



HAL
open science

Utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers par les médecins généralistes du bassin Biterrois

Charles-Henri Fleuriau

► To cite this version:

Charles-Henri Fleuriau. Utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers par les médecins généralistes du bassin Biterrois. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03365014

HAL Id: dumas-03365014

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03365014>

Submitted on 5 Oct 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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER–NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

CHARLES-HENRI FLEURIAU

Le 3 décembre 2020

**UTILISATION DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE DIRECTE
DU SERVICE DE MÉDECINE HOSPITALIÈRE DE L'HÔPITAL DE BÉZIERS
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BASSIN BITERROIS**

Directeur de thèse : Dr Éric OZIOL

JURY

Président :	Pr Philippe LAMBERT	-	Médecine Générale (PU-MG)
Assesseurs :	Dr Pascale FABBRO-PERAY	-	Santé Publique (MCU-PH)
	Dr Jérôme CAMPAGNAC	-	Médecine Générale (MCA-MG)
	Dr Éric OZIOL	-	Médecine Interne (PH)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER–NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

CHARLES-HENRI FLEURIAU

Le 3 décembre 2020

**UTILISATION DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE DIRECTE
DU SERVICE DE MÉDECINE HOSPITALIÈRE DE L'HÔPITAL DE BÉZIERS
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BASSIN BITERROIS**

Directeur de thèse : Dr Éric OZIOL

JURY

Président :	Pr Philippe LAMBERT	-	Médecine Générale (PU-MG)
Assesseurs :	Dr Pascale FABBRO-PERAY	-	Santé Publique (MCU-PH)
	Dr Jérôme CAMPAGNAC	-	Médecine Générale (MCA-MG)
	Dr Éric OZIOL	-	Médecine Interne (PH)

PERSONNEL ENSEIGNANT



Professeurs honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MARY Henri
ALRIC Robert	DUBOIS Jean-Bernard	MATHIEU-DAUDE Pierre
ARNAUD Bernard	DUJOLS Pierre	MEYNADIER Jean
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MICHEL François- Bernard
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Charles
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MION Henri
AYRAL Guy	FABRE Serge	MIRO Luis
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVARRO Maurice
BALDET Pierre	GALIFER René-Benoît	NAVRATIL Henri
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	OTHONIEL Jacques
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PAGES Michel
BALMES Pierre	GUILHOU Jean-Jacques	PEGURET Claude
BANSARD Nicole	HERTAULT Jean	PELISSIER Jacques
BAYLET René	HUMEAU Claude	POUGET Régis
BILLIARD Michel	JAFFIOL Claude	PUJOL Henri
BLARD Jean-Marie	JANBON Charles	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean-Pierre	JANBON François	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JARRY Daniel	RIEU Daniel
BONNEL François	JOURDAN Jacques	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE
BRUEL Jean-Michel	LALLEMANT Jean- Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LAVIT Jean-Pierre	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LE QUELLEC Alain	SENAC Jean-Paul
CHAPTAL Paul-André	LESBROS Daniel	SERRE Arlette
CIURANA Albert-Jean	LOPEZ François-Michel	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	LORIOT Jean	THEVENET André
COSTA Pierre	LOUBATIERES Marie- Madeleine	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VISIÉ Jean-Pierre

Professeurs émérites

ARTUS Jean-Claude	CLAUSTRES Mireille	SULTAN Charles
MARES Pierre	MOURAD Georges	GROLLEAU RAOUX
BLANC François	DAURES Jean-Pierre	Robert
MAUDELONDE Thierry	PREFAUT Christian	TOUCHON Jacques
BOULENGER Jean-Philippe	DAUZAT Michel	GUERRIER Bernard
MAURY Michèle	PUJOL Rémy	UZIEL Alain
BOURREL Gérard	DAVY Jean-Marc	GUILLOT Bernard
MILLAT Bertrand	RIBSTEIN Jean	VOISIN Michel
BRINGER Jacques	DEDET Jean-Pierre	LANDAIS Paul
MONNIER Louis	SCHVED Jean-François	ZANCA Michel
	ELEDJAM Jean-Jacques	

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 Éric – Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain – Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHAMMAS Michel – Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard – Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean-Paul – Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel – Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques – Chirurgie générale
DUFFAU Hugues – Neurochirurgie
ELIAOU Jean-François – Immunologie
FABRE Jean-Michel – Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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 et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier – Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre-Olivier – Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre – Neurologie
LARREY Dominique – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge – Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques – Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis – Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal – Biologie cellulaire
QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUANET Philippe – Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{ère} classe

AQUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine – Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre – Immunologie
COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
DE VOS John – Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier – Dermato-vénéréologie
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique
HAYOT Maurice – Physiologie
KLOUCHE Kada – Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel – Génétique moléculaire
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan – Physiologie
MEUNIER Laurent – Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques – Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie générale
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel – Anatomie
PUJOL Jean-Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle – Génétique
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent – Ophtalmologie
DORANDEU Anne – Médecine légale

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie
GAUJOUX-VIALA Cécile – Rhumatologie
GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d’adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William – Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris – Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas – Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie – Néphrologie
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas – Neurochirurgie
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
MURA Thibaud – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio – Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie
POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
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 – Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas – Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
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 Universités

1^{ère} classe

COLINGE Jacques – Cancérologie, signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent – Sociologie, démographie

Professeurs des Universités – Médecine Générale

1^{ère} classe

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe

AMOUYAL Michel

Professeurs Associés – Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Professeurs Associés – Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

MCU–PH hors classe

BADIOU Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique
CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph – Anatomie
RICHARD Bruno – Médecine palliative
RISPAIL Philippe – Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU–PH de 1^{ère} classe

BERTRAND Martin – Anatomie
BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline – Cancérologie, Radiothérapie
BRET Caroline – Hématologie biologique
COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire
GIRARDET-BESSIS Anne – Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT DE CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIÈRES 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
THEVENIN-RENE Céline – Immunologie
TUAILLON Edouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU–PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca – Immunologie
DE JONG Audrey – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie – Dermato-vénérologie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique ; addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Médecine Générale

MCU–MG de 1^{ère} classe

COSTA David

MCU–MG de 2^{ème} classe

FOLCOS-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences Associés – Médecine Générale

LOPEZ Antonio
MILLION Élodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Christine
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie – Physiologie
BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire – Rhumatologie
GATINOIS Vincent – Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit – Cardiologie
MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr Philippe LAMBERT :

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de soutenance de thèse.

À Madame le Dr Pascale FABBRO-PERAY :

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance de thèse.

À Monsieur le Dr Jérôme CAMPAGNAC :

Je te remercie de m'avoir accepté pour mon semestre en SASPAS il y a quelques années, et d'avoir ainsi participé à ma formation en partageant avec moi un mode d'exercice de la médecine générale que j'ai beaucoup apprécié et une qualité de travail que je vais continuer à rechercher pour la suite de ma carrière. Je te remercie une nouvelle fois d'avoir accepté de participer à mon jury de soutenance de thèse et je t'adresse toutes mes amitiés.

À Monsieur le Dr Éric OZIOL :

Je tiens à te remercier sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie aussi pour tes connaissances, ton aide et ton soutien tout au long de ce travail. Je te remercie évidemment pour la formation que j'ai reçue lors de mon passage dans ton service de médecine hospitalière. Ce semestre a été pour moi l'un des moments les plus enrichissants de mes études. J'espère que nous resterons en contact, aussi bien sur le plan personnel que professionnel, pour ces prochaines années sur le biterrois naturellement !

À tous les médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler :

Je pense notamment à toute l'équipe des urgences de Narbonne, à l'excellente équipe de médecine interne de Béziers, au Dr Bouchra Lamri ; ainsi qu'aux Docteurs Crevel, Brun, Ondedieu et au Dr Gouiry. Je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de mon internat. Je remercie aussi tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

Je remercie évidemment les médecins du cabinet de Lignan-sur-Orb : Alexis, Claude, Virginie et Carine. C'est un véritable plaisir de travailler avec vous depuis maintenant plus de 3 ans.

Je remercie enfin les secrétaires des différents cabinets où j'ai pu passer, en particulier : Nathalie, Paquita, Virginie, Carole et Séverine ; merci de votre efficacité qui rend ce métier plus facile et agréable au quotidien, c'est une chance de pouvoir travailler avec vous.

À mes amis :

Aux plus anciens : Jeanne, Baptiste, Thomas, Thibaud et Martin. Merci de garder le contact même si nous nous sommes éloignés géographiquement depuis le lycée. J'espère que nous continuerons d'organiser nos week-ends et autres événements encore longtemps.

À tous ceux rencontrés pendant cet internat : Antoine S., Gaël, Arthur, Dorian, Antoine G., Samuel, Didier, Sophie, Amélie, Margot, Camille, Aurélie, Justine. Ces dernières années d'études auront vraiment été l'occasion de faire de belles rencontres. J'espère que nous continuerons à partager ensemble autant de bons moments dans les prochaines années.

À tous ceux que j'ai rencontrés depuis mon arrivée à Béziers il y a 6 ans et en particulier : Paul, Greg, François, Mathieu, Vincent, Geoffrey, Bastien, Antonin, Laurent. C'est vraiment agréable de faire partie d'un groupe comme celui-ci et de partager avec vous autant d'activités. Que ce soit sur un terrain de volley, un court de padel, une piste de ski, ou bien pour une session de plongée, je sais qu'on tient là une sacrée équipe !

Enfin, merci à toi Rémy : beaucoup de remplacements, de restaurants, de soirées et d'heures de rédaction de thèse partagés avec toi. J'espère que l'avenir nous permettra d'élaborer notre projet professionnel ensemble et je vous souhaite le meilleur à toi et Margot !

À ma famille :

Je sais que nous pouvons tous compter les uns sur les autres et je vous en suis infiniment reconnaissant. Je vous remercie sincèrement pour votre soutien indéfectible depuis le début de ces longues années d'études. Merci à vous pour tout ce que vous avez toujours fait pour moi et pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Malgré la distance, cela ne nous empêche pas d'avoir de multiples occasions pour profiter tous ensemble et j'espère que cela va continuer ainsi encore de très nombreuses années !

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	15
A. <u>Le contexte démographique et médical</u>	15
1) La démographie française	15
2) Le contexte médical.....	15
B. <u>La personne âgée</u>	16
1) Le vieillissement.....	16
2) La polypathologie.....	17
3) La dépendance	18
C. <u>La coordination des soins</u>	19
1) Les réseaux de santé gériatriques	19
2) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination.....	20
3) Le dispositif PAERPA	21
4) Le dispositif MAIA	22
D. <u>La situation dans le bassin biterrois</u>	23
1) La démographie	23
2) L'offre de soins	24
3) Le Centre Hospitalier de Béziers.....	25
E. <u>Les raisons et objectifs de l'étude</u>	26
II - MATÉRIEL ET MÉTHODES	28
A. <u>Le choix de la méthode</u>	28
1) Le type d'étude.....	28
2) Le recueil des données	28
3) L'analyse des données.....	29
B. <u>La réalisation de l'étude</u>	30
1) Le recrutement et l'échantillonnage	30
2) Le guide d'entretien.....	31
3) La réalisation des entretiens	32

III - RÉSULTATS	33
A. <u>Les caractéristiques des entretiens</u>	33
B. <u>L'analyse thématique</u>	34
1) Le contexte actuel d'accès aux soins.....	35
2) L'amélioration de la qualité des soins.....	38
3) L'optimisation de l'exercice médical.....	40
4) Les freins à l'utilisation du dispositif.....	42
5) Les possibilités d'amélioration de ce système	44
IV - DISCUSSION	47
A. <u>Les principaux résultats</u>	47
B. <u>Les perspectives d'amélioration</u>	48
C. <u>Les forces et les faiblesses de l'étude</u>	49
V - CONCLUSION	51
VI - BIBLIOGRAPHIE	53
VII - ANNEXES	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

ALD : Affection de Longue Durée

HAS : Haute Autorité de Santé

ADL : *Activities of Daily Living*

IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*

AGGIR : Autonomie – Gérontologie – Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

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

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

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CHB : Centre Hospitalier de Béziers

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

I - INTRODUCTION

A. Le contexte démographique et médical

1) La démographie française

Le dernier bilan démographique de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) estime que « *la France compte 67 064 000 habitants au 1^{er} janvier 2020* » et que « *plus d'une personne sur cinq a 65 ans ou plus* ». En dix ans, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 1,2 an pour les femmes (85,6 ans) et de 2 ans pour les hommes (79,7 ans). (1)

Selon ce rapport, le nombre de personnes âgées en France s'est accru depuis le milieu des années 2010 avec l'avancée en âge des *baby-boomers* nés après-guerre. À partir de 2020, ces derniers vont entraîner une forte augmentation de la part des plus de 75 ans, et « *d'ici à 2030, les personnes âgées de 75 ans et plus passeront de 6 à 8,4 millions en France* ». (2)

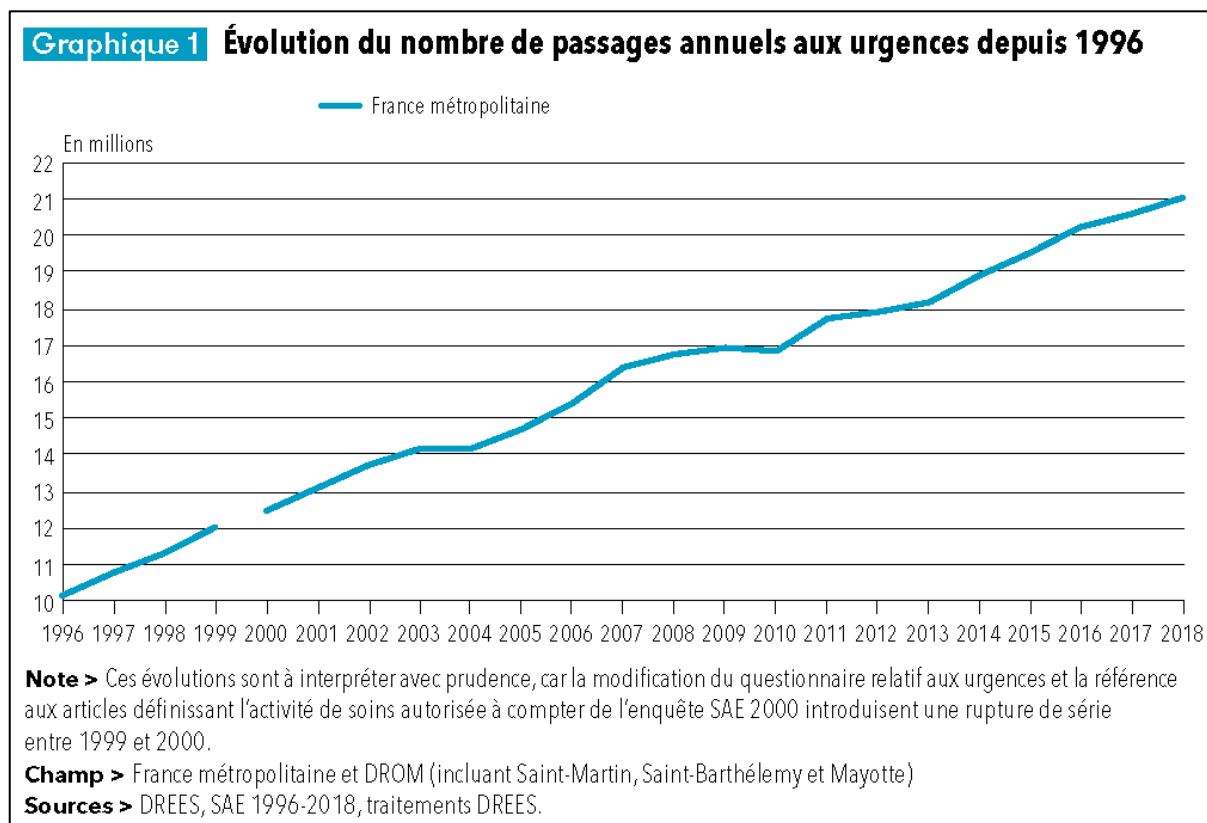
Par ailleurs, le nombre annuel de décès a aussi tendance à augmenter depuis une dizaine d'années, compte tenu de l'arrivée de ces générations à des âges de plus forte mortalité. (3)

2) Le contexte médical

L'accélération du vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande médicale, ainsi qu'une augmentation du risque d'hospitalisation en cas de survenue d'un épisode médical aigu. En effet, les personnes âgées représentent une population plus fragile, chez qui l'incidence de la polypathologie et de la perte d'autonomie est plus importante.

