

Habitudes et difficultés de rédaction du courrier médical des médecins généralistes pour adresser un patient âgé aux urgences et expérimentation d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Corentin Gousselot

▶ To cite this version:

Corentin Gousselot. Habitudes et difficultés de rédaction du courrier médical des médecins généralistes pour adresser un patient âgé aux urgences et expérimentation d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03468704

HAL Id: dumas-03468704 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468704

Submitted on 7 Dec 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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021 Thèse n°121

Thèse pour l'obtention du DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE en spécialité de Médecine Générale

présentée et soutenue publiquement le 04/11/2021 par

GOUSSELOT Corentin

né le 16/11/1989 à Saint-Rémy (71)

Habitudes et difficultés de rédaction du courrier médical des médecins généralistes pour adresser un patient âgé aux urgences et expérimentation d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur CHAUVOT Guillaume

Jury

Madame la Professeure SALLES Nathalie	Présidente
Madame la Professeure ROUBAUD-BAUDRON Claire	Rapporteur
Monsieur le Professeur ADAM Christophe	Juge
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Dimitri	Juqe

REMERCIEMENTS

À mon jury de thèse :

• Madame la Professeure Nathalie SALLES

Professeur des universités et praticien hospitalier en gériatrie au centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame la Professeure Claire ROUBAUD-BAUDRON

Professeur des universités et praticien hospitalier en gériatrie au centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Vous avez accepté d'être rapporteur de ce travail. Soyez assurée de mes sincères remerciements pour vos remarques et votre disponibilité. Votre implication dans la recherche et l'enseignement en gériatrie donnent une grande importance à votre jugement.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Professeur associé du département de médecine générale de l'université de Bordeaux et médecin généraliste libéral à Mérignac

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Votre expérience professionnelle et votre engagement dans l'enseignement en médecine générale donnent une grande valeur à votre appréciation.

Monsieur le Docteur Dimitri ARCHAMBAULT

Médecin urgentiste au centre hospitalier de Niort et médecin généraliste salarié sur l'île d'Oléron

Je te remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Ton expérience quotidienne à la fois aux urgences et en cabinet donne toute légitimité à ton évaluation.

À mon directeur de thèse :

• Monsieur le Docteur Guillaume CHAUVOT

Médecin généraliste coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à Mérignac

Je te remercie infiniment d'avoir prolongé avec moi le projet que tu avais initié et longuement réfléchi. Merci pour tes précieux conseils, ta disponibilité et ton soutien.

À tous les praticiens ayant consacré de leur précieux temps pour cette étude.

À tous les professionnels de santé croisés depuis mes débuts avec lesquels j'ai beaucoup appris, afin de rendre le meilleur service aux patients. Une pensée particulière pour mes anciens praticiens maîtres de stage : Dr Benoit GÉDON et Dr Olivier MAZIN.

À certains patients qui laissent des souvenirs inoubliables.

À ma famille :

- Mes parents Sylvie et Philippe, je vous remercie pour votre éducation, votre amour et votre soutien sans faille tout au long de ces longues années d'études.
- Ma soeur Clarisse, on n'a pas hérité des mêmes passions mais allez je le concède, le sport c'est bon pour la santé (avec modération).
- Mon frère Théophile, même si tu as bien grandi, tu resteras quand même le gamin. Soyez heureux avec Klara.
- Mamie Chalon, j'admirerai toujours ta sagesse et je n'oublierai jamais les parties de petits chevaux accompagnées de ton fameux gâteau aux pommes. J'espère que ton entrée en EHPAD sera plus apaisante pour tes jours futurs.
- Papy Paul, mes souvenirs de toi sont très lointains mais je sais que tu es fier de moi làhaut.
- Mamie Pierre, ton premier rayon de soleil est enfin arrivé à la fin de cette longue période. Merci pour toutes les vacances d'enfance et ses innombrables restaurants. La vie évolue. Continue toutes tes activités, c'est le principal.
- Papy Cyrille, merci de m'avoir inculqué la valeur du travail (mais aussi de l'apéro). Tu peux quand même déboucher le Champagne de là-haut.
- Mes cousins : Maud (hâte de rencontrer Noah !), Cyril, Mathis, Bérenger et Lily. Toujours sympa de se retrouver ! Ainsi que vos parents. Une pensée particulière pour toi Pascal.
- Mon parrain Damien, merci pour ton humour et tes encouragements.

À mes anciens colocs :

- Valdenaire, tu fus la première.
- Campala, enfin te revoilà!
- Vincent, à jamais le plus grand.
- Lionel, pour les soirs non spirituels.
- Goss, Sprengy, Combelles, Marion et Axou (sans oublier la Guiller...), team d'Agen pour des soirées avec (presque) toujours du bon vin.
- Noopard, Tiff et Anne, team d'Oloron qu'est-ce que c'était bon !
- Pauline et Marine, team de Dax dans un chalet relax.
- PD, Alexia, Bramy, Léa et Benoit, team de Bordeaux pour des soirées sans rosé (sauf dans le caniveau).
- Kiki, Noopy, (Goss), PD et Sprengy, team de Pau en HLM à thème. On ajoutera Zuzu, Ketur et Benou pour former la team d'Etigny, belle équipe d'abrutis!
- Kiki encore et toujours, pour la meilleure peña qui raisonne encore dans l'histoire de Bayonne. T'es déchiré gros !

À mes autres amis :

- Aux dijonnais restés en terre sainte. Tu sauves l'honneur Charly!
- Aux dijonnais revenus en terre promise. Votre choix vous honore Jojo, Delphine et Margaux.
- Aux dijonnais parfois perdus de vue. On se recroisera bien un jour.
- Aux dijonnais conquérants des Alpes : Niko (mec on a oublié d'être coloc), Carole (heureusement qu'on n'a pas été coloc). Et à vos moitiés : Camille, HP et Martin.
- À la dijonnaise d'outre-mer : Raph (hyperactivité, hyperhydrose, logorrhée : un syndrome encore méconnu pour lequel Samy a toute ma reconnaissance).
- Aux dijonnais conquérants du Sud-Ouest à la première heure : Goss (médecin touriste) et PD (médecin chômeur). Et à leurs femmes ayant succombé à ces redoutables prédateurs : Zanini et Alexia (Gabrielle, Valentin... à quand la ménopause ?). Et bien sûr Noopy, mon plus fidèle compagnon scolaire depuis la seconde année de maternelle. Et à sa femme la plus courageuse du monde qui n'a pas échoué : Nono. Je suis fier que vous m'ayez proposé d'éduquer Iris mais vous y arrivez finalement très bien !
- Aux dijonnais conquérants du Sud-Ouest à la deuxième heure : Campala (descends encore un peu, c'est ici qu'il fait bon vivre !), Pedro (parfois ronchon, souvent bougon mais toujours au top aux fléchettes) et Tromi (artiste/potière/décoratrice d'intérieur).
- Aux dijonnais conquérants du Sud-Ouest à la troisième heure : Bolot (mais comment as-tu pu finir avant moi ?), Meumeule (trop de stories !) et Malika (soutien hors pair).
- À tous les bayonnais : Ketur (le roy Merlin l'enchanteur sur sa terrasse de la sobriété), JM (ta soif (de connaissance médicale) est infaillible), Zuzu (ta motivation est toujours appréciable, merci pour ta lecture attentive de ma prose), Fanny (à part ta sagesse du couche-tôt, ne change rien), Martine (ton amour du vin rouge et du couche-tard sera toujours le bienvenu), Tiph (bonne perdante joviale), Mich (mauvais perdant jamais rancunier), Benjamin (tu ne t'appelles pas Soen en fait ?!), Julie (pas trop de gaufres pour Lou hein !), Marie (ton empathie légendaire d'urgentiste est au top), Thibault (ton art culinaire est au top, et ce n'est pas ironique là pour le coup), Claire (ton seul défaut est le rosé), Matthieu (apéro bateau au top !), Adri (futur maire de Biarritz), Yass (encore un petit ?), Audrey et Jon (coeur coeur love), Clarisse (trop de débats !).
- Aux fin défendeurs du terroir landais : Eva et Toto (ne vieillissez pas trop vite quand même), Marion et Doudou (fin cuistot du combo moules-poivrons-chorizo à la plancha).
- Aux familles faisant exploser la natalité du 64 et du 33 : Mezzo, Camille, Paul et Madeleine ; Alex, Célia, Anaé et Leïa ; Léo, Marion et Jean ; Axou, Marion, Clotaire et Anatole ; Martin, Marie, Norah et Aurore ; Kiki, Soso et Louis ; Addra, Manon et Jade ; Sprengy, Anne-Emma, Joachim et Basile. Soyez heureux avec toute cette marmaille de bonheur et de galère!
- Aux expatriés : Jojooo (t'es pas si loin en fait !), Benou et Néné (on la voit quand cette pelouse ?), Céline (t'es dans le Nord en vrai !), Double Lo, Vinz, Juju et Alice (vous pensez vraiment que le jambon de Paris est meilleur que celui de Bayonne ?).
- Aux affreux bordelais : Soso (parrain de bolide !), Sagrada (faut pas hésiter à laisser pousser gars !), Chauvet (calme toi !) ainsi qu'aux autres compères de La Ruche et de la Cup (l'intelligence au service de la bêtise !).
- Aux nomades : Vinvin (c'était mieux quand tu braillais plus souvent !), Rim et Delmas (dire que ce n'était même pas à cause de ton regard charmeur d'otarie !).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	8
INTRODUCTION	9
1. Une population vieillissante	9
2. Des personnes âgées polypathologiques et/ou fragiles	9
3. Un recours important aux services d'urgences pour les personnes âgée	es11
4. La continuité des soins	12
5. Une transmission d'informations non satisfaisante lors de l'adressage or personne âgée aux urgences	
6. La solution de la lettre type	15
7. Un outil d'adressage proposé dans la thèse de G. Chauvot : la fiche de gériatrique d'urgence	
8. Hypothèse de ce travail	17
9. Objectifs de ce travail	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
1. Conception de la fiche de liaison gériatrique d'urgence	18
2. Type de l'étude	18
3. Population de l'étude	18
4. Cadre réglementaire de l'étude	19
5. Recrutement des participants de l'étude	19
6. Recueil des données lors des premiers entretiens	20
7. Recueil des données lors des seconds entretiens	21
8. Retranscription des données obtenues	21
9. Analyse des données obtenues	22
RÉSULTATS	23
1. Caractéristiques des participants	23
2. Déroulement des entretiens	25
3. Analyse des premiers entretiens	25
3.1. Habitudes des participants pour adresser un patient âgé aux urgences	25
3.2. Des difficultés d'adressage assez contrastées entre les participants	28
3.3. Contenu du courrier médical des participants	
3.4. Gestion du dossier médical	
3.5. Rédaction du courrier médical d'adressage aux urgences	
3.6. Synthèse de la démarche d'adressage d'un patient âgé en milieu hospita difficultés rencontrées par les participants	51
3.7. Alternatives au courrier médical d'adressage aux urgences	
3.8. La fiche de liaison gériatrique d'urgence	54

