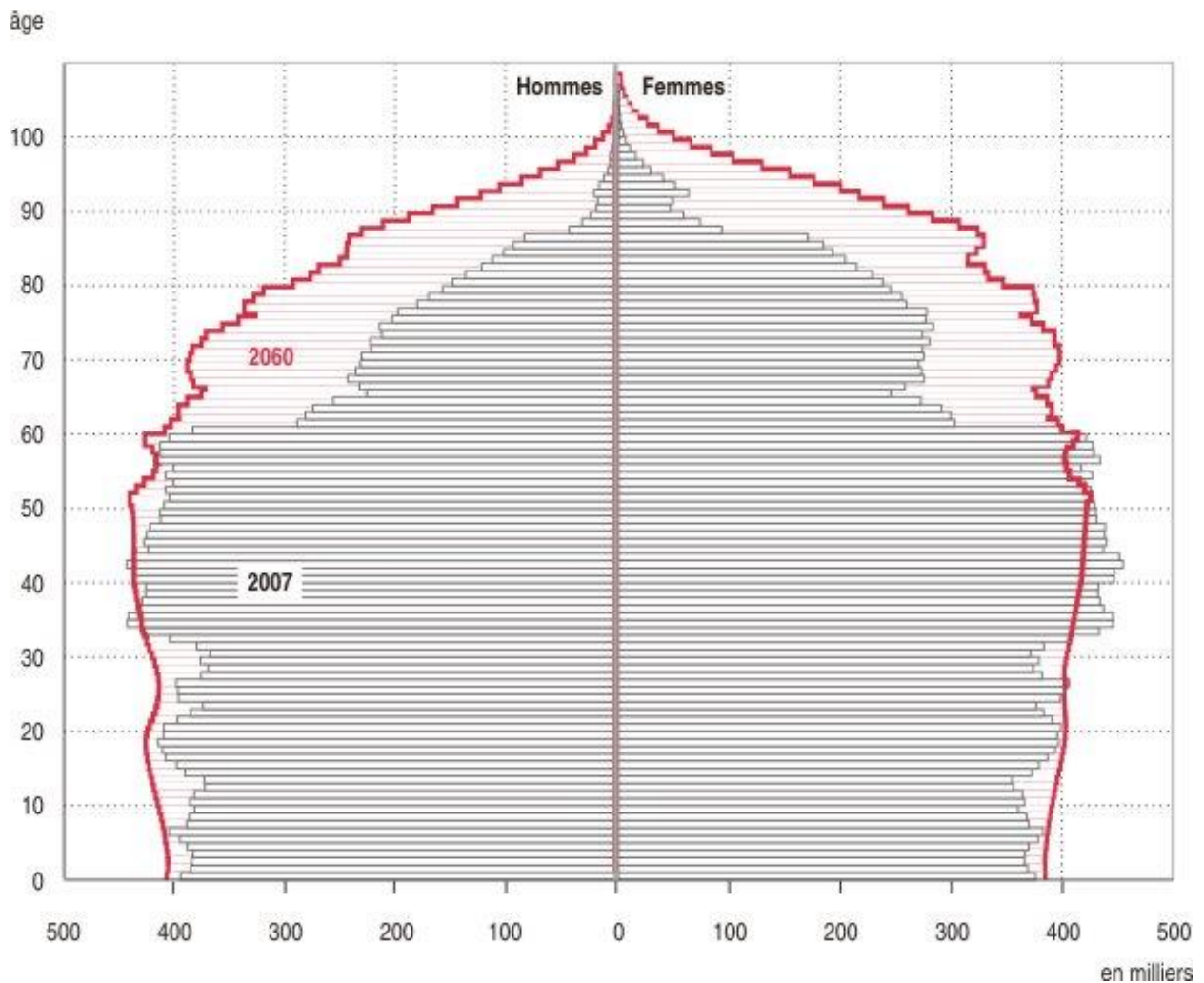
# **EVALUATION DE LA LIGNE TELEPHONIQUE DIRECTE DU SERVICE DE GERIATRIE DU CHU DE NIMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN NIMOIS.**

## **I-INTRODUCTION :**

### **1- La démographie :**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la population française compte 6 104 559 personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui représente environ 1 personne sur 10. (1) Le vieillissement de la génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie, vont entraîner une hausse du nombre de personnes âgées.

Selon les prévisions de l'INSEE en 2060, les plus de 60 ans représenteront 1 personne sur 3, soit une augmentation de 80% en 53 ans. (2) L'augmentation serait plus forte pour les personnes les plus âgées, 11.9 millions pour les 75 ans ou plus et 5.4 millions pour les 85 ans et plus selon les prévisions pour 2060.



Graphique 1: Pyramide des âges en 2007 et 2060.

L'ordonnée représente l'âge des personnes âgées en 2007 et en 2060 et en abscisse le nombre de personnes en milliers avec les hommes à gauche et les femmes à droite.

## **2- La personne âgée :**

L'OMS définit la personne âgée par un âge de 65 ans et plus.

La personne âgée « gériatrique » est définie par un âge de 75 ans et plus, le plus souvent poly-pathologique, à haut risque de perte d'autonomie ou d'aggravation de la dépendance.

Nous allons détailler les principales caractéristiques de la personne âgée et les concepts gériatriques qui l'accompagnent que sont la notion de vieillissement physiologique et pathologique, la polypathologie, le concept de fragilité, la dépendance et la particularité des maladies neurodégénératives.

### **2.1-Le vieillissement :**

Le vieillissement se définit par « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr sans atteindre le seuil pathologique et qui résulte des effets des facteurs génétiques et environnementaux tout au long de la vie ». (3)

Le vieillissement amène à une diminution des réserves fonctionnelles et réduit la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.

Le vieillissement pathologique résulte quant à lui du vieillissement physiologique auquel s'ajoutent une ou plusieurs maladies avec leurs conséquences.

A âge égal, les effets du vieillissement sont très variables entre les individus et amènent à une grande hétérogénéité de la population gériatrique.

## **2.2-La polypathologie :**

La polypathologie est définie selon Fortin par la « co-occurrence de plusieurs maladies chroniques »(4).

L'allongement de la durée de vie entraîne une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ces maladies chroniques sont plus fréquentes encore chez la personne âgée. Dans les tranches d'âges les plus élevées, la polypathologie est quasiment une constante.

Les enquêtes décennales réalisées par l'INSEE entre 2002 et 2003 montrent que les plus de 65 -79 ans déclaraient avoir en moyenne 5 maladies. (5)

Entre 1991 et 1992, l'enquête Insee-Credes sur la santé et les soins médicaux réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 8235 ménages représentatifs de tous les ménages a montré que 93% des 70 ans et plus avaient au moins 2 maladies et 85% au moins 3 maladies. Les affections cardio-vasculaires et ostéo-articulaires étaient les plus fréquentes. (6)

En 1984 Jean-Pierre Bouchon (7) décrit un modèle d'évolution de la polypathologie et des décompensations associées chez la personne âgées en représentant la décompensation fonctionnelle sous forme d'une cascade.