L'accroissement de cette demande médicale se constate tout au long du parcours de soins des patients : d'abord en cabinet libéral de médecine générale, puis dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU), et enfin dans les services de gériatrie et de médecine hospitalière. La fréquentation des urgences en France est en constante augmentation : « *[En 2018, ils] ont pris en charge 21,8 millions de passages, soit une progression de 2,0 % par rapport à 2017. [...] Le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il est depuis en augmentation de 3,6 % en moyenne chaque année* ». (4)

C'est aussi le mode privilégié d'accès à l'hospitalisation pour les patients âgés : « En 2017, 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus, et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus. 46% des admissions en court séjour gériatrique ont lieu après un passage en service des urgences. » (2)



B. La personne âgée

1) Le vieillissement

En gériatrie, la personne âgée se définit par un âge supérieur ou égal à 75 ans. Selon le Collège National des Enseignants de Gériatrie : « Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. » (5)

Le vieillissement s'accompagne d'une réduction des réserves physiologiques de l'organisme, qui entraîne une diminution de la capacité de l'organisme à réagir aux situations de stress, d'efforts ou de maladies aiguës par exemple.

Cette altération fonctionnelle varie fortement d'une personne âgée à l'autre et peut conduire à un état de vulnérabilité aux événements extérieurs : c'est le concept gériatrique de fragilité. En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérologie indique que « *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* », et souligne que « *la prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences* ». (6)

L'âge est évidemment un déterminant du syndrome de fragilité, mais d'autres critères sont à prendre en compte. En ce sens, le modèle du Dr L. Fried (2001) adopté par la Société Américaine de Gériatrie propose d'évaluer « *la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus.* » (7)

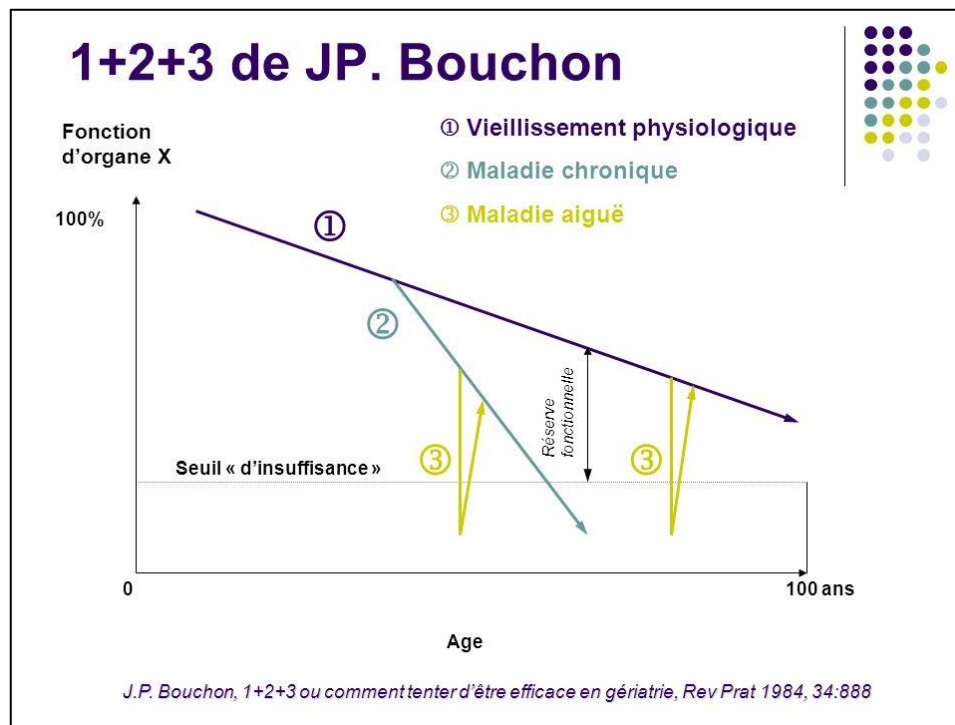
2) La polypathologie

L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Au sein des tranches d'âge les plus avancées, la coexistence de plusieurs maladies chroniques est plus fréquente que dans le reste de la population. On parle alors de polypathologie, mais ce concept n'est pas défini de façon consensuelle. Le Code de la Sécurité Sociale (article R. 322-6) définit la polypathologie (ALD 32) comme « *l'atteinte de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois* ».

L'outil d'amélioration des pratiques professionnelles de la HAS intitulé « *Prendre en charge de la personne âgée polypathologique en soins primaires* » souligne la fréquence importante de la polypathologie chez les personnes âgées de plus de 75 ans : « *57 % [...] ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins 2 ALD, 3,6 % au moins 3, et 0,8 % au moins 4* ». Par ailleurs, cette fiche précise aussi que l'association de maladies chroniques chez la personne âgée va souvent s'accompagner de difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. (8)

Le concept de polypathologie se rapporte à la globalité du patient. Il prend en compte la majoration des risques d'altération de la qualité de vie, de déficience sensorielle, de perte d'autonomie et de dépression qui sont liés à la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez un même individu.

Le modèle de « *décompensation en cascade des pathologies* » du Dr J-P. Bouchon met en lien ces éléments chez la personne âgée : « *Les effets du vieillissement (1) réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation. Les affections chroniques surajoutées (2) altèrent les fonctions. Les facteurs de décompensation (3) sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.* »



3) La dépendance

L'intrication de la polyopathie avec des facteurs environnementaux et sociaux va pouvoir entraîner une situation de dépendance, en particulier chez la personne âgée. Le Collège National des Enseignants de Gériatrie définit la dépendance comme : « *l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement* ». (9)

Une évaluation gériatrique globale est nécessaire pour juger du degré de dépendance d'une personne âgée et de ses conséquences notamment sur son entourage et les acteurs médicaux et sociaux impliqués. Dans un second temps, l'objectif de cette évaluation est de guider les interventions de réhabilitation et d'obtenir par exemple une amélioration de la qualité de vie ou bien une réduction du nombre d'entrées en institution et d'hospitalisations en urgence.

Cette appréciation de la dépendance repose sur l'utilisation de plusieurs outils d'évaluation qui permettent d'estimer la diminution des capacités fonctionnelles (**Annexe 1**) :

- L'échelle ADL (*Activities of Daily Living*), ou échelle des activités de la vie quotidienne, évalue « *[les] capacités d'un individu pour les gestes courants intéressant le corps* ».
- L'échelle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), ou échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne, évalue « *les activités courantes qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales* ».
- La grille AGGIR (Autonomie – Gériologie – Groupes Iso-Ressources) est utilisée pour « *évaluer l'état fonctionnel et classer les besoins du sujet au sein d'un référentiel à 6 niveaux [...] à des fins réglementaires* ».

Les Groupes Iso-Ressources 1 à 4, correspondant aux niveaux de dépendance les plus élevés et déterminés grâce à la grille AGGIR, permettent l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). En 2017, le nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA s'élevait à 1,3 million, soit une augmentation de 11,4% par rapport à 2010. (10)

Les projections de l'INSEE estiment que le nombre de bénéficiaires de l'APA pourrait passer à deux millions en 2040, notamment du fait du vieillissement des générations du *baby-boom*. (11)

Les maladies neuro-dégénératives motivent une grande partie des demandes d'APA. Elles sont la principale cause de perte d'autonomie de la personne âgée et touchent 1,2 million de personnes en France (14,2% des plus de 75 ans). (12)

C. La coordination des soins

Le vieillissement de la population française, accompagné de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, a nécessité d'adapter certains aspects du système de santé afin de garantir une coordination optimale des soins autour de ces patients âgés.

1) Les réseaux de santé gériologiques

Les réseaux de santé gériologiques constituent l'un des axes majeurs du Plan Solidarité Grand Âge (2007-2012). Ils s'adressent aux « *personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire* ». Ils répondent en particulier aux besoins de soins spécifiques au patient âgé malade et désirant rester à son domicile. (13)

Ces réseaux de santé permettent la coordination de professionnels libéraux, de professionnels d'établissements de santé et de services médico-sociaux dans le but « *d'optimiser le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire, le retour à domicile* ». Leurs objectifs sont définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (14) :

- Repérer les situations à risque de rupture sanitaire et sociale, afin de favoriser l'accès aux soins, notamment chez les personnes âgées isolées
- Établir un diagnostic médico-psycho-social complet et offrir au patient et à ses aidants une prise en charge globale adaptée
- Proposer des actions d'information et d'éducation à la santé

La filière de soins gériatriques est une mesure complémentaire du Plan Solidarité Grand Âge (2007-2012). Elle est définie comme « *une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques* », qui « *doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale [...], répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». (15)

La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007, recommande que l'organisation de la filière de soins gériatriques comprenne :

- « *Un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière*
- *Une équipe mobile de gériatrie*
- *Une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique*
- *Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques)*
- *Un ou plusieurs soins de longue durée* »

La filière gériatrique a pour structure de support un établissement de santé. L'objectif de cette filière est de prendre en charge les hospitalisations non programmables (équipes mobiles, courts séjours), les hospitalisations programmables (services de médecine hospitalière, SSR) et les bilans gériatriques (hôpital de jour, consultation). (16)

2) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), n'ont pas pour mission de délivrer directement des soins, contrairement aux réseaux de santé. Ce sont des

structures de proximité à vocation pluridisciplinaire qui assurent un accueil gratuit et personnalisé, dont l'objectif est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées. Il s'agit de lieux de dialogue et de soutien pour les personnes âgées et leur entourage. (17)

Les CLIC reposent sur un modèle de « *guichet d'entrée unique* » pour les usagers, facilitant l'accès direct à l'ensemble de l'information disponible sur un territoire local restreint (vie sociale, aides financières, maintien à domicile, loisirs, etc...). Ils constituent aussi des lieux de coordination entre tous les dispositifs existants (collectivités territoriales, services sociaux, réseaux de santé, etc...), afin de permettre l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'aide personnalisée pour la personne âgée qui le nécessite (en concertation avec les réseaux de santé gérontologiques). (18)

3) Le dispositif PAERPA

Le programme PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) est déployé depuis 2016 sur l'ensemble du territoire français (Pacte Territoire Santé 2015-2017). L'objectif de ce dispositif est de « *prévenir et limiter la perte d'autonomie des personnes âgées* » grâce à l'élaboration de parcours de santé, dont le rôle est de « *faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût* ». (19)

La démarche PAERPA a notamment pour but de favoriser une meilleure prise en charge à domicile, en agissant sur plusieurs facteurs de risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation (dépression, iatrogénie, dénutrition, chutes).

Ce dispositif vise à obtenir une coordination optimale entre les différents acteurs médicaux et sociaux intervenant auprès de la personne âgée. Il repose pour cela sur plusieurs éléments clés :

- Le maintien à domicile renforcé, grâce à une Coordination Clinique de Proximité (CCP) entre les professionnels de santé de premier recours qui élaborent ensemble un Plan Personnalisé de Santé (PPS)
- Une coordination améliorée, grâce à une plateforme de Coordination Territoriale d'Appui (CTA) qui permet de faciliter l'organisation de la prise en charge du patient âgé
- La sécurisation de la sortie d'hôpital, grâce à des dispositifs spécifiques : « *transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un [service d'aide à domicile], transmission des informations au médecin traitant* »

- La réduction du nombre d'hospitalisations non nécessaires ou mal préparées, notamment grâce à un numéro téléphonique unique permettant l'accès simplifié à une expertise gériatrique et d'éviter des passages inutiles aux urgences
- Une meilleure utilisation des médicaments grâce aux « actions de révision d'ordonnance », afin de diminuer le risque iatrogène lié à la polymédication parfois non justifiée.



4) Le dispositif MAIA

Le 3^{ème} Plan Alzheimer (2008-2012) a permis la création du dispositif MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer), dont le but était initialement de coordonner et améliorer la prise en charge multidisciplinaire des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (et de leurs aidants). La mesure n°4 de ce plan définissait les MAIA comme

« un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social ». Leur objectif général était de garantir « une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement [pour] permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ». (20)

La mesure n°34 du Plan Maladies Neuro-Dégénératives (2014-2019) vise à poursuivre le déploiement du dispositif MAIA, rebaptisé « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie ». Ce dispositif s'adresse désormais à « toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qu'elles soient ou non touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ». (21)

D. La situation dans le bassin biterrois

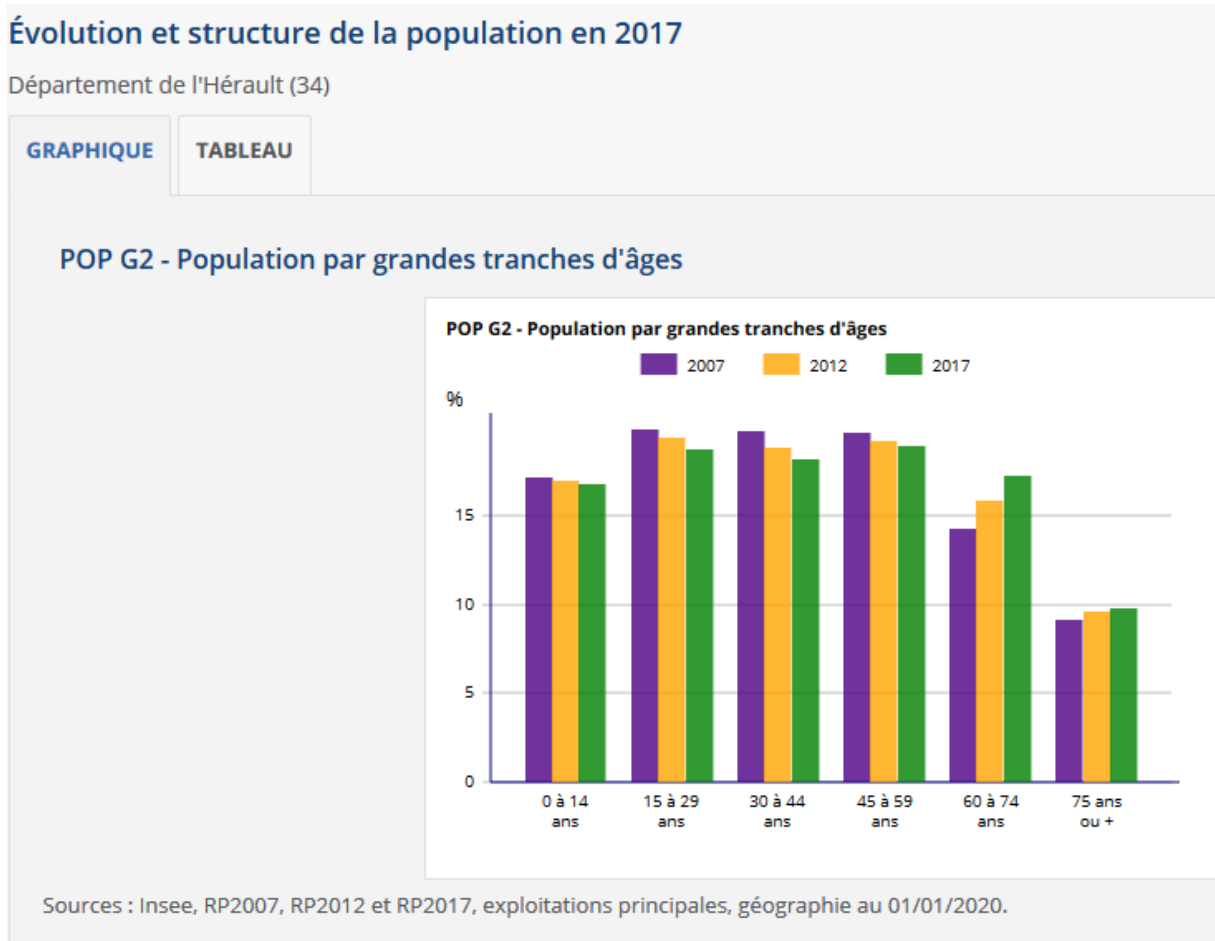
1) La démographie

Le bassin biterrois est un territoire de 2050 kilomètres carrés situé à l'ouest du département de l'Hérault, autour de la ville de Béziers. Ce bassin de vie rassemble 87 communes pour environ 270 000 habitants et « s'étend du Parc Naturel Régional du Haut Languedoc au Nord jusqu'à la mer Méditerranée au Sud, et du département de l'Aude à l'Ouest au Bassin de Thau à l'Est ». (22)