4.	Analyse des seconds entretiens	66
	4.1. Absence d'expérimentation de la fiche	66
	4.2. Expérimentation effective de la fiche	70
	4.3. Suggestions des médecins	80
	4.4. Synthèse de l'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence et intentions des participants à l'avenir	80
DI	ISCUSSION	81
1.	Les forces de cette étude	81
2.	Les limites de cette étude	83
3.	Discussion des résultats en lien avec les objectifs secondaires : habitudes et difficultés des médecins généralistes	84
	3.1. Une hospitalisation privilégiée en admission directe mais d'inéluctables passages aux urgences	
	3.2. Des difficultés d'adressage récurrentes et multiples	84
	3.3. La rédaction du courrier médical d'adressage non considérée comme une difficu par les médecins généralistes mais dont le contenu ne satisfait pas assez les médecins urgentistes	
	3.4. La déficience des dossiers médicaux laissés à domicile	87
	3.5. Beaucoup d'arrivées aux urgences sans courrier médical	88
4.	Discussion des résultats en lien avec l'objectif principal : découverte et expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence	88
	4.1. Un outil expérimenté de diverses manières	89
	4.2. Un outil aux multiples avantages	89
	4.3. Limites de l'outil et adaptations proposées	90
	4.4. Éléments de réponse à certaines critiques exprimées	93
	4.5. Une bonne acceptabilité de cet outil pour les patients suivis en visite à domicile l'état actuel	
5.	Perspectives d'avenir de la fiche de liaison gériatrique d'urgence	94
6.	La récente recommandation de la HAS	95
C	ONCLUSION	97
RÉ	ÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	99
Αl	NNEXES	103
Ar	nnexe 1 : Version expérimentée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence	.103
Ar	nnexe 2 : Fiche du registre des traitements de données à caractère personnel	.105
Ar	nnexe 3 : Note d'information sur la conformité de l'étude au RGPD	.106
Ar	nnexe 4 : Dernière version du canevas pour les premiers entretiens	.107
Ar	nnexe 5 : Dernière version du canevas pour les seconds entretiens	.110
	nnexe 6 : Version améliorée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence	
	nnexe 7 : Document de liaison d'urgence du DLU-Dom	
	nnexe 8 : Fiche de liaison d'urgence du DLU-Dom	
		120

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL: Activities of Daily Living

ALD: Affection de Longue Durée

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CH: Centre Hospitalier

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DIU: Diplôme Inter-Universitaire

DLU: Dossier de Liaison d'Urgence

DLU-Dom: Dossier de Liaison d'Urgence Domicile

DMP: Dossier Médical Partagé

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

DU: Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS: Haute Autorité de Santé

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IFOP: Institut Français d'Opinion Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RPA: Résidence pour Personnes Âgées

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VSL: Véhicule Sanitaire Léger

VSM : Volet de Synthèse Médicale

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Schéma du Pr. Bouchon10
Figure 2 : Répartition des passages aux urgences et de la population selon l'âge et le sexe en Nouvelle-Aquitaine11
Figure 3 : Nombre et évolution des passages aux urgences des 75 ans et plus en Nouvelle-Aquitaine12
Figure 4 : Nombre et évolution des passages aux urgences de la population générale en Nouvelle-Aquitaine12
Tableau 1 : Caractéristiques des participants24
Figure 5 : Schéma de la démarche d'adressage d'un patient âgé en milieu hospitalier et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes51
Figure 6 : Nuage de mots clés mélioratifs utilisés suite à la présentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence65
Figure 7 : Nuage de mots clés utilisés suite à l'expérimentation effective de la fiche de liaison gériatrique d'urgence sur ses principaux avantages77
Figure 8 : Schéma de l'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence et des intentions des participants à l'avenir80

INTRODUCTION

1. Une population vieillissante

Au 1er janvier 2021, la France dénombrait plus de 6,4 millions de personnes âgées de 75 ans et plus, soit près d'une personne sur dix. (1)

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) établit des projections de population grâce à des hypothèses d'évolution de la fécondité, de la mortalité et des mouvements migratoires, en prenant comme point de départ les derniers effectifs définitifs de la population par sexe et par âge. Le dernier travail de projection a été publié en novembre 2016. Il se base sur les chiffres du recensement de 2013 et établit des projections jusqu'à l'horizon 2070. (2) Ainsi, la population française augmenterait de 10,7 millions d'habitants entre 2013 et 2070. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus s'accroîtrait à lui seul de 7,8 millions, soit presque les trois quarts de la hausse totale de la population. Les français de 75 ans et plus seraient deux fois plus nombreux en 2070 qu'en 2013. Ceux de 85 ans et plus pourraient presque être quatre fois plus nombreux au terme de cette même période. (3)

Outre cet accroissement de la population de 75 ans et plus, on note une augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Au 1er janvier 2013, les chiffres de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes étaient respectivement de 85,0 ans et de 78,7 ans. Dans le scénario central de l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance atteindrait 93,0 ans pour les femmes et 90,1 ans pour les hommes en 2070. (3)

De manière plus proche, l'année 2021 marque le 75ème anniversaire de la première génération du baby boom français. En effet, le baby boom désigne le phénomène d'augmentation de la natalité en France après 1945 et ayant duré jusqu'au milieu des années 70. (4)

Or, c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense, et des processus de retrait commencent à s'observer. Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies. Cette population peut être impactée par une fragilité physique, psychique et/ou socio-économique. Tout cela mène à un risque de perte d'autonomie et à une entrée dans la dépendance. (5)

2. Des personnes âgées polypathologiques et/ou fragiles

La prévalence des pathologies chroniques augmente régulièrement avec l'allongement de l'espérance de vie et sera amplifiée par l'arrivée des générations du baby boom dans la catégorie de la population âgée de 75 ans et plus. Avec l'avancée en âge, la présence

concomitante de plusieurs pathologies chroniques devient la règle. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins deux pathologies chroniques est très fréquente. En 2010, entre 40 et 70 % de cette population était traitée pour plusieurs pathologies (l'écart entre ces chiffres résulte de la considération de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie comme pathologies ou comme facteurs de risque). (6) Concernant les pathologies chroniques graves, on comptait 57 % de personnes âgées de 75 ans et plus ayant au moins une affection de longue durée (ALD), 40 % ayant au moins deux ALD et 3,6 % en ayant au moins trois. (7)

Ce n'est pas le vieillissement à lui seul qui entraîne la défaillance d'organe. En 1984, le Professeur Bouchon schématisait la décompensation fonctionnelle d'un organe sous l'effet d'un évènement intercurrent. Les effets du vieillissement réduisent progressivement les performances de chaque organe. Les pathologies chroniques organiques surajoutées altèrent plus rapidement ces performances. Un ou plusieurs évènement(s) intercurrent(s) comme une pathologie aiguë, une iatrogénie ou un stress psychologique peuvent faire décompenser un organe et entraîner sa défaillance. (8)

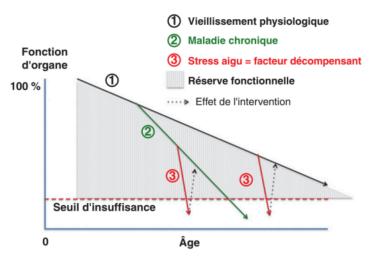


Figure 1 : Schéma du Pr. Bouchon

Le schéma 1+2+3 montre la défaillance d'un organe malade sous l'effet d'un événement intercurrent alors que le schéma 1+3 illustre la défaillance d'un organe « vieilli » (mais non malade) sous l'effet d'un événement intercurrent.

De plus, les personnes âgées sont plus susceptibles de subir une décompensation en cascade de leurs pathologies et de leurs réserves fonctionnelles.