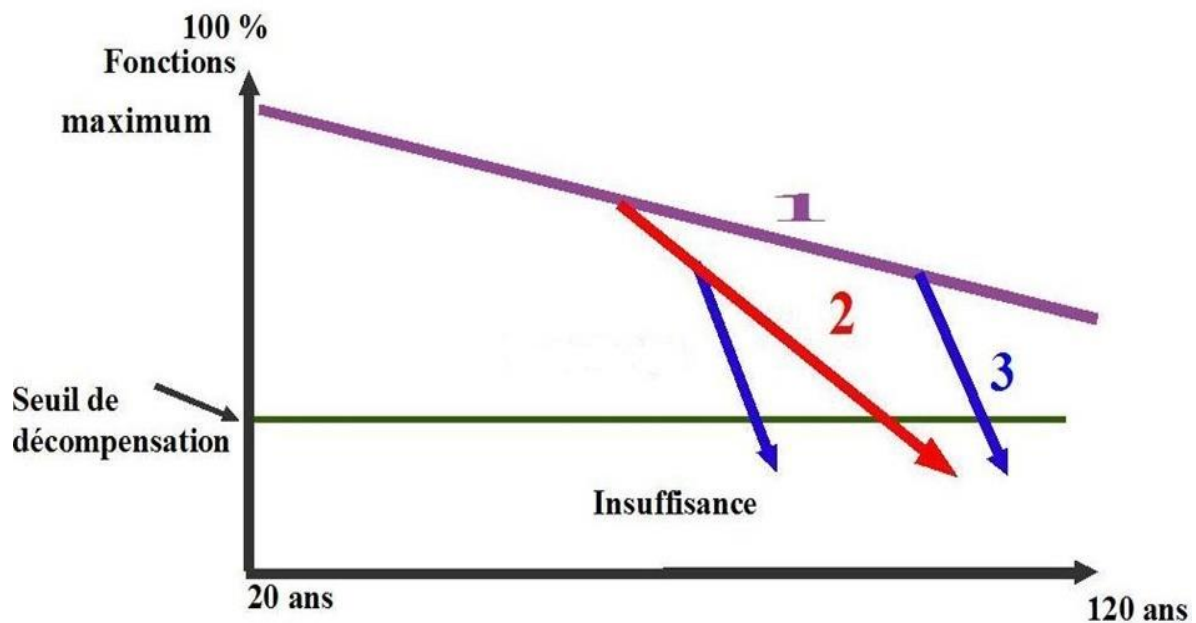


Figure 1: « 1+2+3 » de J.P Bouchon

L'ordonnée représente la fonction d'un organe et l'abscisse l'âge du patient.

La courbe 1 représente le vieillissement de l'organe.

La courbe 2 est l'effet d'une ou plusieurs maladies chroniques sur l'organe. Il vient se surajouter à l'effet du vieillissement.

La courbe 3 représente un facteur aigu (iatrogénie, affection médicale) de décompensation.

Ce modèle permet de mieux percevoir et appréhender la majorité des situations cliniques de gériatrie.

### 2.3- La fragilité :

La fragilité est un concept gériatrique pour lequel il existe plusieurs modèles, les deux principaux sont ceux de Rockwood et de Fried :

Selon Rockwood (1997,2005), la fragilité résulte de l'accumulation de déficits physiques et cognitifs. Il est difficile à mettre en œuvre dans la pratique courante du fait du nombre importants de variables et il ne permet pas de distinguer les concepts de fragilité, comorbidité et incapacité. (8)

Selon Fried (2001), la fragilité est identifiée par cinq composantes qui sont la fatigue ou mauvaise endurance, la diminution de l'appétit, la faiblesse musculaire, le ralentissement de la vitesse de marche, la sédentarité ou faible activité physique. L'individu est considéré comme « fragile » s'il présente trois ou plus de ces critères, « pré-fragile » en présence d'un ou deux critères, « robuste » en l'absence de ces critères. (9)

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) définit la fragilité comme suivant : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète 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 est 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 » (10)

La définition du concept de fragilité permet de repérer les personnes à risque de dépendance et de débiter des actions de prévention (par exemple la mise en place du PPS dans le cadre du PAERPA).

#### **2.4-La dépendance :**

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (11).

La dépendance est évaluée par plusieurs échelles :

-L'échelle des activités de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living, ADL*) ou échelle de KATZ (12), qui évalue la capacité de réaliser des soins corporels, de s'habiller, de se rendre aux toilettes, la capacité à faire les transferts, la continence et l'alimentation. (Annexe 1)

-L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (*Instrumental Activities of Daily Living, IADL*) ou échelle de LAWTON (13), qui évalue les capacités à utiliser le téléphone, à faire ses courses, la cuisine et le ménage, à s'occuper du linge, à utiliser un moyen de transport, prendre ses médicaments et gérer son budget. (Annexe 2)

-La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) évalue la demande en soins requis avec 10 items qui sont la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts avec le passage



coucher-assis-debout, le déplacement à l'intérieur, le déplacement à l'extérieur et la communication à distance.

Elle permet de définir le profil de dépendance en Groupes Iso Ressources (GIR) au nombre de 6, le GIR 1 correspondant à une dépendance complète et le GIR 6 à une autonomie fonctionnelle totale. Le GIR permet l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) aux personnes en GIR 1 à 4 (14). (Annexe 3)

En 2015, 1.25 millions de personnes étaient bénéficiaires de l'APA (15). Devant l'augmentation de la population âgée, les prévisions estiment qu'il y aura en 2060, 2.3 millions de personnes dépendantes au sens de l'APA (16) ce qui représente une majoration de 50% du nombre de personnes âgées dépendantes.

### **2.5-Les maladies neuro-dégénératives :**

Les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson et maladies apparentées) touchent environ 12% des plus de 70 ans, 225 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Ces maladies entraînent 70% des entrées en institution et 72% des demandes d'APA.

Les plans Alzheimer successifs ont été établis afin de pourvoir aux besoins du patient et de ses aidants dans la prise en charge globale, le dernier étant le « plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 » qui définit la place des structures médico-sociales pour améliorer la prise en charge du patient et des aidants.

### **3- La coordination de soins autour de la personne âgée :**

Dans le contexte de vieillissement de la population et de majoration du nombre de personnes âgées dépendantes, pour répondre aux besoins de prise en charge avec une continuité des soins entre le domicile, les établissements médicaux sociaux et les établissements de santé, plusieurs structures ont été mises en place.

#### **3.1-Plan solidarité grand âge et filière gériatrique :**

La filière gériatrique a été définie dans la circulaire DHOS/02/DGS/SDSDn°2002/157 du 18 mars 2002 (17) puis réévaluée dans la circulaire DHOS/02/n°2007-117 du 28 mars 2007 (18) en lien avec le plan solidarité grand âge de 2006 (19).

Elle définit les différentes composantes de la filière gériatrique pour la prise en charge globale médico-psycho-sociale et l'orientation des patients en fonction de leurs besoins.

La filière gériatrique recommandée doit comprendre :

- . un court séjour gériatrique
- . une équipe mobile de gériatrie
- . une unité de consultation ou d'hospitalisation de jour gériatrique
- . un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance
- . une ou plusieurs unités de soins de longue durée.

### **3.2-Les structures de coordination :**

La filière gériatrique s'organise en partenariat avec les CLIC et les réseaux « personnes âgées ».

Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) sont définis par la circulaire DGAS/avie/2c du 18 mai 2001 dans laquelle sont précisés les objectifs qui sont la mise en cohérence des dispositifs existants pour apporter et mettre en place des aides préventives ou opérationnelles à toutes les personnes âgées grâce à un accueil gratuit et personnalisé. Dans la circulaire sont définis les cahiers des charges permettant l'obtention des labels. (20).

Selon les missions et services proposés il existe 3 niveaux de labellisation :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.
- label niveau 2 : niveau 1 avec réalisation des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.
- label niveau 3 : niveau 2 avec des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Les réseaux gérontologiques ont plutôt un domaine d'intervention sanitaire en coordonnant les intervenants autour de la personne âgée dépendante qui désire vivre à domicile. Comme définis dans la circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 (21), ils ont comme mission le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées.

Pour réaliser leurs missions les réseaux recueillent des informations au niveau des équipes de l'APA, des professionnels de santé, des CLIC ou des assistantes sociales et de toutes personnes en contact avec la personne nécessitante. Au sein du réseau on retrouve des professionnels de santé libéraux, paramédicaux, un hôpital de proximité, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une assistante sociale.

### **3.3- La MAIA :**

Devant la complexité des maladies d'Alzheimer et apparentées qui associent des problèmes comportementaux avec des conséquences sociales et une dépendance une meilleure articulation entre professionnels de santé et intervenants médico-sociaux est essentielle. Dans ce contexte et suite au plan Alzheimer 2008-2012, a été créé un dispositif d'organisation des ressources qui est la MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer).

La circulaire ministérielle N°DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 (22) précise que les MAIA ont pour mission « d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ». La MAIA représente une porte d'entrée unique pour construire un parcours de soins personnalisés en coordonnant les professionnels du secteur sanitaire et médico-social pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer.

### **3.4-Les PAERPA :**

Projet pilote sur 9 territoires en 2013, en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale, le dispositif a été généralisé en 2016 dans le cadre du pacte territoire santé 2 (23).