Pour le département de l'Hérault, l'estimation de la population au 1^{er} janvier 2020 est de 1 176 145 habitants. La tranche d'âge des plus de 75 ans représente 10,2% de la population héraultaise, contre une moyenne de 9,5% à l'échelle nationale. (23)

Par ailleurs, l'INSEE indique que la part des plus de 60 ans a progressé de 3,6% dans le département entre 2007 et 2017 (soit plus de 73 000 personnes).



En ce qui concerne la ville de Béziers, elle comptait 77 177 habitants en 2017, dont 9 211 personnes âgées de 75 ans ou plus (soit 11,9% de la population). Il est donc nécessaire que l'offre de soins du bassin biterrois puisse répondre aux besoins de cette importante population âgée. (24)

2) L'offre de soins

Au 1^{er} janvier 2018 dans l'Hérault, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) recense 440 médecins pour 100 000 habitants, dont 186 médecins généralistes pour 100 000 habitants (respectivement 338 médecins toutes spécialités confondues et 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants au niveau national). (25)

Dans le bassin biterrois, il existe 3 Centres Locaux d'Information et de Coordination (Béziers, Agde et Pézenas). En ce qui concerne les MAIA, le biterrois est partagé entre quatre structures géographiques : la MAIA Cantons de Saint-Pons à l'ouest, la MAIA Cités Maritimes à l'est, la MAIA Cœur d'Hérault au nord-est et la MAIA Orb et Biterrois au centre du territoire.

Depuis 2017, il existe aussi dans l'Hérault un dispositif PAERPA qui est en cours d'expérimentation sur l'est du département.

En 2019, le bassin biterrois comptait 44 Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour 2870 lits d'hébergement permanent, 43 lits d'accueil temporaire, 82 places d'accueil de jour et 346 places en unités Alzheimer. Sur ce même territoire, on dénombrait en plus 5 Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées autonomes (EHPA) qui comptaient au total 87 lits d'hébergement permanent. (26)

3) Le Centre Hospitalier de Béziers

Le Centre Hospitalier de Béziers (CHB) fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Hérault avec les centres hospitaliers de Bédarieux et Pézenas. Il propose une filière gériatrique qui s'articule autour d'un service de médecine hospitalière et notamment gériatrique. (27)

Cette filière gériatrique comprend par ailleurs :

- Une équipe mobile de gériatrie
- Un pôle de consultation gériatrique (mémoire, psychiatrie gériatrique, oncogériatrie)
- Plusieurs SSR (45 lits), USLD (143 lits + 35 places en unité Alzheimer) et EHPAD (210 lits) sur le site de l'Espace Perréal à Béziers
- Une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Une Équipe Mobile d'Accompagnement, de Soutien et de Soins Palliatifs (EMASSP)
- Deux structures d'Accueil de Jour Alzheimer (AJA ; 15 places) et d'une Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants (PARA ; 10 places)

E. Les raisons et objectifs de l'étude

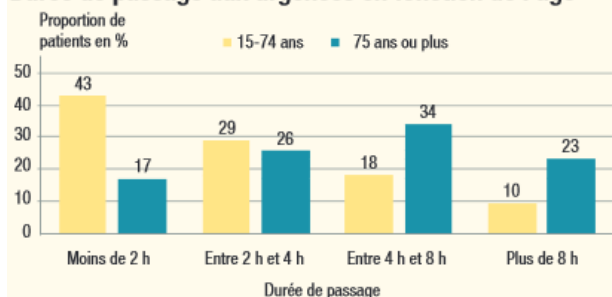
En gériatrie, la personne âgée est souvent polypathologique, fragile et dépendante, ce qui la rend à fort risque d'hospitalisation en cas de survenue d'un épisode médical aigu : « *Les séjours associés aux personnes âgées de 70-74 ans présentent la plus forte croissance d'activité : [...] +8,2% entre 2016 et 2017 (+10,7% entre 2015 et 2016).* » (2)

Ces hospitalisations se font régulièrement depuis le domicile via un passage par les urgences, or plusieurs études ont montré que ce mode d'hospitalisation était néfaste pour les personnes âgées. Par exemple, en 2011 une étude canadienne publiée dans le *British Medical Journal* a montré qu'un séjour prolongé aux urgences augmentait le risque de survenue d'une complication médicale chez les patients âgés : « *for every hour spent in the [emergency department], the odds of experiencing an [adverse event] in-hospital increased 3%* ». (28)

La prise en charge des personnes âgées aux urgences est plus complexe que celle des patients plus jeunes, comme l'a montré l'enquête nationale de la DREES effectuée auprès des SAU en 2013. Selon cette étude, la prise en charge des patients âgés associe la réalisation d'un plus grand nombre d'exams complémentaires et une durée de passage plus longue : « *durée médiane de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour les 15-74 ans* ».

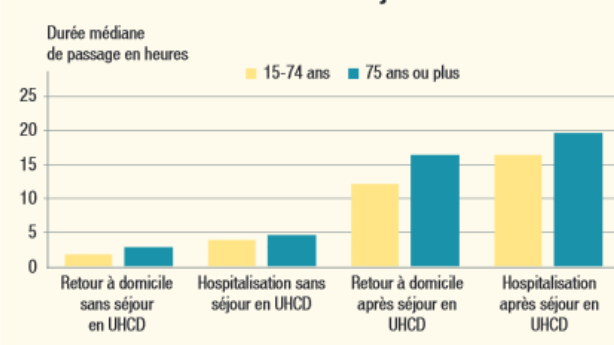
Le risque d'un temps de passage supérieur à 8 heures est aussi nettement plus élevé pour les patients de plus de 75 ans : « *23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans* ». Enfin, l'hospitalisation est plus fréquente chez les patients âgés et le délai pour leur obtenir un lit en service est plus long. (29)

Durée de passage aux urgences en fonction de l'âge



Champ • Patients âgés de 15 ans ou plus y compris les patients ayant séjourné en UHCD.
Source • DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

Durée médiane de passage aux urgences, selon la modalité de sortie et le séjour en UHCD



Cette durée de prise en charge plus longue réduit par ailleurs le nombre de lits disponibles en aigu, ce qui nuit aussi au fonctionnement des services d'urgences en contribuant à leur engorgement. De plus, compte tenu de leurs symptômes peu spécifiques et parfois difficilement identifiables dans le contexte de l'urgence, la consultation de patients âgés aux urgences peut conduire dans certains cas à une hospitalisation non nécessaire médicalement, ou bien à l'inverse à un retour au domicile dans des conditions inadéquates. (2)

Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, notamment gériatriques, plusieurs centres hospitaliers français proposent une ligne téléphonique directe. Ce moyen de communication permet aux médecins non-hospitaliers du secteur d'obtenir un avis médical spécialisé, de planifier une hospitalisation directe (en dehors d'une situation d'urgence), ou bien de programmer une consultation ou un bilan en hôpital de jour.

Une étude menée par le CHU de Bordeaux de novembre 2010 à février 2012 a montré que la ligne téléphonique mise à disposition par leur service de gériatrie a permis d'éviter une admission aux urgences pour plus de 80% des appels des médecins généralistes de la région bordelaise : « *Only 4,3% of individuals were directly admitted to the [emergency department], and the hotline permitted the avoidance of [emergency department] admissions in 81,4% of cases* ». Le taux d'admission de personnes âgées de plus de 75 ans a reculé de 1% par an entre 2013 et 2017. (30)

L'amélioration du parcours de soins et de la prise en charge des patients dans leur globalité est un sujet d'actualité dans le domaine de la santé. En 2007, le service de médecine hospitalière du CHB a mis en place une ligne téléphonique directe (06.86.63.69.75), afin de favoriser la continuité des soins entre l'hôpital et la médecine de ville dans le bassin biterrois.

Ayant réalisé un semestre en tant qu'interne dans le service de médecine hospitalière du CHB et effectuant actuellement des remplacements en médecine générale sur le bassin biterrois, il m'a donc semblé intéressant d'étudier ce dispositif. L'objectif principal de notre étude est de comprendre comment les médecins généralistes du bassin biterrois utilisent la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB. L'objectif secondaire de notre travail sera d'explorer les améliorations possibles de ce dispositif.

II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Le choix de la méthode

1) Le type d'étude

Nous avons choisi une méthodologie qualitative pour notre étude car notre question de recherche s'inscrit dans un paradigme compréhensif. Notre objectif est d'explorer l'expérience et le comportement des médecins généralistes du bassin biterrois vis-à-vis de leur utilisation de la ligne téléphonique directe du CHB. Le phénomène que nous souhaitons comprendre est complexe et subjectif, il ne peut pas être mesuré ou quantifié, il relève d'un questionnement réflexif, c'est pourquoi la recherche qualitative est tout particulièrement adaptée dans le cas de cette étude. (31)

Afin d'élaborer la méthodologie de notre étude, nous nous sommes principalement appuyés sur les références suivantes :

- L'ouvrage de P. Paillé et A. Mucchielli (4^{ème} édition, 2016) : « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* » (32)
- L'article d'I. Aubin-Auger (Exercer, 2008) : « *Introduction à la recherche qualitative* »
- Le cours des enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes : « *Thèse selon une approche qualitative* » (33)
- Le guide du Département de Santé Publique du CHU de Nice : « *Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative* » (34)

2) Le recueil des données

Nous avons choisi un recueil de données par entretien individuel, car notre étude se rapporte à l'expérience subjective vécue personnellement par chacun des médecins participants. Cela nous paraissait être le moyen le plus adapté pour recueillir leur point de vue sur cet aspect de leur pratique professionnelle, en toute franchise, dans un climat de confiance et d'empathie.

Nous avons opté pour un modèle d'entretien semi-directif qui permet de recueillir, grâce à des questions ouvertes, « *la façon dont [les sujets interviewés] vivent une situation, et comment ils en parlent* », ainsi que d'obtenir « *la verbalisation du vécu de leurs actions effectives* ». (33)

Le sociologue A. Blanchet décrit l'entretien semi-directif de la façon suivante : « *un guide d'entretien est mis au point par le chercheur. Il aborde différents thèmes tout en restant flexible et adaptable au discours de l'interviewé pour en tirer le maximum d'informations. L'interviewé est libre de s'exprimer. La trame de l'entretien peut être amenée à évoluer au cours de l'étude pour gagner en pertinence.* » (35)

Un recueil de données par focus-group aurait pu être une alternative intéressante en raison de la dynamique collective pouvant favoriser l'émergence d'idées nouvelles lors de la discussion. Cependant, ce type d'entretien peut tout aussi bien freiner certaines réflexions et inhiber les réponses de certains participants pour se conformer à un point de vue perçu comme consensuel (effet leader). De plus, l'entretien de groupe nécessite un animateur expérimenté afin de superviser la discussion et éviter une dispersion par rapport au sujet étudié. Enfin, ce type de recueil de données engendre des difficultés de planification conséquentes lorsqu'il s'agit de rassembler des médecins aux contraintes professionnelles importantes. (33)

3) L'analyse des données

Les données de notre étude correspondaient au verbatim de chaque entretien oral effectué, c'est-à-dire à sa transcription mot à mot par écrit. Nous avons choisi une approche thématique pour l'analyse de ces données.

Cette méthode repose sur « *la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé* ». Un thème se définit comme une unité de signification, c'est-à-dire « *une phrase ou un ensemble de phrase liés à une même idée, un même sujet* ». La fonction de repérage de l'analyse thématique est complétée par une fonction de documentation : « *il ne s'agit plus seulement de repérer des thèmes mais également de vérifier s'ils sont récurrents d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent* ». (32)

Nous avons opté pour une démarche de thématization en continu, c'est-à-dire « *une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément de construction [d'un] arbre thématique* ». Il s'agit d'une analyse inductive dont les objectifs sont « *de condenser des données brutes dans un format résumé, d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant de l'analyse des données brutes et de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes* ». (36)

Afin d'organiser la progression de l'analyse thématique de notre étude, nous avons utilisé un relevé de thèmes : « *document contenant la liste linéaire des thématiques et de leurs définitions regroupées sous des rubriques reprenant les interrogations du guide d'entretien* ». Cette première partie descriptive de l'analyse thématique se complète par un travail interprétatif dont le but est de « *répondre graduellement aux questions de la recherche* ».

En effet, le regroupement de thèmes récurrents aboutit à l'élaboration d'axes thématiques, pouvant être eux-mêmes rassemblés au sein de rubriques classificatoires. Ainsi, notre travail d'analyse a conduit à la construction d'un arbre thématique, c'est-à-dire « *une représentation synthétique et structurée du contenu analysé, un panorama [...] de l'ensemble de cas de figure du phénomène faisant l'objet de l'étude* ». (32)

B. La réalisation de l'étude

1) Le recrutement et l'échantillonnage

Les médecins généralistes recrutés exerçaient tous de façon régulière dans le bassin biterrois. De plus, il était nécessaire que ces médecins connaissent et utilisent la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB pour être inclus dans notre étude.

Nous avons décidé d'appliquer une méthode d'échantillonnage raisonnée à partir de la liste de médecins généralistes du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault, afin d'obtenir une variabilité maximale des participants. En effet, en analyse qualitative c'est la variabilité maximale de l'échantillon qui est recherchée et il n'existe pas de « nombre de sujets nécessaires » à inclure comme pour les études quantitatives.

Nous avons sélectionné des médecins généralistes en essayant de diversifier au maximum les caractéristiques des participants : lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP, remplaçant), sexe et âge.