La polypathologie engendre une polymédication qui accroît les risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, d'évènements indésirables et d'hospitalisations en partie évitables. En 2010, il a été montré que la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus consommait sept molécules médicamenteuses différentes de manière régulière. (6)

Les personnes âgées sont également à risque d'être fragiles. En 2011, dans un article du Professeur Rolland et de ses coauteurs, la Société française de gériatrie et gérontologie a défini ainsi la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son

expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ». (10)

Toutes ces spécificités de la personne âgée lui confèrent une santé plus vulnérable et instable, majorant donc le risque d'un recours à un service d'urgences et d'une hospitalisation. À titre d'exemple, en 2010, un tiers des personnes de 75 ans et plus affiliées au régime général ont été hospitalisées en médecine ou en chirurgie. Parmi elles, 44 % ont eu au moins une hospitalisation en urgence. En bref, 14 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont été hospitalisées de façon non programmée. (5,6)

3. Un recours important aux services d'urgences pour les personnes âgées

À l'échelle nationale, en 2019, il y a eu 2 748 285 passages aux urgences (toutes structures confondues) de patients âgés de 75 ans et plus. Cela représentait 14 % de l'ensemble des passages aux urgences. Ces patients étaient hospitalisés dans 53 % des cas. En comparaison, le taux d'hospitalisation tout âge confondu était de 20 %. (11)

En Nouvelle-Aquitaine, sur cette même année, il y a eu 293 437 passages aux urgences de patients de cette tranche d'âge. Ainsi, en moyenne, 804 patients âgés étaient admis chaque jour dans une structure d'urgences de la région. La Nouvelle-Aquitaine détenait le pourcentage le plus élevé de passages gériatriques par rapport aux passages globaux : 17 %. Une hospitalisation au décours concernait 58 % des patients contre 26 % en population générale. (11)

Les patients âgés admis aux urgences sont sur-représentés par rapport à la population générale. Le graphique cicontre montre que les patients de 80 ans et plus admis dans une structure d'urgences de Nouvelle-Aquitaine en 2019 étaient proportionnellement plus nombreux par rapport à la population générale de la région. (12)



Figure 2 : Répartition des passages aux urgences et de la population selon l'âge et le sexe en Nouvelle-Aquitaine (12)

En Nouvelle-Aquitaine, le nombre de passages aux urgences des patients de 75 ans et plus a été en perpétuelle augmentation d'une année sur l'autre entre 2008 et 2019. L'évolution moyenne a été de + 3,85 % chaque année par rapport à l'année antérieure. On note cependant quelques disparités selon les années. Le nombre de passages aux urgences de la population générale a également été en perpétuelle augmentation (sauf en 2010). L'évolution moyenne a été de + 2,59 % chaque année par rapport à l'année antérieure.

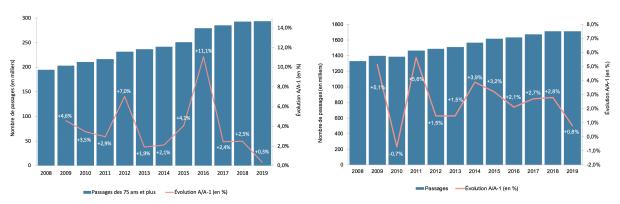


Figure 3 : Nombre et évolution des passages aux urgences des 75 ans et plus en Nouvelle-Aquitaine (12)

Figure 4 : Nombre et évolution des passages aux urgences de la population générale en Nouvelle-Aquitaine (12)

Entre 2008 et 2019 en Nouvelle-Aquitaine, la progression du nombre de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus a été de + 51 % versus + 32 % pour la population générale. L'évolution en hausse des passages aux urgences des patients âgés n'est donc pour le moment pas majeure en comparaison de la population générale. Cependant, avec l'arrivée des générations du baby boom dans la catégorie de la population âgée de 75 ans et plus, la hausse du nombre de passages aux urgences devrait être bien plus importante dans les toutes prochaines années.

4. La continuité des soins

La complexité, la fragilité et l'instabilité de l'état de santé des personnes âgées nécessitent une prise en charge globale et pluridisciplinaire dont le médecin traitant est le coordinateur. Le nombre d'intervenants est plus élevé, avec un risque de fragmentation des soins. Le médecin traitant doit s'assurer de la continuité des soins et de leur coordination. La communication entre les intervenants est indispensable pour une prise en charge efficiente.

Concernant les soins non programmés, la communication entre médecins généralistes et médecins urgentistes est la pierre angulaire de la bonne continuité des soins. Le courrier médical est le moyen actuellement privilégié pour porter à la connaissance du médecin urgentiste l'ensemble des informations relatives au patient.

La rédaction d'un courrier médical revêt un caractère obligatoire rappelé par l'article R1112-11 du Code de la santé publique qui le décrit comme : « une lettre cachetée du

médecin traitant [...] adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement ». (13) Le Code de déontologie médicale figurant dans le Code de la santé publique précise dans l'article R4127-45 : « À la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. » (14)

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, dont la volonté est d'améliorer l'efficacité des soins et la coordination du parcours de soins du patient, formalise l'échange d'informations entre professionnels de santé nécessaires à la prise en charge du patient. L'article R1112-1-1 du Code de la santé publique prévoit dorénavant, par un décret du 20 juillet 2016, que : « Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, [...]. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée [...], ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise. » (15) Ainsi, le terme de lettre de liaison est officiellement employé. Il est précisé que cette lettre doit contenir les motifs de demande d'hospitalisation ainsi que les traitements en cours et les allergies dont le médecin a connaissance.

À ce jour, il n'y a pas d'autre recommandation officielle sur les règles de rédaction de cette lettre de liaison d'adressage et sur son contenu détaillé nécessaire. Probablement que cela est lié à la multitude des situations conduisant à adresser un patient à un confrère, pour répondre aux divers besoins de chaque médecin concernant des patients différents. La Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations concernant le repérage et la prise en charge ambulatoire des personnes âgées fragiles. (16,17) Elle a également proposé des lignes directrices pour la prise en charge des personnes âgées polypathologiques. (7) Ces documents ont comme objectifs, pour le système de soins entre autres, de participer à l'amélioration du parcours de soins en facilitant la coordination des acteurs de soins grâce à certains outils et ainsi d'obtenir une réduction des hospitalisations en urgence et des réhospitalisations précoces donc des coûts. Aucun de ces documents n'évoque la transmission des informations nécessaires pour la prise en charge d'une personne âgée lorsque son hospitalisation en urgence s'avère nécessaire.

En revanche, lors de la sortie d'hospitalisation, des consignes plus précises ont été données aux établissements de santé concernant la lettre de liaison. L'article R1112-1-2 du Code de la Santé Publique en précise les modalités. (18) Ainsi, la HAS expérimente et développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins concernant la lettre de liaison à la sortie.

Chaque médecin adressant un patient aux urgences est donc laissé libre de rédiger un courrier médical d'adressage sous la forme qu'il souhaite (selon ses possibilités techniques), en notant les informations qu'il juge utiles pour la prise en charge du patient (avec tout de même comme directives de faire figurer les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies dont il a connaissance sur son lieu d'intervention). Nous pouvons aisément supposer que l'efficience d'un courrier varie d'un praticien à un autre,

selon le support utilisé, mais aussi le lieu de rédaction, les informations disponibles, le temps allouable, le degré d'urgence de la situation...

5. Une transmission d'informations non satisfaisante lors de l'adressage d'une personne âgée aux urgences

La littérature médicale est abondante sur la qualité des courriers d'adressage des médecins généralistes pour les patients orientés vers un médecin spécialiste. Elle l'est beaucoup moins en ce qui concerne plus spécifiquement les courriers rédigés pour adresser une personne âgée dans une structure d'urgences. Concernant les personnes âgées, une étude norvégienne a étudié la présence de plusieurs items dans une centaine de lettres de patients âgés de 75 ans et plus adressés en hospitalisation en orthopédie, en pneumologie et en cardiologie. La qualité des lettres a été jugée insuffisante, quel que soit le statut du médecin adresseur. Les informations écrites ont été jugées de haute qualité dans seulement 39 % des lettres pour les antécédents médicaux et le traitement habituel et dans 56 % des lettres pour les symptômes et les signes cliniques. La description de l'entourage social et celle du besoin de soins à domicile ont été jugées respectivement de faible qualité dans 92 et 88 % des lettres. (19) En France, le travail de G. Chauvière a permis d'évaluer la valeur informative de 116 courriers d'admission de patients adressés par des médecins généralistes aux urgences de l'hôpital de Tulle. L'âge médian des patients était de 77 ans. Cette étude a montré que certaines informations d'ordre médical n'étaient pas assez présentes : totalité des antécédents ou notion d'absence d'antécédent dans 48 % des courriers, traitement habituel lisible et détaillé pour 22 % des patients, allergies et intolérances médicamenteuses connues ou notion de leur absence dans seulement 7 % des lettres. (20) Comme dit précédemment, ces deux derniers items devraient pourtant figurer dans toute lettre de liaison d'admission dans un établissement de santé. De la même manière, le travail de F. Chaumel a étudié 154 courriers d'admission de patients âgés de plus de 69 ans aux urgences de l'hôpital Henri Mondor de Créteil et ayant été transférés en unité de gériatrie aiguë. La connaissance du traitement exact était possible dans 57 % des courriers. Les fonctions cognitives étaient mentionnées dans 30 % des courriers. En l'absence de cette mention, 42 % des patients avaient quand même des troubles cognitifs. L'entourage du patient était notifié dans 22 % des cas. (21)

Sans courrier médical de qualité, le médecin urgentiste n'aura pas toutes les informations administratives, médicales et sociales pour débuter une prise en charge adaptée sans perte de temps. En effet, le patient âgé est fréquemment dans la difficulté voire dans l'impossibilité de relater son passé médical, de nommer précisément son traitement habituel, d'expliquer la problématique actuelle, de donner les coordonnées de son entourage... D'éventuels troubles cognitifs chroniques, un syndrome confusionnel aigu, une anxiété liée à son arrivée aux urgences mais encore des douleurs sont autant d'éléments qui compliquent l'interrogatoire du patient âgé. En théorie, le courrier médical devrait pallier toutes ces difficultés.