Les PAERPA ont pour objectif « de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût », et en particulier tout ce qui favorise la meilleure prise en charge du domicile. Elle s'adresse aux personnes dont l'autonomie est susceptible de se dégrader. (Annexe 4)

Elle s'appuie sur cinq objectifs clés :

- un maintien au domicile renforcé en s'appuyant sur les professionnels de premier recours et en élaborant un plan personnalisé de santé (PPS)

- une amélioration de la coordination avec une plateforme nommée Coordination Territoriale d'Appui (CTA) qui utilise les structures existantes (CLIC, réseaux) et la MAIA lorsqu'elle est déployée. La CTA a pour but de favoriser l'information et l'orientation des professionnels, des personnes âgées et les échanges entre professionnels dont l'offre téléphonique de réponse gériatrique aux professionnels.

- une sortie d'hôpital sécurisée avec l'appui de la CTA via une hospitalisation temporaire si le retour à domicile est trop précoce et la transmission d'information au médecin traitant par une lettre de liaison à la sortie (basée sur les recommandations HAS).

- le renforcement de la prise en charge coordonnée pour éviter les passages aux urgences et les hospitalisations inutiles.

- des réévaluations d'ordonnances dans le but de réduire le risque iatrogène.

## **4-Offre de soins du bassin Nîmois :**

### **4.1-Démographie dans le Gard et à Nîmes :**

On retrouve dans les dix départements les moins peuplés en personnes de plus de 75 ans, une population comprise entre 9464 pour la Lozère et 20166 pour la Meuse.

Le Gard compte 76 469 personnes âgées de 75 ans et plus (soit 10, 2 % de la population totale du département) en 2015 dont environ 14 000 pour la ville de Nîmes (24). De ce fait le Gard se classe en 26<sup>ème</sup> position sur les 100 départements français, l'offre de soins doit donc être adaptée à l'importante population des plus de 75 ans.

### **4.2-Offres de soins du bassin Nîmois :**

Le CHU de Nîmes est doté d'une filière gériatrique composée d'un court séjour gériatrique avec 50 lits d'hospitalisation, d'un hôpital de jour, de plusieurs USLD, d'un SSR gériatriques et d'une unité géronto-psychiatrique répartis entre les sites de Caremeau et de Serre cavalier.

Sur Nîmes et pour le département du Gard il existe 5 MAIA (Aigoual pic saint-Loup, Porte des Cévennes, Uzège Gard Rhodanien, Camargue Vidourle et Grand Nîmes). La MAIA Grand Nîmes couvre 39 communes et 12 cantons ce qui représente 25 179 personnes âgées de plus de 75 ans. Sur le territoire le service des Personnes Agées et Personnes Handicapées (PA-PH) remplit les fonctions du réseau gérontologique et du CLIC.

#### **4.3-Demande de soins :**

Chaque année le service des urgences de Nîmes reçoit environ 78 000 malades dont 10 637 personnes âgées de plus de 75 ans en 2015 et 11 420 en 2016 ce qui représentait environ 14% des passages aux urgences.

Parmi ces consultants âgés la moitié sont ensuite hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie.

Le service de médecine gériatrique a réalisé 1933 hospitalisations en 2016 et 1953 en 2017.

Parmi ces hospitalisations, 70% des patients arrivent par service des urgences répartis entre les urgences (38%) et la zone d'attente d'hospitalisation (62%).

Les entrées programmées de la ville représentent environ 20% des hospitalisations en médecine gériatrique et les transferts en provenance d'autres services du CHU représentent 10% des hospitalisations.

A Nîmes, la durée moyenne d'un passage aux urgences est d'environ 13h 30, ce sont les personnes âgées qui attendent le plus car elles présentent les motifs de consultation les plus complexes.

Les études montrent que le risque d'effets indésirables et de mortalité sont proportionnellement augmentés avec le nombre d'heures passées aux urgences.

L'étude canadienne rétrospective d'Ackroyd-Stolarz S, et al (25) montre que la survenue d'un évènement indésirable augmente de 3% pour chaque heure passée aux urgences et ces patients ayant présenté un évènement indésirable dans le service

d'urgence voient leur durée moyenne de séjour en hospitalisation doublée (20 vs 10 jours,  $p < 0,001$ ).

Dans l'étude Singer AJ, et al (26) il a été montré que le risque de mortalité augmentait proportionnellement au nombre d'heures passées aux urgences avec une mortalité de 2% pour ceux qui attendent moins de 2h contre 4% ( $p < 0.001$ ) pour ceux qui attendent plus de 12h.

Si dans certaines situations le passage par le service des urgences s'impose bien souvent celui-ci peut être évité. En effet bon nombre d'hospitalisations pourraient s'effectuer sans passer par les urgences, notamment les décompensations de maladies chroniques déjà suivies dans certains services de médecine ou les hospitalisations relevant d'une problématique principalement sociale par exemple. Or le nombre d'entrées directes est restreint et l'on sait que le passage par les urgences est délétère notamment pour les sujets âgés présentant des pathologies neurodégénératives.

#### **4.4-La ligne directe pour les avis gériatrique :**

Afin de faciliter les rapports entre la ville et l'hôpital en permettant aux médecins généralistes de joindre directement les médecins gériatres pour un avis spécialisé ou une hospitalisation, un numéro de téléphone direct a été créé. Ce numéro fut diffusé pour la première fois le 12 janvier 2001 par courrier à tous les médecins généralistes du Gard, à l'époque il s'agissait du 04.66.68.40.90. La création d'une ligne directe à l'initiative du Pr de WAZIERES était inspirée d'un service nommé « SVP médecine » créé à Besançon grâce auquel les médecins généralistes pouvaient joindre directement un médecin qui répondait à leurs questions.



Actuellement sur le CHU de Nîmes, le numéro d'astreinte est accessible 7 jours sur 7 aux médecins généralistes pour des avis, une hospitalisation ou pour faire entrer le patient dans la filière gériatrique. Cette ligne d'astreinte est assurée par les médecins du court séjour gériatrique et le numéro actuel (04 66 68 45 00) reçoit en moyenne 160 appels par mois.

## **5- Le développement de la télémédecine :**

### **5.1-Définition de la télémédecine**

La télémédecine est définie en 1997 par l'OMS comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ».

Dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 78, la télémédecine est définie comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients » (27).

Elle a donc comme objectifs principaux d'améliorer la couverture médicale des patients principalement dans les suivis de maladies chroniques, prévenir les complications et donc les hospitalisations en assurant la continuité des soins à domicile.

## **5.2-La téléconsultation**

La téléconsultation correspond à la consultation à distance par un professionnel de santé. La facturation est identique à celle réalisée en cabinet de ville.

Les modalités de réalisation de la téléconsultation sont le recueil du consentement du patient, l'identification des professionnels intervenants, l'inscription dans le dossier du patient.

Depuis sa création le numéro de téléphone du service de gériatrie du CHU de Nîmes apporte des réponses et conseils aux médecins généralistes sur le principe de l'actuelle téléconsultation qui participe à l'essor de la télémédecine afin d'améliorer le suivi extrahospitalier des patients dans tous les domaines.

Devant la multiplication des projets visant à améliorer la relation ville-hôpital afin de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée, nous nous sommes demandé si le numéro des avis gériatriques était connu de tous les médecins généralistes dépendants du CHU de Nîmes, s'ils l'utilisaient et pour quels motifs ?

## **II-L'ETUDE :**

### **1-Objectifs :**

L'objectif principal était d'évaluer la connaissance du numéro des avis gériatriques du CHU de Nîmes par les médecins généralistes de bassin Nîmois et leur motif d'appel.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

.la satisfaction des réponses apportées.

.les améliorations possibles.

.les modifications possibles de l'interface ville-hôpital.

.la possibilité de consulter sur le principe de la télémédecine.

## **2-Choix de la méthode :**

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative basée sur un recueil téléphonique des données par un questionnaire semi dirigé.