Les praticiens sélectionnés ont été contactés par téléphone afin de leur proposer de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse de médecine générale portant sur l'utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB. En cas d'acceptation, un rendez-vous était fixé au cabinet du médecin pour y réaliser un entretien individuel.

2) Le guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif d'explication comme outil de base destiné au recueil des données de notre étude. Il permet d'organiser le déroulement de chaque entretien, afin d'explorer de manière logique les thèmes en rapport avec nos objectifs de recherche. Il est toutefois flexible et modifiable si nécessaire, en fonction de l'analyse des premiers verbatims.

Ce guide comprenait 5 questions ouvertes et neutres, induisant une description et une expression libre du médecin interviewé (**Annexe 2**). Pour chacune de ces questions des relances étaient prévues s'il paraissait nécessaire d'approfondir certains des thèmes abordés. Nous avons utilisé le cours des enseignants du DUMG afin de construire notre guide d'entretien explicatif. (33)

La première question était une question généraliste abordant les pensées et théories du médecin interviewé sur le sujet et le contexte :

« Que pensez-vous des conditions actuelles pour parvenir à hospitaliser un patient ? ».

La deuxième question était centrée sur le sujet de notre étude :

« Quels sont pour vous les intérêts que présentent les lignes téléphoniques directes, qui sont proposées par certains services de médecine hospitalière en France ? ».

La troisième question s'intéressait à l'expérience personnelle du médecin interviewé :

« En pratique, comment cela se passe-t-il lorsque vous devez utiliser la ligne téléphonique du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers ? »

La quatrième question faisait appel à la mémorisation d'une situation vécue par le médecin :

« Pouvez-vous me décrire une situation au cours de laquelle vous avez utilisé cette ligne téléphonique directe ? »

La cinquième et dernière question recherchait une synthèse de la part du médecin, après maturation de ses idées au cours de l'entretien :

« Compte tenu de vos expériences avec ce dispositif, quelles éventuelles améliorations pourriez-vous attendre ? »

3) La réalisation des entretiens

Chaque entretien individuel débutait par une présentation de notre étude. Un document de consentement à l'enregistrement de l'échange était remis au médecin interviewé pour signature (**Annexe 3**). Il était indiqué que les données étaient anonymisées et que l'entretien pouvait être interrompu sur demande du participant. Puis un questionnaire visant à caractériser les individus de l'échantillon était rempli avec le médecin avant de débiter par la première question du guide d'entretien. A l'issue de la dernière question, le médecin était remercié pour sa participation et il était informé de la possibilité d'avoir connaissance des résultats une fois l'étude terminée.

L'obtention de l'accord d'un Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire, car la loi Jardé (2012) ne s'appliquait pas à notre étude.

Les entretiens ont été réalisés du mois de juin au mois d'octobre 2020, jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire « *lorsque la poursuite des entretiens n'apporte plus de nouveaux éléments de réponse* ». La confirmation de cette tendance a été obtenue par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires qui n'ont pas apporté de nouvelles données.

L'analyse thématique en continu des verbatims et la construction simultanée de l'arbre thématique ont été effectuées de façon concomitante à la réalisation des entretiens sur cette période. Un exemple de retranscription d'entretien est présenté à la fin de cette thèse (**Annexe 4**).

III - RÉSULTATS

A. Les caractéristiques des entretiens

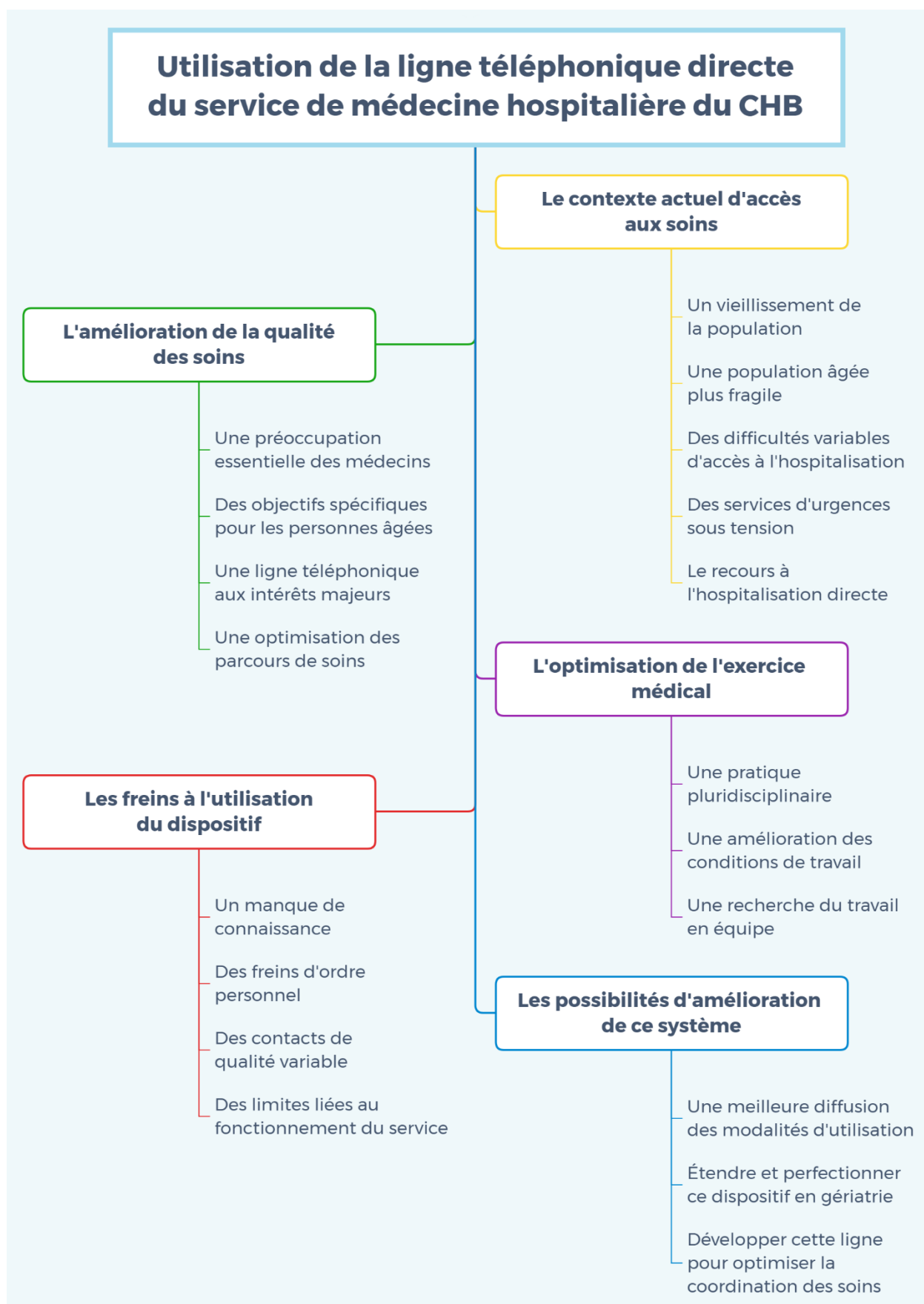
Nous avons réalisé et analysé sept entretiens individuels entre le mois de juin et le mois d'octobre 2020. L'entretien le plus court a duré 19 minutes et le plus long a été de 35 minutes, leur durée moyenne est de 28 minutes. Ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone, au cabinet de chacun des médecins participants, en dehors des horaires de consultation et sans contrainte de temps.

Les sept médecins généralistes interviewés connaissaient et utilisaient la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB (il s'agissait de notre critère d'inclusion à cette étude). Notre échantillonnage raisonné visait une variabilité maximale. Les participants présentent les caractéristiques suivantes :

- 2 médecins exerçant en libéral depuis moins de 5 ans, 3 médecins exerçant depuis 10 à 20 ans et 2 médecins exerçant depuis plus de 20 ans
- 2 médecins installés (ou remplaçant) en secteur urbain, 4 médecins installés (ou remplaçant) en secteur semi-rural et 1 médecin installé en secteur rural
- 2 médecins travaillant en MSP, 4 médecins travaillant en cabinet de groupe et 1 médecin travaillant en cabinet seul
- 3 femmes et 4 hommes
- Âges : 30, 32, 39, 42, 46, 55 et 61 ans

La transcription de chaque entretien oral a été réalisée avec le logiciel de traitement de texte *Microsoft Word*. Les verbatims obtenus ont été analysés au fur et à mesure des entretiens sur cette période de 5 mois. Le guide d'entretien a été adapté suite au premier entretien car deux questions étaient trop imprécises et conduisaient à une importante digression dans les réponses données. Les entretiens 6 et 7 n'ont pas fait apparaître de nouveaux éléments lors de l'analyse thématique, nous avons donc considéré que la saturation des données avait été obtenue.

B. L'analyse thématique



Un relevé de thème a été effectué afin de préparer l'analyse thématique des sept entretiens. Cette analyse a permis de mettre en évidence cinq axes thématiques, se rapportant à l'utilisation de la ligne téléphonique du service de médecine hospitalière du CHB :

- Le contexte actuel d'accès aux soins
- L'amélioration de la qualité des soins
- L'optimisation de l'exercice médical
- Les freins à l'utilisation du dispositif
- Les possibilités d'amélioration de ce système

Nous avons réalisé un arbre thématique de synthèse avec le logiciel *XMind*. Nous avons aussi construit des arbres thématiques pour chacun des axes principaux par souci de lisibilité.

1) Le contexte actuel d'accès aux soins

Le premier axe thématique qui se dégage de notre analyse est celui de l'accès aux soins.

En ce qui concerne le contexte démographique actuel, deux tendances se dessinent parmi les médecins généralistes interviewés. La majorité des médecins décrivent un accroissement de leur patientèle âgée, entraînant parfois des problématiques de soins plus fréquentes :

- *On voit qu'il y a un vieillissement de la population.* (Entretien 2)
- *Ces personnes âgées grabataires, qui vivent seules à domicile, ça peut vraiment nous poser problème.* (Entretien 4)
- *C'est peut-être plus le côté gériatrie, pour des problèmes un peu sociaux, qui peut être compliqué* (Entretien 6)

À l'inverse, les deux médecins les plus jeunes ne relèvent pas cette tendance, tout en nuanciant cependant leurs propos compte tenu de leur courte durée d'exercice :

- *Je n'ai pas l'impression que mes patients âgés augmentent. Sur mes trois petits ans de recul, j'ai l'impression que c'est stable* (Entretien 3)
- *Je n'ai pas l'impression d'avoir plus besoin d'avoir recours à une hospitalisation pour des personnes âgées.* (Entretien 1)

Un médecin constate aussi le fait que « *la démographie médicale est vieillissante sur la région du biterrois* » et qu'il existe « *des problématiques de désertification médicale* ». (Entretien 2).

Les médecins interrogés soulignent que les personnes âgées constituent une population plus fragile, dont la prise en charge est délicate et nécessite plus fréquemment une hospitalisation :

- *On sait que les passages aux urgences peuvent être traumatisants pour les personnes âgées qui peuvent être désorientées.* (Entretien 4)
- *Les personnes âgées fragiles n'ont pas besoin de vivre ces moments difficiles sur un brancard pendant 6 heures dans la salle des urgences.* (Entretien 2)
- *On a souvent envie d'avoir recours à l'hospitalisation [...] et pas forcément pour quelque chose de précis.* (Entretien 3)
- *C'est cette gestion des patients âgés polypathologiques qui pose vraiment problème et qui fait même saturer le service des urgences.* (Entretien 1)
- *C'est parfois compliqué d'hospitaliser un patient âgé, en perte d'autonomie, avec maintien à domicile impossible et qui a une polypathologie.* (Entretien 6)

Au sujet des conditions d'accès à l'hospitalisation, les entretiens réalisés font ressortir divers avis. Une partie des médecins décrit des « modalités [...] plutôt difficiles » et évoque « la problématique des lits d'hospitalisation disponibles ». (Entretiens 3 et 2)

Pour d'autres, la situation locale est relativement satisfaisante :

- *Sur Béziers ça se passe plutôt bien je trouve au niveau de l'hôpital.* (Entretien 2)
- *À Béziers ça ne se passe pas trop mal pour hospitaliser.* (Entretien 6)
- *L'avantage c'est que de plus en plus on arrive à avoir les spés directement et à programmer les hospits.* (Entretien 7)

L'accès à l'hospitalisation passe la plupart du temps par un service d'urgences :

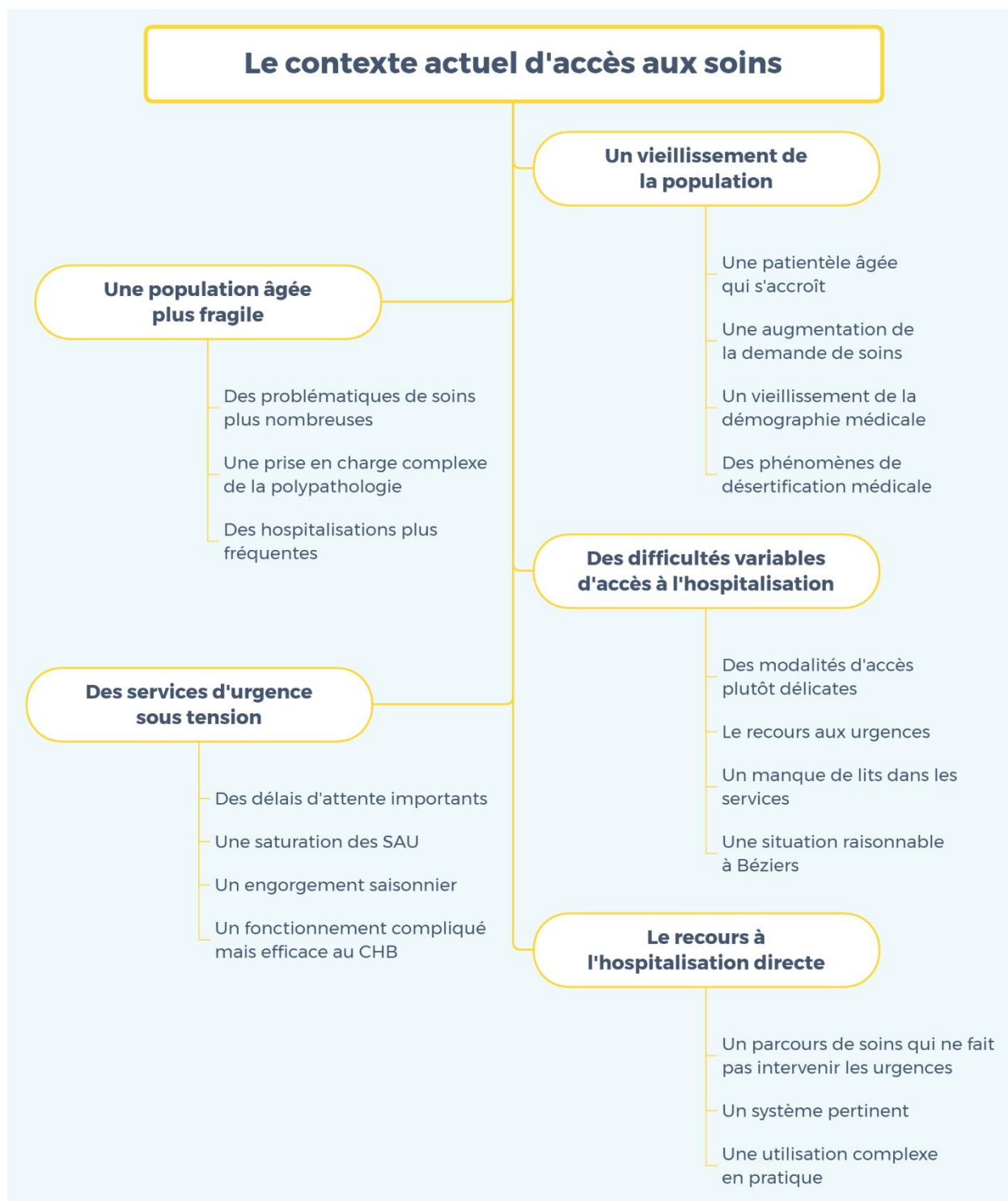
- *On passe par le parcours de soins classique : on envoie aux urgences pour qu'il y ait un bilan et voir s'il faut une hospitalisation.* (Entretien 4)
- *C'est vrai qu'on a le recours aux urgences* (Entretien 6)