Une bonne communication entre les soins primaires et secondaires est essentielle au bon fonctionnement de tout système de soins de santé. Epstein affirmait qu'une mauvaise communication entre les médecins de soins primaires et les spécialistes peut entraîner une

rupture de la continuité des soins avec le médecin de soins primaires et/ou le spécialiste. Il évoquait un risque de diagnostics manqués ou retardés, des examens paracliniques répétés et inutiles et, par conséquent, des résultats faussement positifs. Ces derniers conduisent à un plus grand nombre d'examens diagnostiques, dont certains peuvent contribuer à une morbidité iatrogène. Une communication inadéquate entraînerait une polymédication avec augmentation de la iatrogénie médicamenteuse. Enfin, Epstein évoquait aussi un risque accru de litiges suite à une mauvaise communication. (22)

6. La solution de la lettre type

Plusieurs études ont montré que l'utilisation de lettres types améliorait la qualité et la quantité des informations transmises par les médecins de soins primaires lors de l'orientation des patients vers les structures hospitalières et les médecins spécialistes. Jenkins et ses coauteurs ont montré que l'utilisation de lettres types était associée à une augmentation du contenu utile de la lettre d'adressage d'enfants présentant un souffle cardiaque, sans en augmenter sa longueur. (23) Couper et Henbest ont démontré une amélioration de la qualité des informations transmises par les médecins généralistes aux médecins spécialistes hospitaliers après qu'un département ministériel de la santé sudafricain ait proposé une lettre type d'adressage. (24) Navarro et ses coauteurs ont trouvé que la qualité et la quantité des informations différaient de manière significative entre les lettres conventionnelles et les lettres types ayant servi à adresser des patients en service de médecine et chirurgie bucco-dentaire. Les lettres types étaient plus complètes et contenaient des informations généralement absentes des lettres conventionnelles. (25)

Concernant les établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être constitué pour tous les résidents. Le DLU doit être accessible 24h/24 à tous les soignants de l'EHPAD pouvant être amenés à gérer une urgence. Il contient le document de liaison d'urgence (qui est rempli et mis à jour, en dehors de l'urgence, par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur) et la fiche de liaison d'urgence (dont le recto constitue un document de transfert vers le service d'urgences permettant de recueillir les informations en rapport avec la situation d'urgence et le verso constitue un document de retour avec les informations utiles à la continuité des soins si le résident n'est pas hospitalisé). (26)

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse propose l'utilisation d'une lettre de liaison pour adresser des patients de n'importe quel âge que ce soit aux urgences ou dans n'importe quel autre service. (27)

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs propose l'utilisation de la Fiche Urgence Pallia pour les patients en situation palliative. Elle est destinée à transmettre des informations utiles à un médecin qui serait amené à intervenir auprès d'un tel patient lors une situation d'urgence, afin de permettre une prise en charge appropriée selon l'état et les souhaits de ce dernier. Un exemplaire est conservé dans le dossier médical du patient. Cette fiche peut rester au domicile du patient, sous enveloppe, à destination du médecin qui serait amené à intervenir en urgence. Elle peut être associée à une déclaration à la régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU) ou de la permanence des soins,

afin de donner un caractère remarquable au patient, ce qui permettra son identification dès la sonnerie de l'appel téléphonique. (28)

À notre connaissance, en France, aucune fiche de liaison standardisée n'a été proposée par les autorités de santé pour adresser un patient âgé ne résidant pas en EHPAD dans un service d'urgences.

7. Un outil d'adressage proposé dans la thèse de G. Chauvot : la fiche de liaison gériatrique d'urgence

Grâce à son travail de thèse, G. Chauvot a pu définir une liste consensuelle synthétique des items nécessaires adaptés à l'urgence pour permettre une bonne continuité des soins des patients de 75 ans et plus (hors EHPAD). (29) Pour cela, la sollicitation d'un groupe de vingt experts a permis de classer des items issus d'une revue bibliographique comme appropriés, inappropriés ou incertains. La méthodologie utilisée était celle des « Recommandations par consensus formalisé » décrite par la HAS. (30) La force de consensus de chaque item a aussi été évaluée par un indice de dispersion associé à la médiane, l'écart interquartile. Le groupe d'experts comportait cinq médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, cinq médecins exerçant chez SOS Médecins, cinq médecins gériatres exerçant en milieu hospitalier dont l'un au sein d'une équipe mobile gériatrique et cinq médecins urgentistes.

Une revue de la littérature a d'abord été effectuée et a recensé 37 items susceptibles d'être nécessaires à la bonne continuité des soins du patient âgé. Les items validés, suite à deux tours de cotation par les experts via deux questionnaires numériques successifs, étaient au nombre de 20. Cette liste comprenait des items généraux, d'urgence, de gériatrie et d'éthique.

Concernant le format de la fiche de liaison gériatrique d'urgence, il a été proposé aux experts que la fiche soit composée de deux parties distinctes : une partie préremplie concernant les informations courantes et une partie à compléter dans l'urgence. Il y avait accord et consensus fort entre les experts pour ce format en deux parties bien distinctes. Une feuille recto-verso semblait un bon format. Tous les experts souhaitaient que la première partie soit idéalement préremplie (donc en dehors du cadre de l'urgence). La proposition que ce préremplissage soit réalisé par le médecin traitant était jugée appropriée par les experts avec un accord fort.

Le support idéal de la fiche n'a pu être déterminé par les experts. En effet, tant qu'il n'existe pas de support numérique optimal, le support papier reste indispensable. Il a donc été jugé nécessaire d'avoir la possibilité d'utiliser un support numérique et/ou papier.

Des ébauches de mise en page de cette fiche de liaison gériatrique d'urgence ont été créées.

8. Hypothèse de ce travail

En se substituant au courrier médical habituel, la fiche de liaison gériatrique d'urgence proposée pourrait permettre de pallier les difficultés des médecins généralistes à communiquer les données pertinentes sur leurs patients âgés adressés aux urgences et ainsi améliorer la transmission des informations nécessaires aux autres professionnels de santé dans le cadre de l'urgence.

Nous avons choisi de nous intéresser aux médecins généralistes afin de savoir si la fiche de liaison gériatrique d'urgence pouvait leur sembler utile, notamment dans un but d'amélioration de la communication entre eux et les urgences. Nous avons cherché à améliorer la fiche et à connaître l'acceptabilité de cet outil, condition indispensable pour une utilisation effective à l'avenir.

Notre question de recherche était donc la suivante : la fiche de liaison gériatrique d'urgence proposée répond-t-elle aux attentes des médecins généralistes pour une communication efficiente des informations relatives à un patient âgé de 75 ans et plus (ne vivant pas en EHPAD) lors de son adressage vers une structure hospitalière d'urgences ?

9. Objectifs de ce travail

Ce travail devait permettre de répondre à l'objectif principal suivant :

- évaluer l'utilisation réelle de la fiche de liaison gériatrique d'urgence, les bénéfices ressentis et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'objectif d'une amélioration de cet outil pour un emploi efficace et bénéfique pour la continuité des soins des personnes âgées entre les soins primaires et les urgences.

Afin de bien cerner les enjeux de cette fiche, ce travail devait répondre dans un premier temps aux objectifs secondaires suivants :

- explorer le vécu et la perception des médecins généralistes devant adresser en urgence un patient âgé de 75 ans et plus ne résidant pas en EHPAD, ainsi que leurs habitudes concernant la rédaction du courrier médical
- comprendre les difficultés éventuelles lors d'une consultation ou d'une visite débouchant sur l'adressage de cette catégorie de patients aux urgences, et notamment les difficultés à la rédaction du courrier médical.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Conception de la fiche de liaison gériatrique d'urgence

Nous avons mis en forme la fiche de liaison gériatrique d'urgence en se basant sur les ébauches créées dans le travail de G. Chauvot. Le format recto-verso a été choisi pour bien distinguer les deux parties. La première partie regroupe les informations courantes sur le patient. Elle est à remplir par le médecin traitant et idéalement en amont d'un éventuel adressage aux urgences. La deuxième partie regroupe les items relatifs à un adressage aux urgences. Elle est à remplir par n'importe quel médecin voulant adresser le patient dans une structure hospitalière d'urgences. Les 20 items ont été inclus. Certains ont été regroupés dans le même cadre, notamment dans la deuxième partie pour permettre une flexibilité rédactionnelle. Une version PDF avec des champs de saisie par informatique a été créée. Cette version permet de sauvegarder chaque fiche préremplie, de la modifier et de l'imprimer. Il est également possible d'imprimer la fiche vierge afin de l'utiliser en version manuscrite. La fiche figure en annexe 1.

2. Type de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative de terrain par la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés. La méthode qualitative était la plus adaptée pour explorer au mieux les expériences, les ressentis et les difficultés des médecins généralistes dans les situations d'adressage de patients âgés aux urgences. Une expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence était ensuite proposée sur une période limitée. Au terme de celle-ci, les retours sur l'utilisation de la fiche étaient recueillis, toujours grâce à la méthodologie qualitative. Ce choix d'étude nous a permis d'obtenir des opinions et de générer des réflexions de la part des médecins généralistes dans une démarche d'amélioration des pratiques.

Nous nous sommes basés sur les lignes directrices COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research) pour garantir une recherche qualitative rigoureuse. Ces recommandations sont fondées sur une check-list de 32 critères qui doivent aider les chercheurs à bien concevoir les études de nature qualitative. Ces items doivent permettre aux chercheurs de rapporter les aspects importants de leurs études. (31)

3. Population de l'étude

La population cible a porté sur des médecins généralistes installés sur le secteur de la Côte Basque. Ce choix de localisation géographique a été fait pour des raisons pratiques et en continuité avec la thèse de G. Chauvot.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecins généralistes libéraux, installés dans une commune à moins de 15 kilomètres de l'Océan Atlantique, amenés à adresser des patients âgés de 75 ans et plus dans une structure hospitalière d'urgences de la Côte Basque, et acceptant de participer à l'étude via la signature d'un consentement écrit. En raison de l'existence du DLU, il était bien précisé que nous n'évoquerions pas la situation d'adressage depuis un EHPAD.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : médecins généralistes remplaçants et retraités (afin de permettre un suivi après la période d'expérimentation de la fiche) ou refusant de participer à l'étude.