Le recueil des réponses a été réalisé par un seul investigateur entre le 01/04/2017 et 15/12/2017 sur 278 médecins généralistes. Lors de l'appel téléphonique il était précisé que cela concernait un questionnaire de thèse adressé au médecin généraliste. Dans le cas où la secrétaire donnait un horaire de rappel, le médecin était recontacté à l'heure précisé. Dans le cas où il était nécessaire de laisser les coordonnées pour que le médecin rappelle sur son temps libre, un délai d'une semaine était laissé avant de procéder à un nouveau contact.

Le recueil des données et l'analyse des données ont été réalisées anonymement.

Ce projet d'étude a été présenté devant le conseil scientifique de la CRCI du CHU de Nîmes le 22.09.2017 qui a estimé qu'il était hors loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine consolidée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite loi Jardé.

### 3-Population cible :

La population cible était les médecins généralistes qui dépendent du CHU de Nîmes c'est-à-dire de Quissac à Sommières à l'ouest, la Calmette au nord, Bézouze à l'est et Saint Gilles au sud soit 36 communes.



Carte 1 : Bassin nîmois

Les coordonnées ont été recueillies à partir des pages jaunes et du site Ameli.

Ont été exclus les médecins pratiquant uniquement l'homéopathie ou l'acupuncture.

#### **4-Recueil des données :**

Le questionnaire (Annexe 5) était composé de 7 questions fermées oui/non ou à choix multiples.

La première question évaluait la connaissance du numéro par le médecin.

La seconde précisait parmi ceux qui le connaissaient s'ils l'utilisaient.

La troisième question évaluait à quelle fréquence ils le faisaient avec comme possibilités de réponses une fréquence supérieure à 1 fois par semaine, supérieure à une fois par mois, inférieure à une fois par mois ou inférieure à une fois tous les 6 mois.

La quatrième question précisait le motif d'appel (avis, hospitalisation ou entrée dans la filière gériatrique). Si la réponse « entrée dans la filière gériatrique » était choisie, il était demandé de préciser pour quelle partie de la filière l'appel avait été donné.

La cinquième question cotait le niveau de satisfaction des appels. Si le médecin était satisfait il précisait la ou les raisons de sa satisfaction parmi plusieurs propositions. Il en était de même lorsqu'ils étaient insatisfaits. Dans les deux cas le choix « autre réponse » permettait aux médecins de donner une autre raison à leur niveau de satisfaction.

La sixième question concernait les possibles améliorations ou attentes des médecins concernant le système en place, avec comme choix possibles des systèmes en place dans d'autres structures hospitalières tels que la plateforme téléphonique, l'équipe extrahospitalière, un portail web ou des numéros pour chaque composante de la filière.

Dans cette question était aussi évoquée l'amélioration de la rapidité d'hospitalisation dans le but d'évaluer la perception des médecins sur le délai d'hospitalisation après l'appel. La dernière proposition permettait de choisir le maintien du système actuel du numéro unique.

La septième question évoquait la tarification à l'acte de l'avis téléphonique et le ressenti des médecins quant à leur participation à cette facturation. Les remarques associées aux réponses ont été recueillies pour expliquer leur avis favorable ou non.

### **5-Analyse :**

Pour chaque question les résultats sont présentés sous forme de pourcentages.

Pour la première question qui concernait la connaissance du numéro de téléphone les résultats ont été calculés sur l'ensemble des médecins ayant répondu (68 médecins) puis les calculs ont été effectués sur le nombre de médecins pouvant continuer le questionnaire en fonction de leur réponse aux précédentes questions.

## **III-RESULTATS :**

### **1-Le taux de réponse**

Sur les 278 médecins généralistes contactés pour le recueil téléphonique seulement 68 ont répondu au questionnaire, soit 24.5% de réponses.

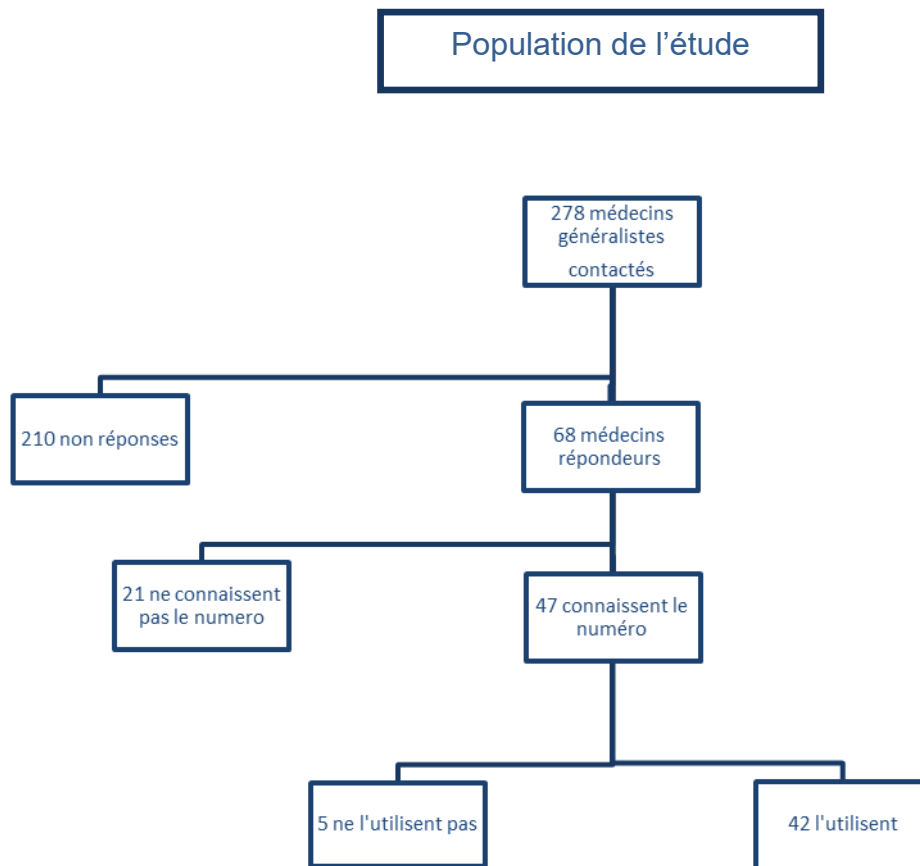
### **2-L'objectif principal :**

#### **2.1-La connaissance et l'utilisation :**

Sur les 68 médecins ayant répondu au questionnaire 47 connaissaient le numéro de téléphone pour joindre les gériatres soit 69% des médecins interrogés et 21 ne connaissaient pas l'existence du numéro soit 31% des sondés.

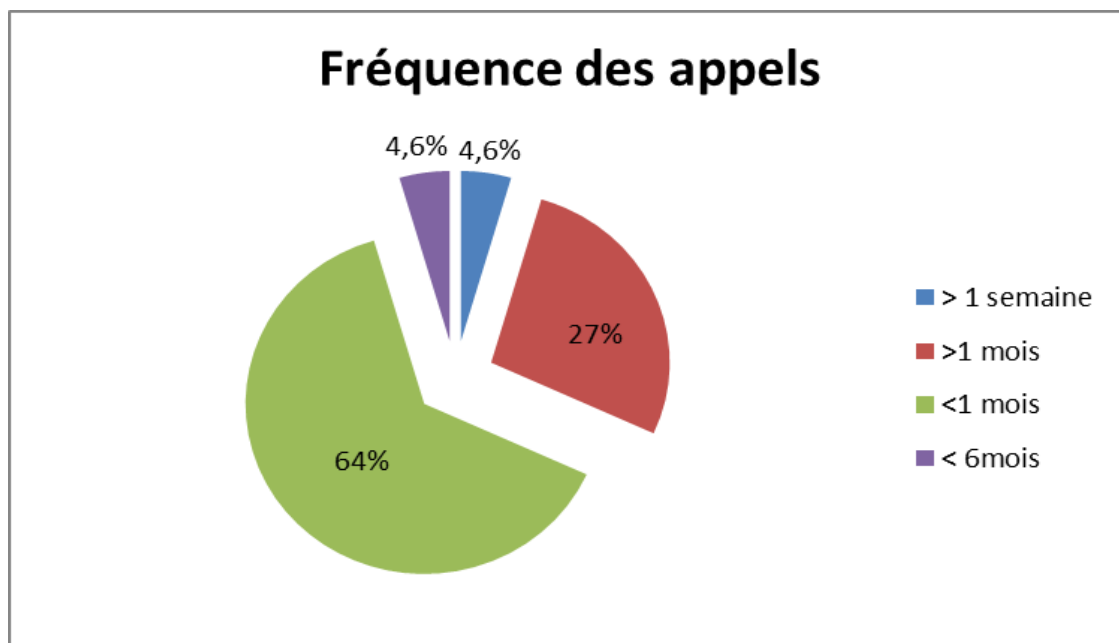
Parmi les 47 médecins généralistes qui connaissaient le numéro, 5 d'entre eux (11%) ne l'utilisaient pas. Parmi ceux qui ne l'utilisaient pas 2 l'avaient utilisé précédemment

mais avaient arrêté évoquant un souci de communication avec certains des interlocuteurs.