Les médecins interrogés notent un fonctionnement difficile mais plutôt efficace du service des urgences de l'hôpital de Béziers :

- *C'est très compliqué à gérer pour les urgentistes je pense.* (Entretien 3)
- *Le service des urgences à Béziers [...] est assez efficace.* (Entretien 2)
- *L'été avec l'afflux de touristes, on voit que les urgences s'engorgent.* (Entretien 5)
- *Les gens disent qu'ils attendent beaucoup, j'imagine donc qu'il doit y avoir une saturation du service.* (Entretien 1)
- *Les urgences doivent avoir des contraintes de placements et de lits.* (Entretien 7)

Au travers de ces entretiens, nous voyons aussi qu'il est complexe d'organiser une hospitalisation selon un parcours ville-hôpital direct, qui ne fait pas intervenir le SAU :

- *Si je souhaite une hospitalisation qui ne relève pas de l'urgence immédiate, [...] je vais essayer de m'arranger avec le service.* (Entretien 4)
- *Ce n'est pas évident, sauf si on connaît les médecins ou bien qu'on a notre réseau.* (Entretien 2)
- *Même avec toute la meilleure volonté du monde, on voit les difficultés d'accès rapide aux soins.* (Entretien 1)



2) L'amélioration de la qualité des soins

Notre analyse fait ressortir un deuxième axe thématique qui est celui de l'amélioration de la qualité des soins pour le patient. Il s'agit d'une question d'actualité qui est au cœur des préoccupations des médecins interrogés :

- *Comment accélérer ce parcours de soins et le faciliter pour les patients ?* (Entretien 2).
- *Est-ce qu'on essaie de dégrossir le tableau avant de passer en direct avec les services à l'hôpital ?* (Entretien 4)
- *Si on peut prendre un peu le temps d'organiser une hospitalisation, c'est toujours mieux pour le patient et pour le service des urgences.* (Entretien 6)

En ce qui concerne les personnes âgées, ils soulignent leurs principaux objectifs :

- *Éviter au maximum les passages aux urgences.* (Entretien 3)
- *Essayer de faire une hospitalisation directe.* (Entretien 5)
- *Éviter une hospitalisation qui aurait pu être délétère.* (Entretien 1)

Dans cette optique, la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB représente un outil efficace selon les médecins participants. Ces derniers repèrent trois points d'intérêt principaux que présente cette ligne.

Premièrement, l'ensemble des médecins interrogés profite de ce dispositif pour obtenir de façon rapide un avis spécialisé :

- *J'ai tendance à appeler facilement pour prendre un avis spécialisé [...], pour essayer de vraiment accélérer les choses.* (Entretien 2)
- *Je me tourne vers la médecine interne de Béziers pour avoir leur avis.* (Entretien 3)
- *Ça sert aussi pour avoir un avis, sans forcément que le médecin ne voit le patient.* (Entretien 6)
- *C'est vraiment un avis que je cherche, [...] sur comment gérer le patient.* (Entretien 7)

Deuxièmement, la plupart des médecins utilisent cette ligne téléphonique pour organiser des hospitalisations directes ou programmées :

- *Ça représente un levier, une porte d'entrée directe pour l'hôpital.* (Entretien 5)
- *C'est si vraiment j'estime qu'il y a une hospitalisation nécessaire pour un patient puisque j'ai un diagnostic précis établi [...], j'ai un passage aux urgences que je peux éviter.* (Entretien 4)

- *C'est un outil ultra-pertinent pour les pathologies chroniques comme le diabète, souvent ils me les prennent directement.* (Entretien 3)
- *Pour des patients comme ça, c'est mieux de ne pas passer par les urgences, on gagne du temps pour eux.* (Entretien 6)
- *Ça évite de passer aux urgences et que les patients soient refoulés pour des motifs tout à fait fumeux.* (Entretien 7)

Troisièmement, dans certains cas ce système permet de planifier une prise en charge ambulatoire, avec si besoin un suivi ultérieur dans une filière de consultation :

- *Ça peut permettre d'obtenir une prise en charge en ambulatoire mais en fixant une consultation par exemple un mois après avoir fait tel ou tel bilan.* (Entretien 4)
- *Ça peut permettre des prises en charge ambulatoires qui peut-être t'auraient paru impossibles sans l'aval d'un médecin qui est habitué à ces problématiques.* (Entretien 2)
- *Ça permet d'organiser [...] une entrée dans une filière de consultation.* (Entretien 1)
- *On a discuté ensemble de prévoir déjà les examens et il l'a rappelé la semaine d'après pour le voir en consultation.* (Entretien 6)

Ainsi, selon les médecins interviewés, cette ligne téléphonique directe contribue à l'amélioration de la prise en charge globale des patients, et passe notamment par un perfectionnement du parcours de soins ville-hôpital :

- *Être bon pour le patient, pour sa qualité de vie et la prise en charge, [...] éviter de compliquer le tableau.* (Entretien 3)
- *Faciliter encore plus le parcours de soins des patients.* (Entretien 2)
- *Il fallait être cohérent et faire quelque chose d'adapté pour le patient.* (Entretien 4)
- *C'est un gain de temps pour la prise en charge globale du patient et c'est optimisé.* (Entretien 7)



3) L'optimisation de l'exercice médical

L'optimisation de l'exercice médical pour les soignants constitue un troisième axe thématique qui apparaît suite à l'analyse des verbatims de nos entretiens.

D'une part, les médecins généralistes interrogés soulignent l'utilité de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB pour leur pratique professionnelle. Ils mettent en valeur l'idée d'une pratique pluridisciplinaire plus performante, afin de trouver des solutions médicales plus rapides :

- *Ça t'amène un travail en équipe, pluridisciplinaire, pour être vraiment plus complet dans ta prise en charge. (Entretien 1)*
- *Je pense que c'est primordial dans nos activités libérales [...], de pouvoir avoir quelqu'un au téléphone pour débloquer une situation qui nous met en difficulté. (Entretien 2)*

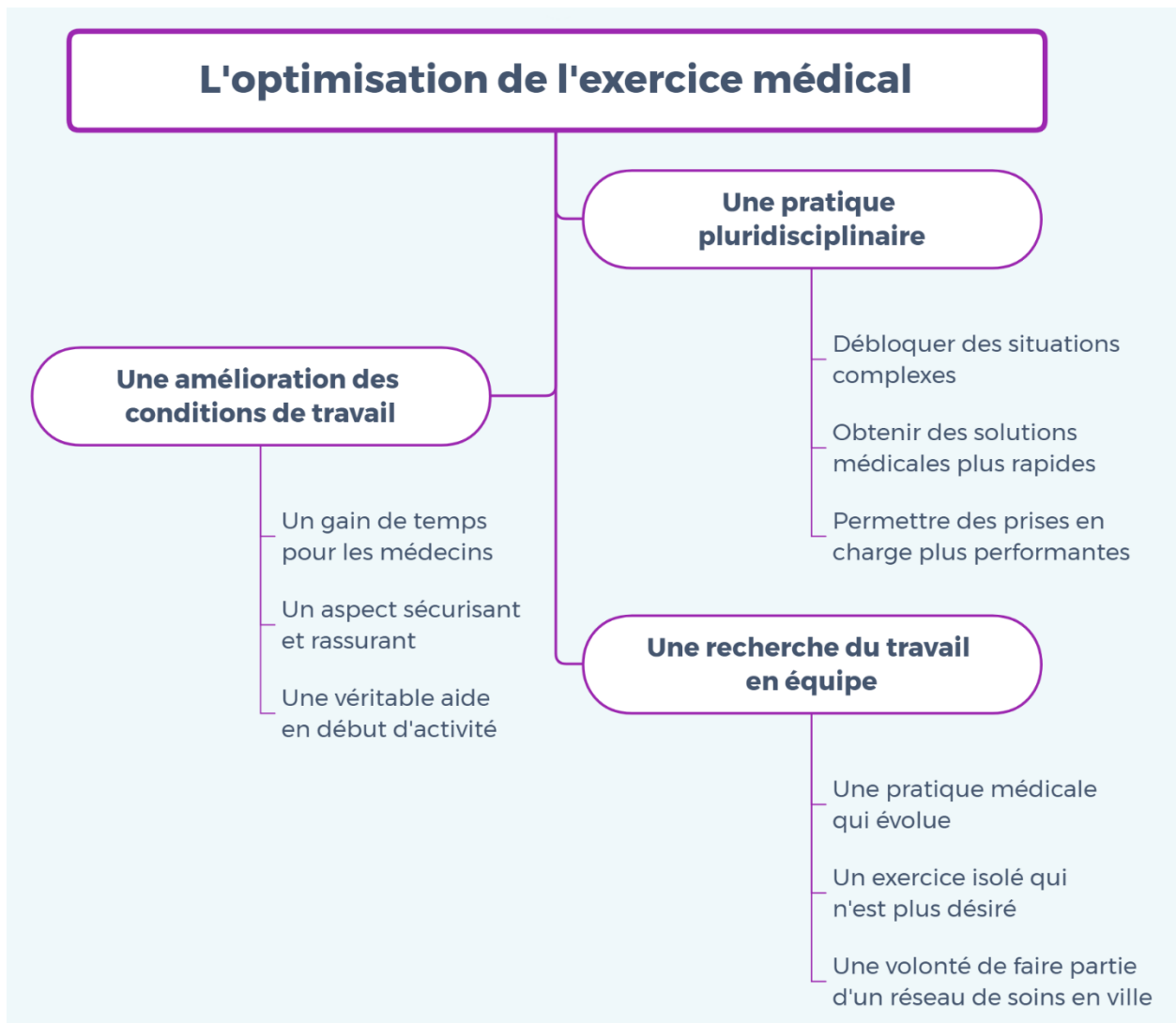
- *Je trouve cela vraiment intéressant d'échanger avec un confrère qui va avoir son regard hospitalier spécialisé et qui va t'apporter ses compétences. (Entretien 3)*
- *C'est raisonnable, on appelle, on est rappelé, on résout le problème, on avance, pour moi c'est bien. (Entretien 7)*

D'autre part, sur un plan plus personnel, les praticiens interviewés relèvent l'intérêt de ce dispositif pour l'amélioration de leurs propres conditions de travail. Ils évoquent en particulier le gain de temps et l'aspect sécurisant que leur offre ce moyen de communication :

- *C'était surtout au début de mon activité libérale où je l'ai vraiment utilisé [...], où j'avais besoin d'une solution pour me rassurer rapidement. (Entretien 2)*
- *Ce numéro est vraiment utile parce qu'on perd un temps fou en passant par l'accueil. [...] J'ai trouvé ça très pratique parce que ça nous fait gagner un temps monstre. (Entretien 3)*
- *Avec cette ligne ça va plus vite, on sait qu'on a le médecin d'astreinte directement. (Entretien 1)*
- *Au début je pense que j'avais besoin de plus d'avis [...], maintenant peut-être que j'ai plus l'habitude et que j'essaie de me débrouiller un peu plus toute seule. (Entretien 6)*
- *Ça m'apporte le confort de ne pas être seul [...]. On a trop souvent le sentiment d'être seul en ville. C'est un gain de temps et une sécurité. (Entretien 7)*

Enfin, certains participants de notre étude abordent l'importance de ce dispositif vis-à-vis de l'évolution de leur pratique médicale et du travail en équipe qu'ils recherchent :

- *C'est le gros point positif [...]. C'est de sortir de ta pratique isolée, pour t'amener vers une sorte de coordination des soins avec le médecin hospitalier. (Entretien 4)*
- *Vous avez un médecin qui comprend la complexité ou la sévérité d'une pathologie et c'est quand même mieux d'échanger entre médecins. (Entretien 5)*
- *Je trouve que c'est indispensable pour nous, pour le système, pour les urgences et pour le patient. (Entretien 6)*
- *On travaille en coordination et c'est beaucoup plus intéressant comme ça. (Entretien 7)*



4) Les freins à l'utilisation du dispositif

Les difficultés rencontrées par les médecins lors de l'utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB constituent le quatrième axe thématique majeur que notre étude a pu dégager.

Tout d'abord, la majorité des praticiens regrettent un manque de connaissance et de diffusion des modalités pratiques d'utilisation de cette ligne :

- *Ce numéro-là je me suis toujours demandé comment il était communiqué.* (Entretien 1)
- *Je ne suis pas sûr que tous les médecins soient au courant de ça.* (Entretien 4)
- *Je ne sais pas jusqu'à quelle heure il est accessible.* (Entretien 3)

Ensuite, certains médecins généralistes interviewés mentionnent parfois des freins d'ordre personnel qui peuvent être liés à l'organisation de leur pratique, au rythme de leurs consultations ou bien à leurs propres sentiments :

- *Je n'ai pas eu le temps d'appeler, je l'ai envoyé directement aux urgences.* (Entretien 2)
- *On a 15 minutes pour tout régler, le critère de temps est très important.* (Entretien 1)
- *Peut-être que c'est dû à mon jeune âge, mais on a du mal à demander des conseils. On se dit : « Est-ce que je ne devrais pas le savoir dans les bouquins ? ».* (Entretien 3)
- *Je n'aime pas trop les appeler pour ça mais c'est vrai que des fois on n'a pas d'autre solution et on a aussi besoin d'eux pour ça.* (Entretien 5)
- *Tout ça c'est chronophage le jour même.* (Entretien 7)