4. Cadre réglementaire de l'étude

Avant de débuter cette étude, une fiche de renseignements a été remplie et portée au registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Bordeaux. Elle figure en annexe 2. Ce travail a donc été soumis à validation de sa conformité aux lois de protection des données à caractère personnel. La recherche ne portant pas sur des données de santé de patients mais uniquement sur les données personnelles de professionnels de santé (identité et pratiques de soin), les médecins interviewés devaient être informés à l'aide d'une note au titre des articles 12 et 13 du Règlement général sur la protection des données (RGPD). (32)

5. Recrutement des participants de l'étude

La question de recherche s'intéressant à la diversité des perceptions, opinions et habitudes de travail des médecins généralistes, nous avons choisi de réaliser un échantillonnage en variation maximale. Les variables pertinentes identifiées étaient : l'âge, le sexe, le milieu d'exercice (selon la grille communale de densité 2020 publiée par l'INSEE) (33), le mode d'exercice, la durée d'exercice en installation, l'utilisation ou non du dossier patient informatisé et les éventuelles formations médicales particulières.

Nous appellerons l'investigateur principal de ce travail (le thésard) par le terme enquêteur.

Afin d'obtenir les coordonnées des médecins, l'enquêteur a utilisé la liste de diffusion d'annonces de remplacement en médecine générale du Sud-Ouest et l'annuaire santé de l'Assurance Maladie. La liste de diffusion permet aux médecins installés de formuler une proposition de remplacement qui sera envoyée à tous les médecins remplaçants inscrits. L'avantage de la sélection des potentiels participants grâce à cet outil était de pouvoir faciliter l'échantillonnage en variation maximale. Les réponses à la plupart des variables étaient en effet facilement obtenues avant de contacter les médecins via la description des propositions de remplacements.

Seize médecins ont été contactés par courriel ou par téléphone lorsque leur courriel n'était pas disponible. Ils étaient recontactés par téléphone en cas d'absence de réponse au courriel. Il leur a été expliqué très brièvement le sujet de l'étude lors de ce contact. Tous les médecins ont accepté de participer à l'étude. L'un d'eux a dû être exclu lors du contact téléphonique car venait d'être retraité. Un rendez-vous individuel en présentiel d'une vingtaine de minutes était alors fixé, avec libre choix du lieu, de la date et de l'horaire par le participant.

Le recrutement des participants a été arrêté lorsque les entretiens initiaux n'apportaient plus de nouvelles données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation des données.

6. Recueil des données lors des premiers entretiens

Les entretiens initiaux ont été réalisés en présentiel. L'enquêteur expliquait tout d'abord les objectifs de l'entretien sans évoquer l'existence de la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Il était précisé que les réponses étaient totalement libres et qu'elles ne constitueraient en aucun cas un jugement des pratiques ou des connaissances.

Avant de débuter les entretiens, une note d'information sur la conformité de l'étude au RGPD était remise. Elle figure en annexe 3. Chaque participant devait signer cette note afin de recueillir son consentement écrit de participation à l'étude et d'accord d'enregistrement audio de l'entretien. Les participants étaient informés que les entretiens seraient pseudonymisés puis retranscrits dans un fichier informatisé afin de permettre l'analyse des données. Les entretiens ont été enregistrés via le logiciel Dictaphone. L'enquêteur pouvait prendre des notes.

Ces entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien, préalablement établi par l'enquêteur puis validé par le directeur de thèse. Ce guide d'entretien comportait une liste préétablie de questions ouvertes reprenant les thèmes devant être évoqués. Il pouvait y avoir des questions de relance si l'interviewé ne développait pas spontanément tous les points qui nous semblaient importants à aborder. L'enquêteur avait réalisé un entretien préalable auprès d'un médecin volontaire en guise de test. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens. La dernière version de ce guide figure en annexe 4.

La première partie du canevas d'entretien débutait par une question brise-glace. Puis l'enquêteur recueillait les habitudes de fonctionnement lors des consultations ou visites d'adressage de patients âgés aux urgences, les éventuelles difficultés rencontrées, le contenu du courrier médical habituellement rédigé, les possibles difficultés à la rédaction de ce courrier médical et les idées et avis des médecins sur d'éventuelles alternatives au courrier médical.

Puis l'enquêteur leur montrait la fiche de liaison gériatrique d'urgence en précisant simplement qu'elle avait été réalisée par un autre thésard et qu'elle avait comme objectif principal de se substituer au courrier médical. Il était alors demandé aux participants de la découvrir (sans limite de temps).

La seconde partie du canevas d'entretien permettait d'évaluer la compréhension par les médecins du fonctionnement de cette fiche et de recueillir de prime abord leurs avis sur son fonctionnement, son contenu, sa mise en page, ses éventuels avantages et risques ou inconvénients. Enfin, il était proposé aux médecins de l'expérimenter sur une période de 2 à 3 mois en substitution de la rédaction du courrier médical habituel lors de l'adressage d'un patient âgé de 75 ans et plus (hors résident en EHPAD) aux urgences. Si le médecin acceptait cette proposition, il était convenu qu'un second entretien d'une quinzaine de minutes aurait lieu afin d'évaluer son ressenti suite à cette expérimentation. Il était bien précisé aux médecins que l'étude ne requérait en aucun cas de garder une trace des fiches remplies.

Enfin, les caractéristiques de chaque médecin participant étaient recueillies à la fin des entretiens (variables pertinentes identifiées pour un échantillonnage en variation maximale).

7. Recueil des données lors des seconds entretiens

Les seconds entretiens, initialement prévus en présentiel, ont dû être réalisés en très grande majorité par visioconférence via Skype ou par téléphone en raison de la pandémie de Covid-19. Un seul entretien a été réalisé en présentiel. Le moyen d'entretien était laissé au choix des médecins selon les possibilités techniques dont ils disposaient. Les participants étaient informés que les entretiens feraient l'objet d'un enregistrement audio conformément au consentement écrit recueilli lors des entretiens initiaux. Il était rappelé que les entretiens seraient pseudonymisés puis retranscrits dans un fichier informatisé afin de permettre l'analyse des données. Les entretiens ont été enregistrés via Skype ou via le logiciel Dictaphone. L'enquêteur pouvait prendre des notes.

Ces entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien, de manière semblable aux premiers entretiens. Il était prévu de ne pas poser certaines questions en cas de non expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Ce guide a également évolué au fur et à mesure des entretiens. La dernière version de ce guide figure en annexe 5.

8. Retranscription des données obtenues

Après pseudonymisation, tous les entretiens ont été retranscrits en intégralité dans un fichier informatisé à l'aide des logiciels Dictanote et oTranscribe. Cette retranscription concernait le langage verbal, les aspects non verbaux et les commentaires de l'enquêteur. Cette retranscription s'est déroulée en concomitance avec le recueil des données.

9. Analyse des données obtenues

Chaque entretien a été importé dans le logiciel NVivo 12 sous un format anonymisé. La méthode d'analyse des données a reposé sur celle de l'analyse thématique selon Paillé et Mucchielli. (34) L'analyse thématique est une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus.

Les analyses de chaque entretien ont été réalisées de manière continue par l'enquêteur, sous la supervision du directeur de thèse. Cette démarche en continue a permis de faire évoluer les guides d'entretien et de définir l'obtention de la saturation des données.

L'analyse des données a consisté en :

- un repérage des unités de signification correspondant aux phrases ou ensembles de mots exprimés par les participants (verbatims) sur la même idée ou le même sujet
- une constitution d'un relevé de thèmes
- une analyse du relevé de thèmes, opération consistant à procéder à des fusions, des subdivisions, des regroupements et des hiérarchisations des thèmes
- une construction éventuelle d'arbre thématique.

Les verbatims concernant des idées ou des sujets exprimés par plusieurs participants ont été cités dans les résultats de ce travail. Mais nous avons été vigilants à exposer également les verbatims de participants ayant une idée ou une opinion non partagée par d'autres. Nous n'avons pas favorisé la représentativité au détriment des singularités.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Notre échantillon comprenait quinze médecins : six de sexe féminin et neuf de sexe masculin.

Ils étaient trois à être âgés de moins de 35 ans, sept à avoir entre 35 et 44 ans, trois entre 45 et 54 ans et deux de 55 ans ou plus. Le plus jeune médecin était âgé de 28 ans et le plus âgé de 58 ans. La moyenne d'âge était de 41 ans.

Leur exercice avait lieu pour six d'entre eux dans une commune densément peuplée, pour cinq dans une commune de densité intermédiaire et ils étaient quatre à travailler dans une commune peu dense. Les quinze médecins étaient installés sur treize communes différentes.

Les médecins exerçaient en majorité en cabinet médical de groupe. Seulement deux avaient un cabinet médical individuel.

La durée d'exercice en installation était inférieure à 5 ans pour cinq d'entre eux, comprise entre 5 et 9 ans pour quatre médecins, entre 10 et 14 ans pour trois médecins, entre 15 et 19 ans pour un praticien et ils étaient deux à être installés depuis 20 ans ou plus.

Tous disposaient d'un système informatisé pour la gestion des dossiers médicaux au cabinet. Le seul médecin contacté qui n'utilisait pas de dossier patient informatisé venait d'être retraité et a donc dû être exclu.

Enfin, deux médecins n'avaient pas de formation médicale particulière. Les treize autres avaient suivi des formations complémentaires assez variées dont une formation gériatrique pour un médecin et une formation aux urgences chez l'adulte pour trois médecins.

Les caractéristiques de chaque participant sont résumées dans le tableau 1.