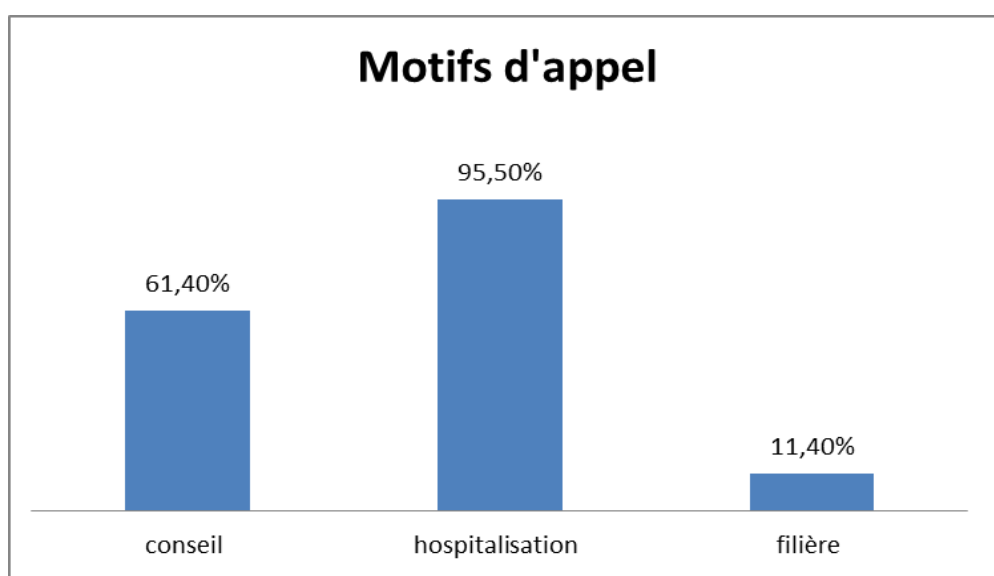
## 2.2-La fréquence d'utilisation :

Concernant la fréquence d'utilisation, sur les 44 médecins généralistes qui utilisaient le numéro de téléphone, 4.6% l'utilisaient plus d'une fois par semaine, 27% plus d'une fois par mois, 64% moins d'une fois par mois et 4.6% moins d'une fois tous les six mois.



### 2.3- Le motif d'appel :

Quand les médecins généralistes appelaient sur le numéro, les motifs principaux d'appel concernaient l'hospitalisation d'un de leurs patients (95.5% des réponses), puis pour un conseil dans 61.4% des cas. Les appels ayant pour motif la filière gériatrique représentaient 11.4% des appels, et les composantes de la filière concernées étaient l'HDJ dans 60% des cas, puis l'UCC (20%) ou le SSR (20%).





### **3-Les objectifs secondaires :**

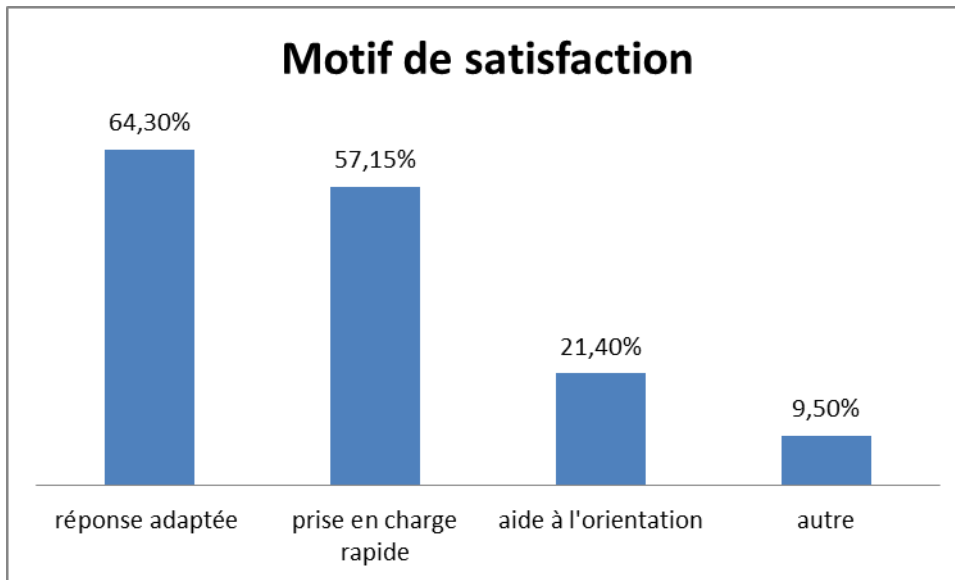
#### **3.1-La satisfaction :**

Sur les 44 médecins généralistes sondés, 26 (59.1%) se disaient très satisfaits des réponses apportées, 16 (36.4%) étaient satisfaits, un moyennement satisfait et un était insatisfait.

Pour les 42 médecins généralistes satisfaits, le principal motif de satisfaction était :

- d'avoir reçu une réponse adaptée à la question posée pour 64.3% d'entre eux,
- une prise en charge rapide pour 57.15%,
- une aide à l'orientation de leur patient pour 21.4%.

Quatre médecins interrogés évoquaient d'autres raisons à leur satisfaction, la gentillesse des interlocuteurs lors de l'appel, la confiance qu'ils avaient dans les réponses et les prises en charge proposées ainsi que la satisfaction d'avoir quelqu'un à joindre en cas de soucis alors que pour les autres services du CHU les lignes d'accès aux médecins des autres spécialités disparaissent et que les médecins généralistes se sentent abandonnés.

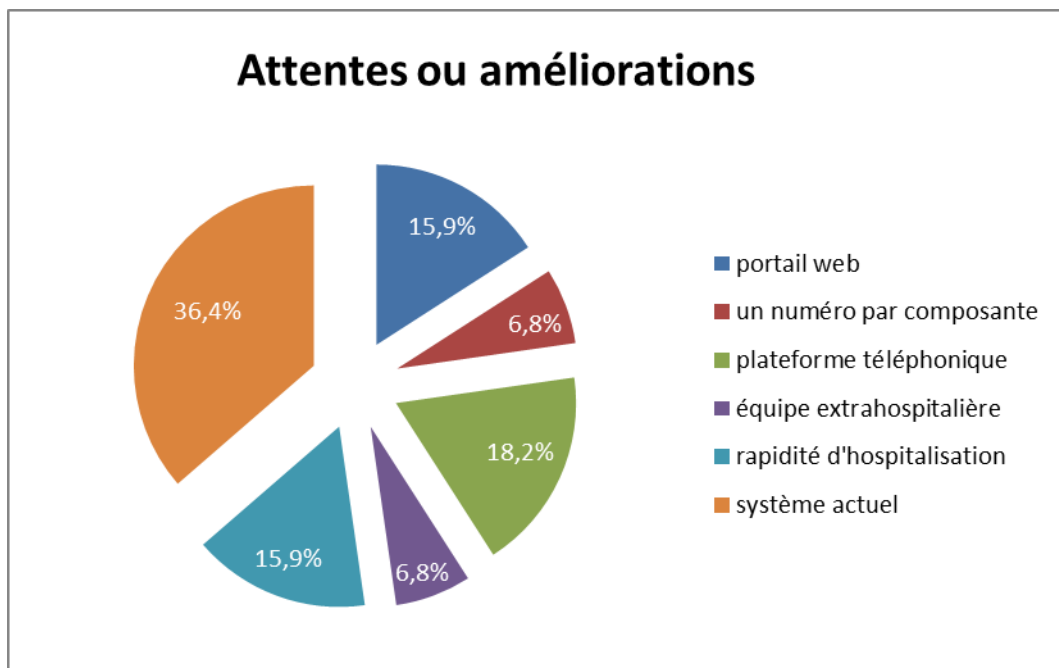


Concernant les raisons de l'insatisfaction des médecins généralistes interrogés, l'un évoque des réponses non adaptées et l'autre un manque de place pour hospitaliser ses patients.