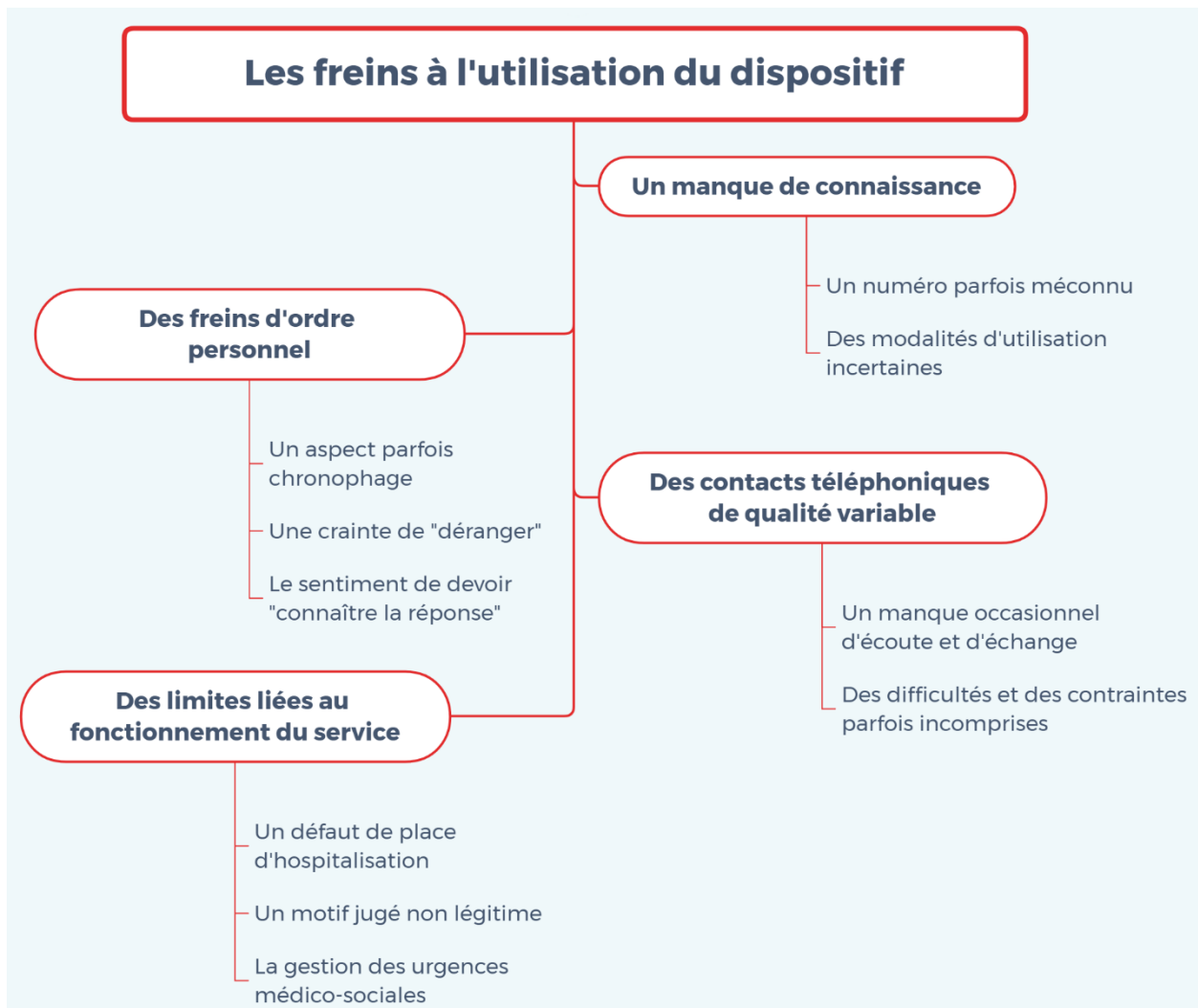
De plus, des limites en rapport avec le versant hospitalier sont aussi évoquées par plusieurs médecins. D'une part, elles sont parfois liées à l'interlocuteur :

- *Je suis tombée sur quelqu'un qui n'était pas forcément à mon écoute, qui n'était pas trop dans l'échange.* (Entretien 3)
- *Ce décalage médecine libérale – médecine hospitalière, avec des réalités qui ne sont pas les mêmes, c'est ça qui peut se ressentir.* (Entretien 2)
- *Je ne sais pas si les médecins hospitaliers se rendent bien compte de nos difficultés.* (Entretien 5)
- *Ça peut arriver que le contact soit moins agréable, qu'ils demandent pourquoi on appelle.* (Entretien 6)

D'autre part, ces difficultés peuvent aussi être dues au fonctionnement du service et peuvent conduire les médecins généralistes à restreindre leur utilisation de ce dispositif. En effet, certains des praticiens interrogés relèvent parfois un défaut de place d'hospitalisation, ou bien par exemple un motif jugé non légitime par le médecin hospitalier :

- *On m'avait quand même demandé de passer par les urgences, donc peut-être qu'ils voulaient la réévaluer, peut-être qu'ils n'avaient pas de lits tout de suite [...]. Ce n'est pas la faute du service mais c'est la faute du système.* (Entretien 3)
- *C'est compliqué de donner un avis téléphonique qui soit totalement en adéquation avec la réalité d'un patient que tu ne vois pas et dont tu ne connais pas le contexte.* (Entretien 5)
- *C'est peut-être plus compliqué quand il s'agit d'une hospitalisation sur un maintien à domicile difficile, parce que ça peut nous arriver une urgence sociale et on est obligé de négocier avec les médecins hospitaliers.* (Entretien 1)

- *Sur les personnes très âgées, je trouve qu'ils ont parfois un discours très négatif [...]. C'est rare mais ça peut arriver. (Entretien 6)*
- *Pour les pertes brutales d'autonomie malheureusement c'est souvent plus en urgence donc je n'appelle pas pour ça, [...] ils n'ont pas de place en si peu de temps. (Entretien 7)*



5) Les possibilités d'amélioration de ce système

Le 5^{ème} et dernier axe thématique majeur que fait émerger notre analyse est celui des possibilités d'amélioration de ce dispositif. En premier lieu, certains des médecins participants souhaiteraient une meilleure diffusion de ce numéro d'appel et de ses modalités d'utilisation :

- *Ce serait bien que les médecins libéraux connaissent mieux les horaires d'appel par exemple. (Entretien 3)*
- *Il faudrait peut-être avoir une meilleure visibilité, mais il faut aussi que les médecins en question puissent assumer un flux plus important. (Entretien 2)*

- *Ce serait bien aussi de connaître les interlocuteurs. (Entretien 4)*
- *On pourrait imaginer des réunions tous les ans pour connaître les infos sur cette ligne, avoir des retours du service, savoir ce qui va ou ne va pas avec nos appels. (Entretien 5)*
- *Un système de messagerie serait mieux pour ça [...]. C'est vrai que je les ai rarement en direct au téléphone. (Entretien 7)*

En second lieu, ce dispositif représente un véritable atout pour la gestion de situations médicales complexes et en particulier gériatriques. Certains médecins interviewés aimeraient que le système actuel se perfectionne autour de cette ligne téléphonique. Leur volonté est d'améliorer les parcours de soins gériatriques, afin de garantir une prise en charge optimale à leurs patients les plus âgés :

- *Pourquoi pas mettre en place des « partenariats » et pouvoir cadrer des prises en charge gériatriques [...] avec le service de médecine interne grâce à cette ligne ? (Entretien 2)*
- *C'est difficile pour nous de trouver en urgence une place en EHPAD. Il manque un peu ce côté où l'on pourrait hospitaliser brièvement une personne âgée dont le problème c'est la dépendance. Peut-être que ce numéro pourrait aider ? (Entretien 5)*
- *Ça pourrait être bien que cette ligne se développe pour nous donner accès à un secteur post-urgences vraiment dédié à la gériatrie, ou bien à une filière avec quelques lits [...] pour pouvoir passer directement en SSR par exemple. (Entretien 6)*

En dernier lieu, cette ligne téléphonique directe se place au cœur de l'enjeu de santé publique que représente actuellement la coordination des soins. Ainsi, plusieurs praticiens interrogés proposent des idées de développement de ce dispositif dans ce sens :

- *Ça s'intègre très bien dans les nouvelles pratiques en MSP ; ce qui est intéressant c'est même d'intégrer dans des protocoles des façons de travailler avec l'hôpital. (Entretien 2)*
- *C'est un sujet dans l'air du temps, parce que la coordination médecine de ville – médecine hospitalière paraît être l'avenir aujourd'hui. (Entretien 4)*
- *Pour moi ce numéro va totalement dans la bonne direction. Je trouve qu'avec l'exercice coordonné en ville, on sent que c'est ce maillage-là que l'on recherche. Ce serait génial que ce soit encore plus développé. (Entretien 1)*

Les possibilités d'amélioration de ce système

Étendre et perfectionner ce dispositif en gériatrie

- Cadrer des PEC gériatriques en partenariat avec l'hôpital
- Faciliter l'hébergement en urgence d'un patient dépendant
- Améliorer la filière de post-urgences gériatriques

Une meilleure diffusion des modalités d'utilisation

- Prendre en charge un plus grand nombre d'appels
- Organiser des réunions avec les médecins hospitaliers impliqués
- Avoir des retours sur l'utilisation de cette ligne téléphonique

Développer cette ligne pour optimiser la coordination des soins

- Renforcer l'exercice médical coordonné entre ville et hôpital
- Envisager la création de protocoles en MSP pour faciliter la collaboration avec l'hôpital
- Un enjeu d'avenir pour le maillage territorial en santé

IV - DISCUSSION

A. Les principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'analyser comment les médecins généralistes du bassin biterrois utilisent la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB dans le parcours de soins ville–hôpital de leurs patients.

Notre travail a permis d'explorer et de comprendre de nombreux aspects de l'utilisation de cette ligne téléphonique directe. Nos résultats montrent que les médecins interrogés utilisent ce dispositif afin d'améliorer, d'une part la prise en charge de leurs patients, et d'autre part leurs conditions d'exercice. Selon les propos recueillis lors de nos entretiens, ces deux enjeux se placent dans un contexte de vieillissement de la population et d'une augmentation de la demande de soins. Celle-ci se traduit notamment par un engorgement des services d'urgences et une hausse du nombre d'hospitalisations, en particulier chez les personnes âgées plus fragiles.

L'accès rapide à un avis médical spécialisé est une aide capitale que fournit la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB aux médecins généralistes du bassin biterrois. Les praticiens ayant participé à notre étude sont très satisfaits sur ce point. Ils se sentent épaulés lorsqu'une question diagnostique ou thérapeutique complexe leur pose problème. Ce soutien leur permet d'éviter certains recours aux urgences alors que cela leur aurait paru nécessaire en l'absence de conseil hospitalier.

Selon les médecins interviewés, ce dispositif facilite aussi les hospitalisations directes (en dehors du contexte de l'urgence). Ils utilisent volontiers cette ligne téléphonique dans le but d'obtenir une admission directe en service hospitalier, en particulier pour les personnes âgées. Ils sont conscients qu'un passage aux urgences peut avoir des effets délétères sur un patient gériatrique. L'objectif de ces médecins généralistes est aussi de ne pas engorger les services d'urgences. Ils préfèrent simplifier cet accès au milieu hospitalier lorsque cela est possible.

L'amélioration des parcours de soins ville–hôpital pour les patients est une préoccupation majeure des médecins interrogés. Dans cette optique, la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers est un outil tout à fait pertinent d'après eux. Elle leur donne la possibilité d'organiser, conjointement avec le médecin hospitalier, l'entrée d'un patient dans une

filière de consultation, avec des délais raisonnables et après avoir réalisé des examens complémentaires en ambulatoire par exemple.

Par ailleurs, sur un plan plus personnel, les praticiens interviewés notent l'aspect sécurisant que cette ligne téléphonique directe leur apporte, en particulier lors de leur début d'activité. Ils trouvent cela rassurant de pouvoir obtenir facilement une aide efficace dans certaines situations complexes. De plus, ce dispositif leur permet de gagner du temps en communiquant directement de médecin à médecin, ce qui est un élément très important à leurs yeux. Ils apprécient ce travail en équipe et le recherchent de plus en plus dans leur pratique professionnelle.

Cette ligne téléphonique directe favorise donc la collaboration ville-hôpital et permet des prises en charge pluridisciplinaires plus performantes. D'un point de vue intellectuel, les médecins interrogés se sentent très satisfaits de cette évolution de l'exercice médical libéral.

B. Les perspectives d'amélioration

Les praticiens interrogés reconnaissent le confort que cette ligne téléphonique directe leur procure vis-à-vis de la prise en charge de leurs patients. Cependant, certains évoquent aussi des difficultés entravant son utilisation et proposent des pistes afin d'améliorer ce dispositif.

L'obstacle le plus fréquemment cité par les médecins questionnés est le manque de connaissance autour du numéro d'appel et de ses modalités d'utilisation. Les généralistes récemment installés regrettent l'absence de campagne de diffusion ces dernières années, et de ce fait la nécessité d'une transmission informelle, par « le bouche-à-oreille ».

Certains médecins seraient intéressés par l'organisation de réunions avec les praticiens hospitaliers. À cette occasion, ils aimeraient pouvoir rencontrer leurs interlocuteurs, obtenir des informations claires sur les modalités pratiques du dispositif, et avoir des retours afin de savoir si leurs motifs d'appels sont pertinents et si leur usage de la ligne téléphonique est approprié ou non.

Ces réunions pourraient être l'opportunité pour ces médecins, hospitaliers et libéraux, de dialoguer de façon directe sur le sujet. Cela pourrait permettre d'améliorer la qualité des échanges téléphoniques et résoudre certains problèmes de communication relevés lors de nos entretiens.

L'autre piste d'amélioration principalement évoquée par les généralistes sollicités concerne le domaine de la gériatrie, et plus particulièrement celui de la dépendance chez les personnes âgées. En effet, plusieurs praticiens ont abordé les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés lorsqu'un patient se retrouve soudainement en situation de perte d'autonomie brutale.

Les médecins essaient au maximum d'anticiper et d'agir en amont dans le but d'éviter cela, mais il arrive parfois qu'un événement imprévisible entraîne chez un patient gériatrique une « urgence » médicale, mais surtout sociale. Dans de telles situations, certains ne se sont parfois pas sentis écoutés lors de leur appel, et évoquent un manque de compréhension de leurs contraintes et de leurs possibilités en médecine de ville.

L'une des propositions mentionnées serait donc de renforcer ce dispositif sur le plan gériatrique, en facilitant par exemple l'hébergement d'un patient en perte brutale d'autonomie. La filière de post-urgences gériatriques pourrait aussi être développée, afin de permettre plus facilement des admissions directes depuis le domicile, lorsque ces « urgences » ne sont pas d'ordre diagnostique ou thérapeutique immédiat.

Enfin, de manière plus générale, une grande partie des médecins interrogés expriment l'intérêt qu'ils portent à l'égard de cette ligne téléphonique directe vis-à-vis de l'optimisation de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital. La possibilité de créer des protocoles en MSP afin de faciliter la collaboration avec le secteur hospitalier est par exemple suggérée, dans le but de renforcer le maillage territorial du secteur de la santé.

C. Les forces et les faiblesses de l'étude

Nous avons choisi une méthodologie qualitative pour notre travail, car nous cherchions à comprendre le comportement d'individus en un lieu donné et à une période donnée. Ce type de méthodologie nous a paru adapté à l'étude d'un phénomène aussi complexe et qui ne peut être quantifié. Nos résultats ne sont pas généralisables à l'échelle nationale et ils ne peuvent pas non plus être transposés à un autre secteur géographique.

Notre enquête pourrait être complétée par une étude quantitative auprès de tous les médecins généralistes du bassin biterrois. Le cas échéant, cela pourrait permettre de faire ressortir d'autres données, en incluant par exemple les praticiens qui n'utilisent pas cette ligne téléphonique directe.

Nous avons composé notre échantillon de participants de manière raisonnée, en recherchant une variabilité maximale en termes de sexe, d'âge, de lieu d'installation, de durée et de mode d'exercice. Notre objectif était d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible, même si les réponses obtenues ne peuvent évidemment pas être extrapolées à la population générale. Notre unique critère d'inclusion était de connaître et d'utiliser la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB. Nous n'avons donc pas interrogé de praticien qui n'avait pas recours à ce dispositif.