Participants	Âge	Sexe	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée d'exercice	Utilisation du dossier patient informatisé	Formations médicales particulières
Dr A	< 35 ans	Féminin	Commune densément peuplée	Cabinet médical individuel	< 5 ans	Oui	Membre d'un espace de réflexion éthique régional
Dr B	35 - 44 ans	Masculin	Commune de densité intermédiaire	Cabinet médical de groupe	10 - 14 ans	Oui	DIU expertise médico-légale
Dr C	35 - 44 ans	Masculin	Commune de densité intermédiaire	Cabinet médical de groupe	5 - 9 ans	Oui	DU gériatrie
Dr D	45 - 54 ans	Féminin	Commune de densité intermédiaire	Cabinet médical de groupe	15 - 19 ans	Oui	DU mésothérapie DU nutrition DU homéopathie DU esthétique
Dr E	45 - 54 ans	Masculin	Commune de densité intermédiaire	Cabinet médical de groupe	10 - 14 ans	Oui	DU soins palliatifs et d'accompagnement
Dr F	35 - 44 ans	Féminin	Commune peu dense	Cabinet médical de groupe	5 - 9 ans	Oui	DU gynécologie-obstétrique
Dr G	35 - 44 ans	Féminin	Commune de densité intermédiaire	Cabinet médical de groupe	< 5 ans	Oui	DU accueil des urgences en service de pédiatrie DU médecine du sport
Dr H	35 - 44 ans	Féminin	Commune peu dense	Cabinet médical de groupe	< 5 ans	Oui	DIU gynécologie-obstétrique DU sexologie
Dr I	35 - 44 ans	Masculin	Commune densément peuplée	Cabinet médical de groupe	5 - 9 ans	Oui	DU aptitude à la médecine d'urgence
Dr J	≥ 55 ans	Masculin	Commune densément peuplée	Cabinet médical de groupe	≥ 20 ans	Oui	Capacités de médecine d'urgence et de catastrophe (ancien médecin urgentiste)
Dr K	45 - 54 ans	Masculin	Commune densément peuplée	Cabinet médical de groupe	10 - 14 ans	Oui	Capacité de médecine d'urgence (ancien médecin urgentiste) DU médecine générale de l'enfant
Dr L	35 - 44 ans	Féminin	Commune peu dense	Cabinet médical de groupe	5 - 9 ans	Oui	DU gynécologie-obstétrique DU médecine générale de l'enfant DU hypnose
Dr M	< 35 ans	Masculin	Commune peu dense	Cabinet médical individuel	< 5 ans	Oui	Aucune
Dr N	≥ 55 ans	Masculin	Commune densément peuplée	Cabinet médical de groupe	≥ 20 ans	Oui	Aucune
Dr O	< 35 ans	Masculin	Commune densément peuplée	Cabinet médical de groupe	< 5 ans	Oui	DIU tabacologie DIU hypnose

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens initiaux se sont déroulés entre le 03/12/2019 et le 10/03/2020. Ils ont tous été réalisés au cabinet médical du médecin interviewé. Ils ont duré de 20 à 51 minutes pour une moyenne de 35 minutes. La saturation des données a été obtenue au 13ème entretien.

Un médecin n'a pas été revu une seconde fois en raison d'un refus d'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence.

Les seconds entretiens ont eu lieu entre le 29/04/2020 et le 11/06/2020. Ils ont été réalisés par visioconférence ou par téléphone ou au cabinet médical (pour un des médecins participants). Ils ont duré de 9 à 33 minutes pour une moyenne de 18 minutes.

L'intervalle entre les premiers et les seconds entretiens a finalement été supérieur à 3 mois en raison du premier confinement lié à la pandémie de Covid-19.

Aucun entretien n'a dû être stoppé précocement. Quelques entretiens ont été interrompus très brièvement par des appels téléphoniques reçus par les médecins interviewés. Aucune tierce personne n'était présente lors des entretiens.

3. Analyse des premiers entretiens

3.1. Habitudes des participants pour adresser un patient âgé aux urgences

3.1.1. Un souhait de la quasi-totalité des médecins d'éviter le passage par les urgences pour une hospitalisation

La grande majorité des participants affirmait essayer d'éviter au maximum l'envoi d'un patient âgé aux urgences lorsque son état de santé ne relevait pas de l'urgence absolue :

- Dr A : « Les trois-quarts du temps je passe par la gériatrie. J'essaie. »
- Dr B: « Je le fais le plus rarement possible personnellement. Je fais en sorte... je trouve très souvent quand même dans la majorité du temps, voilà, un adressage personnalisé dans des services adéquats. [...] Si du moins, on a une urgence de type relative qu'on peut déporter au lendemain, je fais en sorte de le garder à la maison, quitte à faire quelque chose de programmé, plus propre et plus confortable pour lui. »
- Dr L : « C'est rare franchement chez les personnes âgées que j'envoie aux urgences sans essayer autre chose. »

La plupart des médecins évoquaient avoir régulièrement une possibilité d'hospitalisation directe dans un délai acceptable :

- Dr C : « chez une personne âgée, avec une hospitalisation décalée de 24 heures, mais sur un service conventionnel de gériatrie, plutôt qu'aux urgences. C'est quand même plus intelligent. »
- Dr E : « Ça arrive qu'ils les prennent directement. Sur des hospitalisations moins aiguës, ils les prennent directement, en général c'est du programmé ou semi-programmé. Dans les

48-72 heures, ils sont susceptibles de prendre des patients directement. Ce d'autant plus si c'est des patients qu'ils connaissent, en disant la problématique, ça passe assez facilement. Mais même des patients tout-venant dont on explique la situation qui ne relève pas d'un passage dans les 24 heures aux urgences, c'est un circuit qui fonctionne. »

Les urgences ne sont pas un lieu adapté pour les personnes âgées :

- Dr B : « Ça pouvait attendre 12 heures et une hospitalisation tranquille plutôt que de rester sur un brancard 4 heures. Voilà, ça c'est purement inadmissible, surtout vu la conjoncture donc ça s'est fait comme ça. »
- Dr O : « je préconise l'entrée directe et j'évite le passage aux urgences parce que c'est souvent des patients âgés, tu sais exactement comment ça se passe, le temps qu'ils vont passer... »

Être dans l'obligation d'adresser un patient âgé aux urgences était une situation considérée par certains médecins comme peu fréquente :

- Dr B : « Pour un adressage, on va dire en urgence... c'est très rare au final, c'est plutôt rare. »
- Dr K: « Il y a rarement besoin d'examens en urgence dans l'heure. »

Selon le fonctionnement interne de la structure hospitalière ou selon la disponibilité des lits, les médecins pouvaient être contraints de faire passer le patient par les urgences :

- Dr F : « si c'est de l'urgence, il faut le faire passer par les urgences. On peut faire des admissions programmées sur les bilans d'altération de l'état général mais s'il y a de l'aigu, il faut qu'il soit bilanté avant de rentrer là-bas directement. »
- Dr L : « Mais après voilà, des fois de toute façon, soit ils n'ont pas de place, soit je ne sais pas trop où est-ce qu'ils en ont, et du coup j'envoie par les urgences. »

Deux médecins adressaient parfois aux urgences tout en ayant pris soin de contacter le service de gériatrie au préalable pour assurer la disponibilité d'un lit derrière :

- Dr E: « C'est un circuit que je fais assez souvent. C'est-à-dire que j'ai appelé les médecins du service de gériatrie pour demander s'il y avait de la place, sachant qu'elle avait quand même besoin d'un bilan urgent donc elle est passée par les urgences mais c'était pour assurer le lit d'aval en passant par les urgences. Effectivement, le médecin gériatre était prévenu et m'a assuré qu'il y aurait un lit dans les 24 heures après le passage aux urgences. »
- Dr H: « Et des fois, j'adresse aux urgences mais je passe un petit coup de fil aussi en gériatrie pour savoir si éventuellement, si je l'adresse là, il serait hébergé quand même en gériatrie après ou pas. S'ils sont déjà au courant, ça facilite aussi l'adressage. »

Un seul médecin semblait adresser plus facilement aux urgences au fur et à mesure de ses années d'activité :

• Dr N : « c'est hyper compliqué... Souvent, j'ai la même réponse : "passez par les urgences..." »

3.1.2. Un courrier médical systématiquement rédigé

L'intégralité des participants affirmait rédiger un courrier médical pour adresser un patient âgé aux urgences :

• Dr C : « Je n'envoie jamais, jamais, un patient sans soit une lettre de ma part ou sans un fax avec un petit mot. Ça, ce n'est pas possible pour moi. On a tous bossé aux urgences. Donc ça je ne le fais pas. » Cette rédaction était systématique pour quatorze participants. Un seul médecin disait qu'il lui arrivait de ne pas rédiger de courrier dans certains cas bien précis et peu fréquents :

• Enquêteur : « Quand vous adressez, vous rédigez tout le temps un courrier ? » Dr I : « On va dire dans 90 % des cas. » Enquêteur : « Et les 10 %, c'est dans quelles circonstances ? » Dr I : « En garde, quand j'ai été régulé. Mais j'essaie quand même en général. C'est rarissime, zéro courrier c'est très rare. Ou alors parce que j'ai beaucoup téléphoné, que j'ai bien expliqué et que le patient était à domicile et que moi j'étais au cabinet. »

3.1.3. Un contact téléphonique aux urgences très fréquent

Quasiment tous les médecins affirmaient téléphoner aux urgences avant d'adresser un patient :

- Dr B : « Je ne fais jamais, c'est par orgueil et parce que ce n'est pas normal, je n'adresse jamais de façon sauvage. J'appelle l'ambulance : "Hop on l'emmène, vous m'embarquez ça." Non jamais, je ne l'ai jamais fait. »
- Dr K : « j'appelle mes collègues urgentistes directement, toujours. Je n'ai jamais, enfin c'est mes habitudes, je n'ai jamais adressé comme ça, sans prévenir. »

Ce coup de fil était justifié par les médecins pour plusieurs raisons :

- par politesse:
 - Dr E: « Je trouve que c'est correct pour personne de ne pas passer un coup de fil. »
 - Dr H : « En général, ils veulent être appelés, ils veulent être prévenus, plutôt qu'on leur impose le patient directement quoi. »
- pour éviter une erreur d'orientation :
 - Dr L : « Parce que des fois c'est arrivé que même si un patient est plutôt suivi à tel ou tel endroit, que j'appelle, l'urgentiste m'explique la situation dans laquelle il est et que du coup finalement je le fasse rentrer par les urgences d'une autre structure si vraiment c'est compliqué, si ça ne colle pas avec leurs possibilités etc... »
- pour avoir une vision sur les conditions de réception du patient :
 - Dr B : « je téléphone d'abord toujours pour m'enquérir de la disponibilité, le temps d'attente etc. »