### **3.2-Les attentes et améliorations :**

La question concernant les attentes ou améliorations proposait plusieurs systèmes de communications différents de celui actuellement en place ou d'autres méthodes d'aide à la prise en charge des patients. Parmi les réponses proposées 7 (15.9%) aimeraient un portail web pour pouvoir avoir des conseils de prise en charge, 3 (6.8%) préféreraient un numéro pour chaque composante de la filière, 8 (18.2%) aimaient le principe d'un numéro unique avec orientation de l'appel en fonction de la demande et la possibilité de fixer un rendez-vous, 3 (6.8%) aimaient l'idée d'une équipe extra-hospitalière qui pourrait venir voir le patient et aider à la prise en charge gériatrique en ville, et 7 (15.9%) auraient préféré que l'hospitalisation de leur patient soit plus rapide. Pour les 16 restants (36.4%), le système actuel était idéal et ne nécessitait pas d'améliorations du fait d'un numéro unique avec un interlocuteur directement accessible et qui donnait

des réponses adaptées à la médecine de ville permettant la prise en charge de leurs patients au moment où ils les voyaient, surtout dans le cadre des visites à domicile ou en EHPAD.



### 3.3-La « téléconsultation »

Il a été demandé aux médecins généralistes interrogés leur avis concernant la transmission des données CPAM de leurs patients lors des appels sur le numéro afin de facturer les appels sur le principe de la téléconsultation. Ils en résultent que 28 (63.65%) étaient favorables à la facturation car ils considéraient que la responsabilité du médecin qui donnait l'avis était engagée et que le temps pris pour répondre pouvait justifier une facturation. Quinze d'entre eux (34.10%) n'étaient pas favorables, ils pensaient que la facturation pourrait être un frein aux appels et que le numéro faisait parti du service hospitalier et qu'une rémunération à l'acte n'était pas justifié.

Enfin 1 médecin généraliste n'a pas voulu se prononcer sur la question.

## **IV-DISCUSSION :**

### *Les résultats :*

Notre étude montrait qu'environ un tiers des médecins généralistes du bassin Nîmois ne connaissaient pas le numéro direct du service de gériatrie du CHU de Nîmes. Cette méconnaissance peut s'expliquer par l'ancienneté des dernières campagnes de diffusion du numéro ainsi que par le début de la vague de départ en retraite des médecins du baby-boom.

Parmi ceux qui le connaissaient la majorité l'utilisaient à une fréquence de moins d'une fois par mois pour faire hospitaliser leurs patients principalement ou pour avoir un conseil de prise en charge. Cette volonté de faire entrer leurs malades directement en gériatrie sans passage par le service des urgences témoigne de la prise de conscience de certains médecins du caractère néfaste que peut revêtir un séjour aux urgences pour les patients de plus de 80 ans. Cela doit amener le CHU à développer les hospitalisations directes or on constate actuellement que sous la pression de l'afflux de malades aux urgences le pourcentage d'entrées directes diminue sur les dernières années (33 % en 2015 et 20 % en 2017).

Les résultats montraient également que les médecins généralistes sont satisfaits du système actuel et des réponses qui leurs sont apportées.

### *Evaluation de systèmes similaires :*

Dans une étude réalisée sur le CHU de Grenoble sur la qualité des services rendus par le centre hospitalier universitaire du point de vu des médecins généralistes (28), il ressortait comme point faible le plus souvent cité celui du défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers. La proposition qui accompagnait ce point était la création d'un

système d'astreinte téléphonique par spécialité comme celui déjà en place en maladie infectieuse au moment de l'étude. Cet article montre la volonté des médecins généralistes d'avoir la possibilité de communiquer directement avec les médecins hospitaliers pour faciliter la coordination des soins dans le but d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

Il a été réalisé à Lyon au centre hospitalier Edouard-Herriot une évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie par étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes (29). Cette étude explorait par des questions ouvertes les circonstances motivant l'appel, les services sollicités, la perception des bénéfices tirés, leur satisfaction et les pistes d'améliorations éventuelles. Les résultats montraient que les médecins de ville avaient des difficultés à obtenir l'avis d'un médecin hospitalier et se sentaient jugés par celui-ci, que les hospitalisations directes étaient difficiles à organiser et que de ce fait ils utilisaient le service d'urgence comme solution à l'hospitalisation de leurs malades.

Les attentes des médecins étaient de pouvoir organiser des hospitalisations pour les motifs récurrents qui ne peuvent être gérés en ville comme la pathologie aiguë, la décompensation de maladie chronique, l'altération de l'état général ou la polyopathie complexe. Cette demande d'hospitalisation se retrouvait aussi dans le cas de maintien à domicile difficile dans le cadre d'une famille aidante épuisée ou une personne isolée. Leur deuxième attente était de bénéficier d'un avis gériatrique concernant les troubles cognitifs ou les troubles du comportement.

L'évaluation de ce numéro montrait que les médecins étaient satisfaits de sa mise en place car cela permettait de gagner du temps en ayant une réponse immédiate à l'avis, que les gériatres répondaient en ayant une bonne compréhension de la problématique

ambulatoire et que l'échange téléphonique permettait de temporiser l'hospitalisation ou d'organiser une entrée directe lorsque l'hospitalisation était inévitable.

Comme on a pu le noter dans notre étude certains médecins font état de soucis de communications avec leur interlocuteurs hospitaliers. Ces « soucis » peuvent bien entendu relever d'un facteur « humain », mais aussi être liés au sentiment d'être jugés comme dans l'étude de Lyon.

Certaines questions nécessaires à l'orientation du malade peuvent renforcer ce sentiment de jugement par des différences de pratiques issues des conditions d'exercice. Un exemple parlant est la réalisation du toucher rectal dans le cas d'une anémie. Ce geste est délicat à réaliser en ville chez un patient difficilement mobilisable et dans le contexte d'une visite à domicile alors qu'il est inconcevable de ne pas le réaliser à l'hôpital.

Le manque de temps des médecins généralistes et le manque de places d'hospitalisation peuvent également être un frein à une bonne communication. En effet si le médecin gériatre prend le temps de poser les questions lui permettant d'évaluer le patient et que finalement il n'a pas de place à proposer, le médecin généraliste adressera directement le patient aux urgences pour qu'il soit hospitalisé. Si cette situation est récurrente, il est compréhensible que le médecin généraliste adresse directement son patient aux urgences sans joindre le gériatre.

Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres études évaluant le numéro direct d'appel (30).

Les résultats des différentes études sont en accord les nôtres concernant le motif d'appel principal qui était l'hospitalisation, la satisfaction de la mise en place du numéro direct et des réponses apportées lors de l'appel.

*Perspectives d'amélioration :*

La promotion actuelle par l'ARS des prises en charge hospitalières dites ambulatoires n'est pas adaptée aux malades âgés polypathologiques. Le système de santé doit nécessairement évoluer pour faire face au vieillissement de la population, en développant de nouveaux modèles de prise en charge grâce à l'utilisation des systèmes qui ont prouvés leur efficacité en terme de maintien à domicile et de limitation des hospitalisations non programmées.

Le nombre important de médecins généralistes n'ayant pas connaissance du numéro direct de gériatrie, doit nous pousser à envisager une nouvelle campagne de diffusion, en rappelant les possibilités associées que sont les hospitalisations programmées, les conseils de prise en charge diagnostique, thérapeutique ou sociale permettant d'éviter un passage aux urgences et rappeler les possibilités de la filière gériatrique.

Le nombre important d'hospitalisations en lien avec une problématique principalement « sociale » nous incite à penser qu'un effort est encore possible dans le diagnostic, le suivi et l'anticipation des besoins des malades souffrant de pathologies neurodégénératives.