Nous avons conduit nos entretiens de manière systématique et reproductible. L'entretien individuel semi-directif nous a semblé approprié à notre type d'étude. Il était plus simple à organiser pour un investigateur dont c'était la première expérience de recherche qualitative. Les questions ouvertes du guide d'entretien ont permis de recueillir un volume important et riche de données. La durée moyenne des entrevues avec les médecins est relativement longue (28 minutes). La fiabilité des réponses a été favorisée par la garantie de l'anonymisation. De plus, le chercheur adoptait en permanence une attitude neutre et ses interventions à l'oral étaient réduites au minimum pour éviter d'influencer toute réponse. Cependant, certaines relances ou reformulations ont pu orienter le discours des médecins interrogés. Par ailleurs, même s'il a été accepté par tous les participants, l'enregistrement des entretiens a pu aussi inhiber certaines réponses.

Nous avons réalisé une analyse thématique, en continu, des données obtenues au fur et à mesure des entretiens, sur une période de 5 mois. Ce type d'analyse nous a paru tout à fait adapté à notre sujet de recherche concernant l'utilisation d'un dispositif de coordination des soins par des médecins généralistes. Cette analyse a elle aussi été effectuée de manière systématique et reproductible, afin de garantir une grande validité interne de nos résultats. Cependant, malgré tous ces efforts, il persiste un risque de perte de données par rapport aux réponses brutes obtenues lors des entretiens. Enfin, nous n'avons malheureusement pas pu procéder à une triangulation lors de l'analyse des données de nos verbatims et de ce fait, il peut exister un biais d'interprétation lié à la subjectivité de l'investigateur.

V - CONCLUSION

Cette thèse a permis d'apprécier l'utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers par les médecins généralistes du bassin biterrois.

L'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge globale des patients est la préoccupation principale des médecins qui ont accepté de participer à notre étude. Ils ont une opinion très positive de cette ligne directe, qu'ils décrivent comme un outil pertinent, au cœur de l'actualité médicale. Ils ont conscience de l'importance du perfectionnement des parcours de soins, en particulier pour leur patientèle âgée.

L'optimisation des conditions de l'exercice médical constitue aussi l'un des sujets mis en avant par les participants. La ligne téléphonique du service de médecine hospitalière de Béziers favorise le travail en équipe. Cet aspect est non seulement bénéfique pour le patient et pour le système de soins, mais il l'est aussi pour le quotidien des médecins interrogés, qui décrivent une pratique plus confortable et sécurisante.

Certains freins à l'utilisation de ce dispositif sont rapportés par les médecins généralistes interviewés, malgré des avis globalement très positifs. Les propositions d'amélioration les plus récurrentes sont l'augmentation de la visibilité de cette ligne téléphonique et le développement d'une unité hospitalière gériatrique dédiée aux admissions directes depuis le domicile.

Nous avons donc pu constater grâce à ce travail que malgré certaines difficultés d'utilisation, la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du CHB contribue à l'amélioration de la qualité des soins pour les patients, et de la qualité des conditions de l'exercice médical pour les soignants. Il existe peu d'études qualitatives menées en France sur ce type de dispositif de coordination des soins, bien que celui-ci constitue un levier dans le défi que représente le vieillissement de la population.

Ainsi, devant ce phénomène, d'une part le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (2021) a prévu la création d'une cinquième et nouvelle branche de soutien à l'autonomie, dont le but sera notamment d'offrir « *une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes en perte d'autonomie* » et de renforcer « *la qualité [...] de l'offre d'accompagnement* ».

D'autre part, la « Stratégie de Transformation du Système de Santé : *Ma Santé 2022* » place les personnes âgées, en particulier les plus fragiles, au centre des réflexions sur les mesures à prendre. Dans cette logique, le rapport de la Concertation Grand Âge et Autonomie (2019) a défini dix objectifs, dont le premier est de « *prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables* » chez les personnes âgées.

Ce rapport du Ministère des Solidarités et de la Santé propose plusieurs actions afin de parvenir à remplir cet objectif, et en particulier :

- De « *généraliser et rendre lisibles les permanences téléphoniques [...] promues par les filières gériatriques depuis 2007* », de manière à « *organiser leur service sur un territoire, en lien avec les [Communautés Professionnelles Territoriales de Santé] et les dispositifs d'appui à la coordination* »
- De développer « *une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers (particulièrement en gériatrie, médecine interne, médecine post urgence, SSR) permettant de limiter leurs passages aux urgences* »

Notre travail sur le dispositif étudié dans cette thèse porte donc sur un sujet d'actualité et d'avenir, car le vieillissement de la population va continuer à s'intensifier dans les 20 à 30 prochaines années. Il concerne aussi bien la médecine de ville, que l'hôpital, que le secteur de l'accueil des personnes âgées dépendantes. Ce phénomène représente donc un enjeu de santé publique majeur auquel doit faire face le système de santé français à tous les niveaux.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. Papont S, Beaumel C. Bilan démographique 2019 | Insee Première - N°1789. 2020.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Concertation Grand âge et autonomie - Rapport de l'atelier 10 (Hôpital et personne âgée). 2019 mars.
3. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers | Insee Références. 2019.
4. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les établissements de santé - Édition 2020. 2020.
5. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain. 2008.
6. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2011;9(4):387-90.
7. Haute Autorité de Santé. Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires.
8. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015.
9. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance. 2008.
10. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'allocation personnalisée d'autonomie. 2019.
11. Roy D, Marbot C. L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040 | Insee Analyses - N°11. 2013.
12. Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030. 2018 nov.
13. Direction Générale de l'Action Sociale, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux de santé gériatriques. sept 16, 2004.
14. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». mai 15, 2007.
15. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 relative à la filière de soins gériatriques. mars 28, 2007.
16. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. mars 18, 2002.

17. Direction Générale de l'Action Sociale. Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - Modalités de la campagne de labellisation pour 2001. mai 18, 2001.
18. Direction de l'Action Sociale. Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005. juin 6, 2000.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif PAERPA. 2017.
20. Ménard J, Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Plan Alzheimer et maladies apparentées (2008-2012). 2008.
21. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Plan Maladies Neuro-Dégénératives (2014-2019). 2014.
22. Syndicat Mixte du SCoT du Biterrois. Schéma de Cohérence Territoriale du Biterrois. 2013.
23. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2020. 2020.
24. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Dossier complet – Commune de Béziers. 2020.
25. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018. 2020.
26. Direction Générale Adjointe des Solidarités Départementales. Liste des établissements autorisés pour personnes âgées - Département Hérault. 2019.
27. Centre Hospitalier de Béziers. Offre de soins. 2020.
28. Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, MacKinnon NJ, Kovacs G. 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.* 1 juill 2011;20(7):564-9.
29. Boisgérain B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. 2017.
30. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding Emergency Department Admissions Using Telephonic Consultations Between General Practitioners and Hospital Geriatricians. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(4):782-4.
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
32. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4^{ème} édition. Armand Colin. 2016. 432 p. (U).
33. Bourrel G, Clary B, Clotet L, Oude-Engberink A, Pavajeau S, Serayet P. Thèse selon une approche qualitative. 2018.

34. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Département de Santé Publique, CHU de Nice, éditeur. 2013.
35. Blanchet A, Ghiglione R, Massonnat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Dunod. 2013. 208 p. (Psycho Sup).
36. Thomas D. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. Am J Eval. 1 juin 2006;27:237-46.

VII - ANNEXES

Annexe 1 : Échelles d'évaluation gériatrique

Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
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	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
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	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

(Suite)

Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). Suite.

II. Entretien quotidien	
1. Propreté	
Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence	1
On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)	0
Se souille en dormant plus d'une fois par semaine	0
Se souille éveillé plus d'une fois par semaine	0
Aucun contrôle sphinctérien	0
2. Alimentation	
Mange sans aide	1
Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas	0
S'alimente seul avec une aide modérée et est « négligé »	0
Nécessite une aide importante pour les repas	0
Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter	0
3. Habillage	
S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe	1
S'habille, se déshabille seul si les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage	0
Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres	0
4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)	
Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide	1
Prend soin de lui de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (p. ex. pour se raser)	0
Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision	0
Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage	0
Refuse toute aide de l'entourage pour rester net	0
5. Déplacements	
Se déplace dans les étages ou en ville	1
Se déplace dans le quartier, dans les environs proches	0
Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (clôture, rampe), une canne, un fauteuil roulant	0
S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide	0
Alité la plupart du temps	0
6. Bains	
Se lave seul (baignoire, douche, etc.) sans aide	1
Se lave seul avec une aide pour entrer dans la baignoire ou pour en sortir	0
Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps	0
Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave	0
N'essaie pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage	0
Total des points « Entretien quotidien »	.../6
Total IADL = points « Activités courantes » + « Entretien quotidien »	.../14

Source : Lawton M, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9 : 179-86.

Les 17 variables de la grille AGGIR.

	Variables	A	B	C
1	Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir, et passer d'une de ces positions à une autre			
2	Déplacement intérieur : se déplacer dans le lieu de vie (domicile : pièce habituelle, jusqu'à la boîte aux lettres ou aux locaux poubelles; en institution, comporte aussi les lieux collectifs de vie)			
3	Toilette : – haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage – bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes Coter séparément haut et bas. La cotation globale est A si AA, C si CC, et B dans les autres cas			
4	Élimination urinaire et fécale : – assurer l'hygiène de l'élimination urinaire – assurer l'hygiène de l'élimination fécale Coter séparément l'élimination urinaire et fécale. La cotation globale est A si AA, C si CC ou si une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
5	Habillage : – haut : vêtements passés par les bras et/ou la tête – moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture Éclair, ceinture, bretelles, pressions – bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, collants ou bas, chaussures Coter séparément haut, moyen et bas. La cotation globale est A si AAA, C si CCC, et B dans les autres cas			
6	Cuisine : préparation et conditionnement des repas pour qu'ils puissent être servis (ne concerne pas l'achat de denrées ou la vaisselle/ménage)			
7	Alimentation : – se servir – manger les aliments préparés Coter séparément se servir, et manger. La cotation globale est A si AA, C si CC ou si une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
8	Suivi du traitement : respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement			
9	Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
10	Alerter : utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter si besoin			
11	Déplacement à l'extérieur : se déplacer à l'extérieur du lieu de vie			
12	Transports : utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel			
13	Activités du temps libre : pratiquer volontairement des activités de loisirs			
14	Achats : acquisition volontaire de biens (directe ou à distance)			
15	Gestion : gérer ses affaires, son budget, ses biens, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir des formulaires			
16	Orientation : – se repérer dans l'espace – se repérer dans le temps Coter séparément l'orientation dans le temps et dans l'espace. La cotation globale est A si AA, C si CC ou si une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			
17	Cohérence : – communiquer – se comporter de façon logique et sensée par rapport au contexte Coter séparément communiquer et se comporter. La cotation globale est A si AA, C si CC ou si une des 2 cotations est C, et B dans les autres cas			

Annexe 2 : Guide d'entretien individuel semi-directif

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de Montpellier. Nous allons procéder à un entretien dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale qui s'intitule :

« Utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers par les médecins généralistes du bassin biterrois »

Nous allons signer ensemble le document d'information et de consentement de participation à cette étude.

Vous avez accepté que l'entretien soit enregistré. Il peut être interrompu à tout moment si vous le souhaitez.

Les données recueillies seront entièrement anonymisées comme convenu.

Cet entretien n'a pas de limite de temps. Le but est de recueillir le maximum d'informations. Vous pouvez parler aussi longtemps que vous le souhaitez et prendre tout le temps qu'il faut pour répondre aux questions.

Je serai amené à vous poser des questions de relance pour approfondir certains points au fur et à mesure de l'entretien.

Si certaines questions ne vous semblent pas claires, n'hésitez pas à me demander des précisions.

Nous allons donc commencer par quelques questions d'introduction à visée statistique, afin d'obtenir certaines données pour caractériser notre échantillon de participants. Nous poursuivrons avec les questions relatives à mon sujet de thèse.

Questionnaire de caractérisation de l'échantillon :

- Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?
- Quel est votre mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP, remplaçant) ?
- Quel est votre lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain) ?
- Sexe et âge

Questionnaire de l'étude :

1. Que pensez-vous des conditions actuelles pour parvenir à hospitaliser un patient ?
2. Quels sont pour vous les intérêts que présentent les lignes téléphoniques directes, qui sont proposées par certains services de médecine hospitalière en France ?
3. En pratique, comment cela se passe-t-il lorsque vous devez utiliser la ligne téléphonique du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers ?
4. Pouvez-vous me décrire une situation au cours de laquelle vous avez utilisé cette ligne téléphonique directe ?
5. Compte tenu de vos expériences avec ce dispositif, quelles éventuelles améliorations pourriez-vous attendre ?

Cet entretien est maintenant terminé, je vous remercie sincèrement pour votre participation.

Avec votre accord, je pourrais être amené à vous rencontrer de nouveau s'il est nécessaire d'approfondir certains thèmes. Enfin, si vous le désirez il vous sera possible d'obtenir les résultats de notre étude, une fois celle-ci terminée.

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement

Thèse de doctorat en médecine générale

Interne : Charles-Henri FLEURIAU

Directeur de thèse : Dr Éric OZIOL

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à un entretien individuel dans le cadre d'une étude qualitative concernant la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière du centre hospitalier de Béziers. J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle (respect du secret professionnel).

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cet entretien puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment.

Fait à : Date :

Nom de l'interviewé :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Je soussigné M. Charles-Henri FLEURIAU, investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Entretien n° ... , fait à, le

Signature

Annexe 4 : Exemple de retranscription d'entretien

ENTRETIEN N°6

Q1 : Que pensez-vous des conditions actuelles pour parvenir à hospitaliser un patient ?

À Béziers ça ne se passe pas trop mal pour hospitaliser, c'est vrai que c'est peut-être la médecine interne pour laquelle ça se passe le mieux. Bon c'est sûr qu'en médecine interne on a une ligne directe, après on a d'autres lignes directes comme en neurologie je crois. Après j'arrive quand même à joindre les spécialistes de l'hôpital assez bien par le standard. Bien sûr on peut passer par les urgences mais c'est vrai j'essaie de l'éviter quand je peux. Après c'est peut-être plus pour des avis téléphoniques que je vais voir pour contacter les spécialistes à l'hôpital.

Après c'est un peu plus difficile à Montpellier au CHU je trouve, encore que quand on a un bon contact avec un médecin, on y arrive un peu plus facilement. Après sinon, c'est vrai qu'on a le recours aux urgences, quand c'est le soir par exemple. C'est vrai que si on peut prendre un peu le temps d'organiser une hospitalisation, c'est toujours mieux pour le patient et pour le service des urgences.

Relance : Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer en essayant d'obtenir une hospitalisation pour un patient ?

Sur Montpellier, j'ai déjà eu des difficultés à joindre le médecin référent. Je n'ai pas de ligne directe pour obtenir un médecin. Après, on arrive au bout d'un moment à avoir un numéro donc c'est vrai qu'on le garde et qu'on n'hésite pas à l'utiliser ; par exemple j'ai le numéro des internes de garde de chirurgie viscérale.

Après, on peut aussi arriver à joindre le médecin hospitalier du service mais c'est lui qui va nous dire « *là il vaut mieux de passer par les urgences parce qu'on aura une imagerie* » ou bien « *on n'a pas de place donc il faut passer par les urgences* ».

C'est vrai que des fois on essaie de ne pas passer par les urgences mais c'est le médecin hospitalier qui va nous dire « *de toute façon il faut passer par les urgences* », donc là c'est vrai que c'est un petit peu dommage mais ce n'est pas de notre ressort. On comprend bien que des fois c'est compliqué pour eux aussi.