Deux médecins disaient ne pas appeler systématiquement s'ils manquaient de temps ou si la situation du patient ne leur semblait pas très grave :

- Dr I: « Alors, avant, systématique. Mais en fait, plus ça va, moins ça va, parce qu'on a de moins en moins de temps. Donc ce n'est pas très courtois mais... » « Mais il y a des fois des situations comme ça où je n'appelle pas. J'essaie d'appeler, mais des fois quand tu es dans le jus... »
- Dr M : « Pas toujours toujours. Quand c'est vraiment un gros truc, si je suspecte vraiment un gros truc, oui. Sinon j'essaie de le faire au maximum. Mais des fois quand je suis hyper pressé, c'est vrai que j'oublie, ça arrive. »

Un médecin évitait parfois d'appeler les urgences pour ne pas essuyer un refus d'admission :

• Dr N : « Ouais, des fois comme je sens que ça gêne un peu d'adresser quelqu'un aux urgences, une personne âgée, ça m'arrive de ne pas prévenir et d'envoyer directement aux urgences. En faisant juste le courrier, d'appeler l'ambulancier et... C'est rare mais ça m'arrive de temps en temps pour éviter d'avoir un refus au bout du téléphone, en me disant : "on n'a pas de place, ça va être compliqué, si vous pouvez l'envoyer ailleurs..." C'est compliqué une personne âgée. Ça m'est arrivé d'envoyer sans prévenir... »

3.2. Des difficultés d'adressage assez contrastées entre les participants

3.2.1. D'une absence totale de difficultés...

Deux médecins signalaient n'avoir aucune difficulté lorsqu'ils voulaient adresser une personne âgée aux urgences.

L'un d'eux évoquait surtout le fait d'avoir de bonnes relations avec les médecins urgentistes et qu'il n'y avait pas de carence en moyens humains et matériels :

• Dr B: « je connais personnellement à peu près tous les intervenants auxquels j'ai affaire » « C'est des copains de fac la plupart du temps donc ça ne pose pas de problème. » « On a conscience dans le coin d'être dans un milieu assez favorisé, d'un point de vue de la disponibilité des intervenants et des plateaux techniques, sans trop de problème. »

Et l'autre médecin affirmait que ses patients ne s'opposaient pas à son choix d'orientation vers les urgences :

• Dr M : « Après mes patients sont au courant quoi. Je veux dire, quand je les envoie aux urgences, c'est vraiment qu'il faut y aller quoi. »

3.2.2. ... à des problématiques assez différentes

3.2.2.1. L'accessibilité des médecins hospitaliers

Certains médecins généralistes se plaignaient de la difficulté à pouvoir parler aux médecins spécialistes hospitaliers ou aux médecins urgentistes :

- Dr A: « Hôpital à Bayonne: impossible de les avoir. On les a une fois tous les 5-6 patients alors qu'on appelle deux ou trois fois à la suite. Et donc on l'envoie comme ça. » « Il faudrait qu'on arrive à avoir quelqu'un surtout, c'est ça notre souci, c'est ça qui nous prend du temps. »
- Dr D : « téléphoner, passer des coups de fil, c'est pas facile non plus d'avoir la bonne personne, le bon numéro, trouver tout ça » « J'aimerais avoir un téléphone avec quelqu'un qui réponde. »

Parallèlement, d'autres médecins ne semblaient pas avoir de souci récurrent pour joindre les médecins urgentistes.

3.2.2.2. Les relations avec les médecins hospitaliers

Deux médecins ont évoqué des difficultés relationnelles parfois avec les médecins urgentistes :

- Dr F: « Quand on va appeler les urgences en disant qu'on n'a pas trouvé de place, en disant qu'on ne peut plus le garder à la maison parce qu'il n'y a pas assez d'aides, il y a ceci... Il y a quand même le barrage de : "et après qu'est-ce qu'on va en faire ?" Ils râlent. Ils vont les prendre hein, on sait très bien qu'ils vont les prendre. Mais il y a ce passage où on se heurte à la difficulté qu'ils ont de vider leurs lits. Mais moi je ne vais pas garder à la maison quelqu'un parce qu'ils ont un problème pour vider leurs lits. Ils nous parlent de leur problème de logistique, ça ne m'intéresse pas. Et de toute façon, je l'enverrai quoi qu'ils me disent. [...] Mais passer par ce petit moment où il faut qu'ils se plaignent, ça c'est chronophage et c'est pas médical. »
- Dr K : « Il m'est arrivé oui avec certains jeunes urgentistes qui essayent absolument d'avoir des

diagnostics. Et je leur dis que je suis autant médecin qu'eux et que si j'ai besoin d'une urgence, je n'ai pas besoin qu'on refasse un diagnostic. Donc c'est que la discussion ne se porte pas sur le diagnostic, elle porte sur la possibilité d'accueil. Donc de temps en temps, c'est un peu conflictuel. Mais on arrive à résoudre les problèmes. »

D'autres médecins soulignaient des relations satisfaisantes dans l'ensemble avec les médecins urgentistes et spécialistes :

- Dr E : « Bon il y a certains urgentistes qui freinent, qui essaient de temporiser. Mais dans l'ensemble, la communication est bonne. »
- Dr I : « Globalement, je ne peux pas me plaindre parce que je n'ai quand même pas de réponse... Ça s'est jamais terminé en queulant quoi. Ici, c'est pas trop conflictuel. »

3.2.2.3. Le manque de places pour une hospitalisation directe

Le problème de l'indisponibilité de lits dans des services pour permettre une hospitalisation directe a été évoqué par près de la moitié des médecins généralistes. Mais ils affirmaient régulièrement pouvoir s'arranger avec leurs confrères spécialistes pour une admission directe dans un délai raisonnable :

- Dr E: « Les difficultés, ça va être inhérent aux lits d'aval et à l'engorgement des urgences parce que des fois c'est le cas. Et on essaie de s'arranger pour le mieux. Parfois, on temporise 24-48 heures parce qu'on sait qu'on peut le faire. Parfois, on insiste parce qu'on pense réellement que c'est à 12 heures près et dans ce cas-là on ne peut pas transiger. »
- Dr H : « Parfois, le manque de places » « Mais quand on n'a pas le choix, ils sont quand même assez arrangeants et il trouvent des places. On arrive dans les 48 heures à trouver une place en gériatrie »
- Dr K : « Les seules difficultés, c'est quand il y a une surcharge, ce que je comprends très bien, au niveau hospitalier. »

3.2.2.4. La remise en question des participants sur leur décision d'adressage aux urgences

Certains médecins expliquaient se poser des questions sur le bien-fondé d'adresser un de leurs patients âgés aux urgences :

- Dr C : « mon cheminement personnel qui fait que je me pose toujours la question de : critères de gravité, est-ce qu'il y a un vrai critère d'urgence ? Tu te dis que tu vas encore peut-être surcharger un petit peu les urgences qui le sont déjà. Toujours cette conviction d'essayer de ne pas déranger, peut-être à tort hein tu vois. »
- Dr F: « Entre leur faire passer x heures sur un brancard aux urgences qui va les désorienter et ne pas les surveiller correctement la maison c'est vrai que là, c'est des fois difficile de choisir. C'est difficile de choisir. Et plus j'avance dans l'exercice, plus je vais les garder à la maison et ne pas les envoyer aux urgences pour des situations pourtant cliniques qui nécessiteraient une hospitalisation, pas via les urgences mais... »
- Dr L : « c'est plus moi qui ai des scrupules parce que je sais que c'est franchement pas l'idéal d'envoyer ces gens-là aux urgences. C'est surtout ça. »
- Dr N : « des fois, la sensation que j'envoie pour rien. On pourrait faire en ville alors que c'est difficile de faire en ville. Et que si j'appelle aux urgences, c'est que je suis un peu démuni pour poursuivre les soins en ville. » Enquêteur : « C'est difficile parce que c'est trop de temps pour vous alors que vous êtes déjà débordé ou c'est difficile d'avoir les examens ? » Dr N : « D'avoir tout, le suivi, les examens. »

Un médecin parlait de la problématique du maintien à domicile le week-end :

• Dr G: « Souvent, on a recours aux urgences pour le plateau technique initial, pour essayer de débrouiller le tableau en urgence parce que c'est un vendredi soir ou parce que c'est un samedi matin... Et voilà, et que le patient n'est pas très bien, il y a peut-être des petits signes de sepsis, on ne peut pas le laisser jusqu'au lundi au domicile parce qu'il est tout seul, il ne pourra pas être surveillé. »

3.2.2.5. Le moyen de transport

La moitié des participants employait des termes assez forts pour qualifier les difficultés à obtenir un moyen de transport pour envoyer un patient âgé aux urgences :

- Dr A: « Le problème c'est d'avoir une ambulance en temps et en heure. On dirait qu'elles ne sont jamais disponibles. Mais bon, je pense qu'ils sont disponibles pour ceux qui veulent. Je râle un peu là-dessus. Mais je pense qu'ils sont vraiment disponibles pour ceux qui veulent. »
- Dr F: « Oui les difficultés du transport... C'est difficile. Mais c'est difficile tout le temps quoi. Si c'est le lundi, si c'est le mardi... Les transports, c'est un peu... Faut pas être pressé quoi. »
- Dr H : « C'est compliqué. VSL c'est compliqué. Ambulance on y arrive mieux mais ce n'est pas le même prix mais des fois on est obligé par le biais d'ambulance alors que ce n'est pas justifié quoi. »
- Dr L: « Trouver une ambulance c'est l'horreur. »