Dans le cadre du développement de la télémédecine, et au vu de l'augmentation de la population gériatrique à venir, la téléconsultation gériatrique par le biais de la ligne

directe pourrait être un recours au passage par les urgences, seulement la diffusion de ce type de ligne est freinée au niveau de l'hôpital par le manque de moyen humain et l'absence de valorisation T2A de cette activité. Comme certains généralistes l'ont souligné dans notre étude cette ligne téléphonique peut être considérée comme faisant partie du service hospitalier, dans ce contexte un financement par l'ARS serait plus acceptable et plus simple qu'une facturation à l'activité.

La création d'un numéro unique pour la filière gériatrique à l'attention des professionnels de santé avec une plateforme téléphonique qui orienterait l'appel en fonction du motif d'appel et permettrait la prise de rendez-vous comme cela existe au CHU de Rouen pourrait être une solution. Cela permettrait de favoriser la prise en charge des malades dans les services adaptés avec les médecins responsables de chaque unité de la filière.

Enfin le développement des équipes extrahospitalières avec des gériatres expérimentés ayant une connaissance du système hospitalier comme il en existe déjà dans certaines villes, pourrait être un atout supplémentaire pour à la prise en charge de la « vague gériatrique » sans précédent à laquelle nous allons devoir faire face.

#### *Les forces de l'étude :*

Le recueil a été réalisé par un seul investigateur ce qui a limité la variabilité dans la réalisation du questionnaire et dans la formulation des questions.

L'investigateur ne faisant pas parti de la ligne d'astreinte du numéro, les médecins pouvaient plus facilement se confier et donner des réponses objectives.



Le nombre d'inclusions bien que limité est satisfaisant pour ce type d'étude avec une hétérogénéité de la population des médecins généralistes ayant répondu permettant de recueillir un avis indépendant du mode d'exercice ou du lieu d'exercice.

De plus il n'y avait jusqu'à présent pas été réalisé d'étude dans le bassin Nîmois portant sur l'évaluation du numéro direct de gériatrie depuis sa création en 2001 permettant d'avoir un retour sur sa pertinence et son utilité.

#### *Les limites :*

Notre étude présente un biais de non réponse par un faible taux de réponses qui diminue la représentativité de l'avis de la majorité des généralistes. Le faible taux de réponses s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord l'horaire d'appel correspondait aux horaires des consultations, avec des périodes d'augmentation de la charge de travail des médecins généralistes (septembre) ou des absences sur les congés (été ou scolaires). De plus les médecins généralistes sont sollicités pour répondre aux nombreux travaux de thèse. Il existe des barrages au niveau des secrétariats, avec des refus de transfert d'appel ou de possibilité de laisser ses coordonnées pour un rappel ultérieur. Cette démarche était d'autant plus difficile lorsqu'il s'agissait de secrétariats à distance, car les secrétaires ne pouvaient pas joindre directement le médecin pour lui laisser un message ou pour évaluer ses disponibilités.

Il existe un biais de sélection des médecins généralistes n'ayant pas de secrétariats qui sont plus accessibles que ceux qui en ont un. De plus, les médecins qui accueillent des internes ou travaillent avec les universités sont plus enclins à répondre aux questionnaires de thèse.

Il est également envisageable que les médecins ne connaissant pas le numéro de téléphone n'aient pas rappelé car considéraient ne pas pouvoir répondre au questionnaire et que ceux qui connaissaient le numéro et en étaient satisfaits soit plus enclins à rappeler pour répondre.

Les réponses des médecins sont également variables car possiblement dépendantes des caractéristiques d'exercice du médecin (visite à domicile, consultations au cabinet), de son lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), de son expérience professionnelle et principalement de sa patientèle (proportion de personnes âgées et de leur niveau de fragilité et dépendance). Au vu de la taille de notre population et compte tenu du fait que nous n'avons pas évalué le mode d'exercice nous ne pouvons étudier précisément cette variabilité.

## **V-CONCLUSION :**

Depuis le premier plan Alzheimer de 2001 de nombreuses structures et organisations ont été créées pour permettre une meilleure prise en charge ambulatoire de la personne âgée sur le plan médico-social et éviter ou retarder l'entrée en institution. Cette population tend à augmenter dans les années à venir, il s'agit de malades fragiles à risque de décompensation et d'hospitalisations à répétition via les urgences. Ces hospitalisations non programmées sont délétères, s'accompagnent d'une majoration de la dépendance et représentent un coût élevé pour la société.

Il est nécessaire de mettre en place des infrastructures qui permettent le maintien à domicile du patient autant que faire se peut.

Le médecin généraliste est l'acteur principal du maintien au domicile de la personne âgée. Il coordonne tous les acteurs intervenant dans la prise en charge et a un rôle de sentinelle en détectant les situations à risque de décompensation et d'hospitalisation.

En tant que coordinateur il se doit de pouvoir contacter facilement les structures qui l'aident au quotidien. Parmi ces structures, l'hôpital a un rôle majeur, notamment grâce à la filière gériatrique, permettant une prise en charge globale et adaptée aux besoins des malades.

Notre étude montre qu'un numéro direct et unique d'appel semble être une solution adaptée aux médecins généralistes. Ce système est perçu comme un moyen de communication rapide et efficace pour une aide à la prise en charge à domicile ou la possibilité d'une hospitalisation directe. Cette ligne téléphonique est en accord avec le développement de la télémédecine surtout dans un département comme le Gard dont la proportion de personne âgée est considérable.

Cependant le système actuel reste perfectible, il semble nécessaire de réaliser une nouvelle campagne de diffusion du numéro de téléphone du service de Gériatrie et une nouvelle fois rappeler les possibilités offertes par la filière gériatrique aux médecins généralistes exerçant dans le bassin nîmois.

De plus, devant l'augmentation de l'activité gériatrique la mise en place d'une équipe extrahospitalière pour limiter les hospitalisations et d'une plateforme téléphonique pour la filière afin d'orienter selon le besoin (UCC, HDJ...) semblent être des actions complémentaires intéressantes pour répartir la charge de travail et améliorer la prise en charge.

## VI-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Insee - Population par sexe et groupe d'âge en en 2017. *Population par sexe es e*
2. Insee -Population - Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans.
3. Collège national des enseignants de Gériatrie. Introduction, Définition, le vieillissement.
4. Almirall J., Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 4-9, oct. 2013.
5. Allonier C., Guillaume S., Sermet C. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France. *Questions d'économie de la santé Irdes n° 123*, 2007/06.
6. Le Pape A, Sermet C. La polyopathie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ? CreDES, août 1997.
7. Bouchon JP : 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888-92.
8. Rockwood K, Mitnitski A: Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 722-7
9. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J. *et al.*(2001). "Frailty in older adults: evidence for a phenotype". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56 : M146-M156.
10. Y. Rolland, Comment repérer la fragilité en soins primaires, HAS, juin 2013.
11. Collège des enseignants de gériatrie. Autonomie et dépendance.
12. Katz s., dowth t.d., cash h.r: Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970 ; 10 : 20 - 30 p.
13. Lawton m., brody e.m. : Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179 -186 p.
14. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Code de l'action sociale et des familles, MESX0100027L.
15. CNSA, « chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2016 »

16. Lécroart A., 2011, « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 », Document de travail, Série sources et méthodes, DREES, n° 23, septembre.
17. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. MESH0230123C mars 18, 2002.
18. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. SANH0730182C mars 28, 2007. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
19. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité grand âge, 27 juin 2006.
20. Direction générale de l'action sociale, sous-direction des âges de la vie, Bureau des personnes âgées. Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - modalités de la campagne de labellisation pour 2001. MESA0130196C mai 18, 2001
21. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». SANH0730381C mai 15, 2007.
22. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA n° 2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA). Sect. sante -protection sociale-solidarité, AFSA1300860C janvier 10, 2013 p. 33.
23. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. FRA, Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris. FRA / e d. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
24. Ecosante.fr, indicateurs démographiques, population, estimation localisée de la population, année 2015.
25. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse

events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 20:564–569

26. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12) :1324–9.
27. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Chapitre IV : Télémédecine, Article L.6316-1
28. Patrice François et al. « Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire: le point de vue de médecins généralistes », *Santé Publique* 2014/2 (Vol. 26), p. 189-197.
29. Marechal F, Kim B.-A, Castel-Kremer E., Comte B. Evaluation of a direct call line in a geriatric unit (ELUDAT G): a qualitative study. *Neurol Psychiatr Geriatr*, 2015;15:316-22
30. Salles N, Floccia M, Videau MN. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:782-4