J'essaie de faire l'effort de ne pas emboliser les urgences et d'essayer de passer directement par les médecins hospitaliers. Je n'hésite pas à le faire et quand même je trouve qu'ils sont disponibles par téléphone et assez compréhensifs par rapport à notre situation en médecine générale.

Pour les questions de maintien à domicile impossible, c'est vrai que des fois c'est difficile de trouver une solution et la seule solution c'est la médecine interne parce qu'en fait on ne peut pas les hospitaliser en SSR directement (en tout cas il me semble que c'est comme ça). Il faut bien négocier on va dire. C'est la situation où c'est peut-être un peu difficile avec eux. Moi ça fait un petit moment que je n'ai pas eu ce cas à gérer mais après il me semble quand même qu'ils jouent le jeu et ils prennent les patients.

Après, c'est sûr que quand c'est vraiment une bonne indication de médecine interne, on n'a pas trop de soucis pour qu'ils nous prennent les patients. Après, des fois ce n'est pas forcément en hospitalisation, mais c'est en consultation et globalement quand même ça va.

Relance : Quels sont les facteurs responsables de ces difficultés d'hospitalisation selon vous ?

J'ai été interne aux urgences il y a une dizaine d'années donc j'ai bien vu comment ça se passait. J'ai l'impression que c'est un peu pareil, voire peut-être pire que ce que c'était à mon époque. C'est vrai qu'on a des patients des fois qui sont refusés quand ils passent par les urgences. Le médecin des urgences va estimer qu'il n'a pas besoin d'être hospitalisé alors qu'on a fait une lettre en expliquant que d'après nous ce serait bien qu'il soit gardé.

Les relations ont parfois l'air un peu difficiles, j'ai une collègue qui a eu hier un échange très vif avec un médecin des urgences. On peut avoir des patients qui sortent des urgences où l'on a l'impression que tous les examens n'ont pas forcément été réalisés. Mais bon après je pense que c'est difficile aussi et je pense que le système peut s'améliorer au niveau des urgences.

Q2 : Quels sont pour vous les intérêts que présentent les lignes téléphoniques directes qui sont proposées par certains services de médecine hospitalière en France ?

On s'en sert pour hospitaliser, mais aussi pour avoir une consultation rapide. Parce que quand on veut une consultation (par exemple en endocrinologie) rapide, la secrétaire ne va pas avoir de

créneau rapide donc c'est elle-même qui va nous dire « *appelez le médecin et vous voyez avec lui* ». Donc j'appelle le Dr [REDACTED] par exemple, je lui donne les indications sur le patient et c'est lui qui prend le nom, le téléphone et qui fait appeler sa secrétaire pour qu'il soit vu en consultation.

Ça sert aussi pour avoir un avis sans forcément que le médecin ne voit le patient. Après, ils prennent le nom du patient donc je me dis qu'ils se font peut-être rémunérer quand même sur un avis téléphonique je pense. Avec le coronavirus on a eu la ligne COVID aussi. Il y a aussi certains médecins avec qui je communique par SMS parce que j'ai leur portable. Il y a par exemple le Dr [REDACTED] et le Dr [REDACTED], pour des avis sur des photos ou des bilans, ça permet d'accélérer les choses.

Voilà, c'est pour une consultation rapide, un avis, une hospitalisation. Moi je trouve ça très bien, je trouve que c'est indispensable pour nous, pour le système, pour les urgences et pour le patient.

Q3 : En pratique, comment cela se passe-t-il lorsque vous devez utiliser la ligne téléphonique du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers ?

J'ai le numéro de cette ligne dans mon portable depuis que je suis installée je crois. Je pense que ça fait presque 10 ans qu'elle existe. J'avais reçu un courrier du Dr [REDACTED] qui donnait ce numéro. Je crois que c'était au cours de ma première ou deuxième année d'installation.

Je ne passe pas par le standard de l'hôpital sauf si un médecin spécifique du service suit le patient. À ce moment-là je tente la ligne pour voir si je tombe sur le médecin que je veux joindre ; si ce n'est pas lui je passe par le standard et voilà. Sinon si je n'ai pas de médecin attitré, je me dis qu'il vaut mieux appeler le médecin de garde (entre guillemets) et j'appelle la ligne.

En général ça répond de suite, j'arrive toujours à avoir quelqu'un. Des fois j'appelle directement pendant la consultation ; des fois je le remets à une heure où je me dis que j'aurais plus facilement le médecin du service.

Au début je pense que j'avais besoin de plus d'avis sur le bilan à faire, maintenant peut-être que j'ai plus l'habitude et que j'essaie de me débrouiller un peu plus toute seule. Peut-être que j'avais besoin d'un peu plus d'avis sur des fièvres, des symptômes comme des arthralgies, des douleurs, des symptômes un peu généraux. J'appelle de moins en moins, peut-être 4 à 5 fois par an, pas beaucoup plus je pense.

Q4 : Pouvez-vous me décrire une situation au cours de laquelle vous avez utilisé cette ligne téléphonique directe ?

Au mois de mai, j'ai demandé un avis pour un monsieur de 68 ans. Je l'avais vu progressivement depuis 3 mois déjà pour des douleurs de la hanche droite, sans symptôme inflammatoire à l'époque, avec une arthrose à la radio

Il est revenu 1 mois après, pour douleurs de hanche bilatérales, d'horaire plutôt inflammatoire, donc j'ai refait un bilan et là on avait une CRP qui est montée de 10 à 73. Donc là je me dis c'est peut-être une PPR, donc moi c'est vrai que je les envoie en médecine interne. J'ai appelé, je suis tombée sur le Dr [REDACTED], il m'a donné la conduite à tenir.

C'était au mois de mai donc il y avait le COVID, donc il m'a demandé de commencer la cortisone et de faire un scanner parce qu'il avait eu des anomalies pulmonaires aussi. Il n'a pas eu besoin d'être hospitalisé.

On a discuté ensemble de prévoir déjà les examens et il l'a rappelé la semaine d'après pour le voir en consultation. Ensuite c'est lui qui l'a pris en charge et il le voit régulièrement en consultation. Je l'ai quand même revu entre temps et je reçois les courriers régulièrement, donc je suis quand même son histoire mais c'est vrai que c'est lui qui le suit pour cette pathologie.

Relance : Pourriez-vous me décrire un autre appel pour un motif différent par exemple ?

Au mois de mars, j'ai aussi eu le cas d'un patient de 44 ans que j'ai vu pour des douleurs des 2 mollets. Il avait carrelé le bord de sa piscine donc je me suis dit que c'était plutôt mécanique, mais il me dit quand même « j'ai 38°C le soir », donc je me dis peut-être une phlébite, je ne sais pas... Je lui ai fait faire un bilan un peu complet avec les d-dimères et la CRP. Il avait les d-dimères un peu haut et un syndrome inflammatoire avec une CRP à 88.

Il n'allait pas trop mal donc je lui refais faire un bilan de contrôle. Quand je le revois, il avait des arthro-myalgies diffuses (bras et membres inférieurs) depuis quinze jours avec un fébricule le soir et un signe un peu neurologique avec une insensibilité du nerf sciatique poplitée externe droit. Je me dis c'est peut-être viral donc je fais des sérologies et je recontrôle le bilan.

J'appelle la médecine interne, je tombe sur le Dr Simorre qui me dit : « *c'est un peu bizarre mais on va reconstrôler, en plus en ce moment il y a le COVID donc c'est compliqué, ça m'embête un peu de le prendre à l'hôpital s'il n'est pas trop mal* ». Je reconstrôle et la CRP était montée à 140 et quand je l'ai vu il était vraiment prostré, douloureux, il avait mal partout, donc je rappelle la médecine interne et là il me dit « *bon ben là, on le prend* ».

J'avais lancé quand même un bilan immuno mais je ne l'ai pas eu de suite. Il a donc été hospitalisé, ils ont fait un bilan avec scanner-TAP, bilan immuno aussi, test COVID bien sûr. Voilà, est-ce que c'est une infection virale, un lymphome ? Ils l'ont fait sortir et entre temps moi j'ai eu les résultats de mon bilan et il y avait des ANCA anti-PR3 positifs. Donc je rappelle et j'ai le Dr [REDACTED] au téléphone qui me dit « *alors c'est un Wegener, donc on le reprend en hospitalisation* ».

Là c'était un cas intéressant, au début j'ai essayé de me débrouiller mais après j'ai appelé rapidement la médecine interne. C'est vrai qu'au début ça ne leur disait pas grand-chose et il y avait ce COVID au milieu, mais après quand ça n'allait vraiment pas, ils me l'ont pris.

Relance : Quels sont les points positifs que vous pouvez relever suite à ces expériences ?

On a quand même une équipe de médecine interne assez efficace sur Béziers. Pour les patients c'est quand même mieux que d'aller à Montpellier. Nous on a vraiment des contacts faciles avec eux, ça se passe plutôt bien. Après, peut-être qu'au bout d'un moment ils nous connaissent, ils savent aussi un peu à qui ils ont affaire et ils nous font confiance aussi. Je pense que si on les appelle c'est qu'on a vraiment besoin d'eux.

Je dirais que c'est du positif, après on peut avoir des difficultés quand il y a des placements ou des choses comme ça. C'est sûr qu'on aurait peut-être dû l'anticiper avant, mais d'un autre côté nous en médecine générale c'est toujours un équilibre.

Par exemple, on peut avoir un patient qui vit avec sa femme, tous les deux ils se suffisent à eux-mêmes mais si un jour il y en a un qui ne va pas bien, l'autre ne peut pas vivre tout seul. Les enfants parfois ils ne peuvent pas s'en occuper, ils travaillent, ils habitent loin. A la rigueur c'est ce côté-là qui est difficile. Et pour des patients comme ça, c'est mieux de ne pas passer par les urgences, on gagne du temps pour eux.

Après pour tout le reste, quand ce sont des cas un petit peu intéressants, je pense qu'ils nous les prennent facilement, ou au moins ils nous disent ce qu'il faut faire. Ils nous aident à avancer dans la démarche diagnostique et des fois ils nous les prennent en consultation ou carrément en hospitalisation. Je suis plutôt satisfaite, je trouve que ça se passe très bien.

Pour les diabètes, il y a le côté endocrino mais j'appelle directement le Dr [REDACTED] (car j'ai son portable), ou les autres s'il est absent. Pour la néphrologie, j'appelle souvent le Dr [REDACTED] et en infectiologie, j'essaie d'appeler directement le Dr [REDACTED].

Ça m'est arrivé d'appeler pour un érysipèle du sein pour lequel je n'étais pas tranquille. J'avais besoin d'un avis pour savoir s'il fallait l'hospitaliser ou pas. Je n'avais réussi à joindre le Dr [REDACTED] [REDACTED] donc après j'avais joint la médecine interne et j'avais eu le Dr [REDACTED] qui m'avait dit de lui mettre de la Dalacine en plus de l'Amoxicilline.

Des fois, j'essaie d'appeler plus le spécialiste au sein de l'équipe de médecine interne. Par le standard on arrive quand même à avoir les médecins, ça marche bien aussi je trouve.

Q5 : Compte tenu de vos expériences avec ce dispositif, quelles éventuelles améliorations pourriez-vous attendre ?

Je crois qu'à Montpellier il y a un secteur post-urgences gériatriques. Ici c'est parfois compliqué d'hospitaliser un patient âgé, en perte d'autonomie, avec maintien à domicile impossible et qui a une polypathologie.

Ça pourrait être bien que cette ligne se développe pour nous donner accès à un secteur post-urgences vraiment dédié à la gériatrie, ou bien à une filière avec quelques lits pour ça, pour des patients qui ne resteraient pas longtemps hospitalisés, mais pour pouvoir passer directement en SSR par exemple.

Ça serait pas mal mais peut-être que ça existe maintenant. Moi c'est vrai que ça fait un petit moment que je n'ai pas eu à appeler pour une situation comme ça, pour une situation sociale difficile. Là c'est plus du social finalement, mais comme je disais, on a un côté où l'on garde le patient en équilibre et tant qu'il peut rester à la maison, c'est mieux pour lui.

Sinon, sur des pathologies inflammatoires, des fièvres, etc... je pense que la médecine interne c'est vraiment fait pour ça donc ça ils nous les prennent. Après c'est peut-être plus le côté gériatrie, pour des problèmes un peu sociaux, qui peut être compliqué. Normalement le GAOC je pense que c'est pour ça, c'est des lits plus dédiés aux problèmes gériatriques, enfin je ne sais pas. Les SSR ils ne nous les prennent pas directement, donc il manque peut-être ce côté-là.

Par exemple, quand j'avais remplacé sur un congé maternité à Pézenas, il y avait un hôpital local et du coup c'est vrai que c'était rassurant pour nous de pouvoir hospitaliser et sécuriser un patient le temps de trouver une solution. Après c'était nous qui devions le gérer, c'était le généraliste qui allait le voir, mais ici à Béziers ça ne se fait pas.

Relance : Quels sont les freins à l'utilisation de cette ligne téléphonique selon vous ?

C'est vrai que sur les personnes très âgées, je trouve qu'ils ont parfois un discours très négatif sur le fait que « ce sont des patients qui vont mourir donc qu'est-ce qu'on va faire de plus ? ».

Nous on pense qu'il ne peut pas rester seul à la maison et on a l'impression qu'on peut peut-être faire des choses en hospitalisation pour améliorer son état. Ce côté négatif c'est rare mais ça peut arriver. Des fois ça peut arriver que le contact soit moins agréable, qu'ils demandent pourquoi on appelle mais dernièrement ça a été. En général, on les a quand même de suite, ça se passe bien.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Utilisation de la ligne téléphonique directe du service de médecine hospitalière de l'hôpital de Béziers par les médecins généralistes du bassin biterrois

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française se vérifie à l'échelle du bassin biterrois. Le système de santé doit s'adapter pour répondre aux besoins médicaux de ces personnes âgées fragiles, parfois polyopathologiques et plus à risque de dépendance. Le service de médecine hospitalière (SMH) de l'hôpital de Béziers a mis en place une ligne téléphonique directe (LTD) afin de favoriser la coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital. L'objectif de notre étude est de comprendre comment les médecins généralistes du bassin biterrois utilisent ce dispositif.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude qualitative et effectué un recueil de données par entretiens individuels semi-directifs. Nous avons interrogé 7 médecins généralistes, entre les mois de juin et octobre 2020. L'analyse des données a été menée selon une approche thématique.

RÉSULTATS

Les médecins interviewés constatent une augmentation de la demande médicale, notamment au sein de leur patientèle âgée. Ils relèvent des difficultés d'accès rapide aux soins, un engorgement des urgences et une saturation des lits d'hospitalisation. Ces praticiens utilisent la LTD pour obtenir un avis spécialisé, organiser une hospitalisation directe, ou programmer un suivi dans une filière de consultation. Ils soulignent l'utilité de ce dispositif qui permet une prise en charge pluridisciplinaire plus complète, plus rapide et plus sécurisante dans leur pratique quotidienne. Son utilisation est cependant freinée par certaines modalités pratiques de fonctionnement.

CONCLUSION

La ligne téléphonique du SMH de l'hôpital de Béziers est un outil pertinent et adapté à l'enjeu de santé publique que représente le vieillissement de la population. Il contribue à l'amélioration de la qualité des soins et des conditions d'exercice des médecins, lesquels proposent certaines pistes d'amélioration afin d'optimiser encore les parcours de soins de leurs patients.

Mots-clefs : médecine générale, médecine hospitalière, ligne téléphonique directe, coordination des soins, gériatrie, urgences.