## VII- ANNEXES :

### Annexe 1

#### ADL :

Échelle des activités de la vie quotidienne  
(Activity Daily Life)

#### **Hygiène corporelle:**

	<b>Score</b>
1. Autonomie .....	1
2. Aide partielle.....	0.5
3. Dépendant.....	0

#### **Habillage:**

1. Autonomie pour les choix de vêtements et l'habillage	1
2. Autonomie pour les choix de vêtements et l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser.....	0.5
3. Dépendant.....	0

#### **Aller aux toilettes:**

1. Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.....	1
2. Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller .....	0.5
3. Ne peut aller aux toilettes seul.....	0

#### **Locomotion:**

1. Autonomie.....	1
2. A besoin d'aide.....	0.5
3. Grabataire.....	0

#### **Continence:**

1. Continent .....	1
2. Incontinence occasionnelle.....	0.5
3. Incontinent.....	0

#### **Repas:**

1. Mange seul.....	1
2. Aide pour couper la viande ou peler les fruits.....	0.5
3. Dépendant.....	0

**TOTAL:**

--

Meilleur Score 6

Score < 3 = dépendance

Kats S, Down TD, Cash HR, Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10: 20-30

## Annexe 2

### IADL 8 items

#### Echelle d'activités instrumentale de la vie courante

Score

#### I – APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE

- Se sert normalement du téléphone..... 0
- Compose quelques numéros très connus..... 1
- Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément..... 1
- N'utilise pas du tout le téléphone spontanément..... 1
- Incapable d'utiliser le téléphone..... 1

#### II – LES COURSES

- Fait des courses normalement..... 0
- Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats 3 au moins)..... 1
- Doit être accompagné pour faire des courses..... 1
- Complètement incapable de faire des courses..... 1

#### III – PREPARATION DES ALIMENTS

- Non applicable : n'a jamais préparé de repas..... 0
- Prévoit, prépare et sert normalement les repas..... 0
- Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis. 1
- Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins inadéquate..... 1
- Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir..... 1

#### IV – ENTRETIEN MENAGER

- Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères..... 0
- Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle (*pour les travaux lourds*)..... 0
- Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que laver la vaisselle, faire les lits..... 1
- Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal..... 1
- A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager..... 1
- Est incapable de participer à quelque tâche que ce soit..... 1



## V – BLANCHISSERIE

- Non applicable: n'a jamais effectué de blanchisserie..... 0
- Effectue totalement sa blanchisserie personnelle..... 0
- Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc..... 1
- Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres..... 1

## VI – MOYENS DE TRANSPORT

- Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture..... 0
- Organise ses déplacements en taxi, mais autrement, n'utilise aucun transport public..... 1
- Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné..... 1
- Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un 1

## VII – RESPONSABILITE A L'EGARD DE SON TRAITEMENT

- Est responsable de la prise directe de ses médicaments (doses et rythmes corrects) ..... 0
- Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance..... 1
- Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance, en doses séparées..... 1

## VIII – APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT

- Non applicable: n'a jamais manipulé l'argent..... 0
- Gère ses finances de façon autonome (budgets, opérations à la banque..) recueille et ordonne ses revenus..... 0
- Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants..... 1
- Incapable de manipuler l'argent..... 1

**TOTAL :**

### **Annexe 3 :**

#### **Les groupes iso-ressources :**

**GIR 1** : Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

**GIR 2** : les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

**GIR 3** : les personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides pour les soins corporels.

**GIR 4** : les personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Les personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.

**GIR 5** : les personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage...

**GIR 6** : les personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante.

Annexe 4 :

# Parcours Santé des aînés

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR  
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

Paerpa



## **Annexe 5 :**

### **Questionnaire de thèse**

1/Connaissez-vous la ligne directe pour obtenir un avis gériatrique ou adresser un malade pour une hospitalisation en médecine gériatrique au CHU de NIMES ? Oui /non

2/ Si oui, l'utilisez-vous ?

3/ Si oui, à quelle fréquence ? (plus d'une fois par semaine, plus d'une fois par mois, moins d'une fois par mois, moins d'une fois tous les 6 mois)

4/ Quels sont les motifs de vos appels ?

a/ un conseil, un avis

b/ une hospitalisation

c/ pour faire entrer un patient dans la filière gériatrique (savoir où adresser le patient)

Si oui, pour quelle partie de la filière :

- une consultation
- une entrée en SSR
- une entrée en UCC
- une entrée en HTM
- une entrée en HDJ

5/ Etes-vous satisfait des réponses apportées ? Oui /non

Si oui quel est votre niveau de satisfaction :

1/ très satisfait

2/ satisfait

3/ moyennement satisfait

4/ insatisfait

5/ très déçu, pas satisfait du tout

Si réponse 1, 2 ou 3 : qu'est-ce qui a fait que vous étiez satisfait ?

a) réponse adaptée à la question posée

b) une prise en charge rapide

c) une aide à l'orientation des patients

d) autre raison

Si réponse 3, 4 ou 5 : qu'est-ce qui a fait que vous étiez insatisfait ?

a) réponse non adaptée

b) absence de place

c) difficulté de prise en charge

d) pas d'orientation du patient

6- Quelles sont les attentes ou améliorations que vous souhaiteriez ?

a) un portail web

b) un numéro pour chaque composante (ou service) de la filière gériatrique

c) une plateforme téléphonique centralisée qui en posant quelques questions orienterait l'appel et pourrait fixer un RDV

d) une équipe extrahospitalière

e) améliorer la rapidité d'hospitalisation

f) le système actuel vous convient

7/ Seriez-vous favorable à transmettre les données CPAM de vos patients en vue d'une facturation de l'avis sur le principe d'une « téléconsultation » ?

## SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

## **RESUME : EVALUATION DE LA LIGNE TELEPHONIQUE DIRECTE DU SERVICE DE GERIATRIE DU CHU DE NIMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN NIMOIS.**

**Introduction :** En 2001 a été diffusé pour la première fois le numéro d'appel direct dans le service de gériatrie du CHU de Nîmes dans la cadre de la mise en place de structures de prise en charge de la personne âgée.

**Objectifs :** Evaluer la connaissance du numéro par les médecins généralistes du bassin Nîmois, la fréquence de leurs appels et le motif. Recueillir les attentes ou améliorations possibles du système actuel.

**Méthode :** Etude descriptive qualitative basée sur un recueil téléphonique des données par un seul investigateur au moyen d'un questionnaire semi dirigé.

**Résultats :** Sur la période du 01/04/2017 au 15/12/2017, 278 médecins ont été contactés et 68 ont répondu au questionnaire. 69% d'entre eux connaissaient le numéro et 89% l'utilisaient. La fréquence d'appel était pour la majorité inférieure à 1 fois par mois (64%) avec pour motif principal d'appel une demande d'hospitalisation (95.5%) ou un conseil (61.4%). 59.1% des médecins étaient satisfaits et 36.4% d'entre eux souhaitaient maintenir le système actuel. Les autres systèmes qui intéressaient les médecins étaient la création d'une plateforme téléphonique (18.2%) ou d'un portail web (15.9%) et l'amélioration de la rapidité d'hospitalisation (15.9%). Concernant la tarification de l'appel, 63.65% des médecins y étaient favorables.

**Conclusion :** Le numéro d'appel direct en place convient aux médecins généralistes mais de nouvelles campagnes de diffusion doivent être réalisées. Cependant de nouveaux dispositifs (plateforme téléphonique, équipe extrahospitalière) doivent être envisagés pour permettre la prise en charge dans la filière gériatrique des patients âgés.

**Mots clefs :** personne âgée, filière gériatrique, médecins généralistes, numéro d'appel, bassin nîmois, télémédecine, hospitalisation, soin.