Pour d'autres médecins, la gestion du transport ne constituait pas une difficulté :

• Dr G: « je n'ai jamais eu de difficultés avec les ambulanciers en terme de délai. Si vraiment on a besoin, si c'est vraiment urgent urgent, à ce moment là, on passe par le 15 de toute façon. Sinon, dans l'heure en général on a un transport »

3.2.2.6. La perturbation de l'agenda

Un médecin évoquait la difficulté de désorganisation de l'agenda liée au caractère imprévisible d'une situation médicale urgente :

• Dr H: « Moi je fais mes visites lors de 2 demi-journées en fait dans la semaine: mercredi aprèsmidi et jeudi matin. Mais autant vous dire que s'il y a un problème gériatrique, si ça peut attendre ces jours là ok, et si ça ne peut pas attendre je suis obligée d'y aller le lundi midi ou le mardi midi donc là oui, ça pose souci. »

Pour pallier à ce problème, d'autres médecins conseillaient à leurs patients d'avoir recours à SOS Médecins :

- Dr D : « Alors, soit je peux et j'y vais. Sinon, j'envoie SOS Médecins. Je ne le cache pas. Si la personne m'appelle et qu'elle vient de tomber et que moi je suis en consultation, je n'y vais pas. »
- Dr J: « une fois qu'on a l'après-midi pleine et qu'on est au cabinet, une urgence téléphonique, on envoie SOS ou le 15. On ne peut pas se déplacer. Je le faisais hein, je quittais le cabinet il y a 7 ou 8 ans. Il m'arrivait de quitter le cabinet, de laisser les gens, en expliquant aux patients que je vais avoir 1 heure d'attente. Maintenant c'est plus possible. On envoie SOS direct. On ne peut plus laisser les gens poireauter 1 heure, le temps de faire la visite et de l'hospitaliser, c'est pas possible. »

3.2.2.7. Le caractère chronophage

Les deux tiers des médecins citaient au moins une tâche à réaliser qu'ils trouvaient chronophage lors d'une consultation ou d'une visite débouchant sur l'adressage d'un patient âgé aux urgences. Cela pouvait concerner :

- la démarche diagnostique :
- Dr G : « les polypathologiques qui ont des tableaux un peu compliqués à démêler au départ, où là ça va prendre du temps »
- la démarche décisionnelle d'adressage ou non :
 - Dr C : « mon cheminement personnel qui fait que je me pose toujours la question de : critères de gravité, est-ce qu'il y a un vrai critère d'urgence ? [...] Mais ouais donc ça, ça me prend du temps d'y réfléchir. »
- l'argumentation pour obtenir le consentement du patient à se faire hospitaliser :
 - Dr I : « le temps de convaincre la patiente »
- la tentative d'hospitalisation directe avec la nécessité de devoir joindre les médecins spécialistes hospitaliers :
 - Dr L : « C'est toujours un peu long parce qu'en général j'essaie donc d'abord de faire en hospitalisation directe donc forcément c'est plus long que de balancer aux urgences sans avoir essayé autre chose avant. Oui, c'est long. »
- la recherche d'un moyen de transport :
 - Dr L : « Si le patient n'est pas suffisamment autonome pour se débrouiller ou pour appeler l'ambulance ou qu'il n'y a pas la famille, c'est ce qui va nous prendre le plus de temps quasiment, de trouver une ambulance de l'après-midi pour l'après-midi même pour les urgences. [...] Et il faut en appeler 5-6 pour avoir une ambulance de disponible. Donc ça va être ça le plus long. »
- la rédaction du courrier médical depuis le domicile (deux médecins ont évoqué spontanément cette tâche) :
 - Dr C: « Le courrier me prend du temps forcément. » « Souvent si tu veux, j'appelle, ça sonne, je commence mon courrier dans ma tête, je l'écris le temps que j'ai le type. Mais ouais franchement ça me prend du temps, je prends du temps, oui 10 minutes, c'est long! Franchement c'est long putain! L'horreur... »
 - Dr O : « C'est sûr que le temps passé à la rédaction manuscrite du courrier est chronophage. C'est clairement ça qui prend du temps. »

Certains de ces médecins semblaient davantage considérer l'organisation générale comme chronophage :

• Dr I : « c'est le temps passé avec l'interlocuteur, pour bien décider, bien convaincre. Et aussi le patient, qui est la première personne à qui il faut parler. C'est prendre du temps à faire ton diagnostic, à annoncer la couleur au patient, ensuite demander l'aide, qu'elle soit acceptée et ensuite le transport. »

3.2.3. Une bonne acceptation du rôle d'adressage aux urgences

Aucun médecin ne remettait en question le fait que l'adressage d'un patient âgé aux urgences était l'une des missions incombant aux médecins généralistes. Même si cela prenait du temps, ces consultations ou visites d'adressage dans un cadre urgent n'étaient pas anticipées ou vécues comme une corvée :

• Dr A: « c'est pas pénible en lui-même. C'est l'organisation en fait. Evidemment, comme on a 50 visites après, il faut arriver à tout gérer mais bon après ça se fait hein... » « quand c'est une urgence, c'est une urgence. Il n'y a pas à tartailler pendant 2 ans autour. »

- Dr E: « C'est pas un élément où je me dis: ah mince il va falloir hospitaliser, c'est la tuile, c'est la galère, ça va être compliqué. Bien sûr c'est un peu plus long, c'est normal que ça soit un peu plus long. » Enquêteur: « Vous dites: "c'est un peu plus long". C'est quelque chose qui vous prend quand même trop de temps vous trouvez ce genre de consultations ou visites? Le caractère non programmé... ça bouscule la journée, ça vous pèse? » Dr E: « Pas forcément. Ça pèse, mais ça fait partie du métier aussi complètement. Ça pèse mais je ne vois pas comment à l'heure actuelle l'améliorer, le réduire en temps. C'est des choses qui sont incompressibles quoi. »
- Dr J: « Non, c'est le boulot. Ça arrive les urgences ou les malades qui ne vont pas bien. On ne peut pas faire que la rhino quoi (rires)! »

3.3. Contenu du courrier médical des participants

3.3.1. Des informations systématiquement présentes

3.3.1.1. Identification du médecin

La totalité des médecins utilisait soit l'ordonnancier soit le logiciel médical pour rédiger le courrier médical. L'identification du médecin et ses coordonnées figuraient ainsi constamment dessus.

3.3.1.2. Identification du patient

L'ensemble des médecins identifiait le patient par son nom et son prénom.

La majorité des praticiens notait soit sa date de naissance, soit son âge, avec une tendance majoritaire pour ce dernier :

- Dr N : « Plutôt l'âge ouais, c'est vrai que je ne mets pas la date de naissance... »
- Enquêteur : « Tu privilégies la date de naissance à l'âge ? » Dr O : « Oui pour qu'il n'y ait pas de couacs. »

Un seul médecin inscrivait son âge et sa date de naissance systématiquement.

3.3.1.3. Datation du courrier

L'ensemble des praticiens notait la date de rédaction du courrier.

Un médecin marquait systématiquement l'heure de rédaction du courrier :

• Dr O : « comme ça tu sais quand il a été adressé. Si tu es passé le matin à 8 heures du mat' et qu'il n'arrive aux urgences qu'à 16 heures... »

Deux médecins précisaient l'heure mais dans le cadre de la prise des constantes ou d'une éventuelle administration médicamenteuse :

- Dr E : « Je ne vais pas mettre l'heure en haut dans l'en-tête. Je vais mettre la date. Par contre, sur le volet clinique, je mets : à telle heure : constantes. »
- Dr L : « l'heure non sauf si j'ai des constantes un peu spécifiques ou qu'il y a eu une prise de médicaments à telle heure, ça je vais le dire. »

3.3.1.4. Antécédents

Tous les médecins ont signalé spontanément faire figurer les antécédents du patient. Trois d'entre eux ont précisé écrire au moins les antécédents majeurs ou utiles par rapport au motif d'adressage :

- Dr I: « La discectomie et l'hystérectomie faites en 1963, non je ne mets pas. » « Enfin bref, des choses qui finalement vont être très liées. Mais les antécédents chirurgicaux qui n'ont rien à voir, les dents de sagesse et compagnie, jamais. Il faudrait hein, mais non jamais. »
- Dr L : « Je ne mets pas toujours tous les antécédents si je suis à domicile mais simplement ceux qui me paraissent les plus importants à noter. »

Un seul médecin a précisé noter aussi les antécédents familiaux.

3.3.1.5. Traitements habituels

Les traitements habituels étaient à priori communiqués systématiquement par écrit au médecin urgentiste par l'ensemble des médecins généralistes.

Depuis le domicile des patients, la majorité des participants préférait joindre l'ordonnance au courrier médical si elle était disponible.

Un médecin a justifié cela pour gagner du temps :

• Dr H : « J'aime bien joindre l'ordonnance quand je l'ai sous la main pour ne pas perdre de temps parce qu'ils ont souvent une liste dingue de médicaments même si j'essaie de faire le tri. »

Un autre médecin trouvait que cette façon de faire était plus lisible :

• Dr B : « C'est quand même plus éclairant pour l'interne qui le reçoit. »

Cela permettait d'être plus rigoureux pour un autre médecin qui ne marquait pas forcément les posologies s'il devait recopier les traitements :

• Enquêteur : « Les traitements, vous mettez toutes les posologies à chaque fois ou pas ? » Dr M : « Non, je ne mets pas... enfin, autant que possible, je préfère qu'ils donnent l'ordonnance, c'est plus précis. »

Certains médecins demandaient aux patients d'apporter leur ordonnance mais ne la glissaient pas eux-mêmes dans l'enveloppe avec le courrier :

- Dr I : « j'éduque les patients, je leur dis d'aller tout le temps avec leur ordonnance. »
- Dr L : « Les traitements, en général, je ne les rajoute pas dans le courrier parce que je demande systématiquement aux patients d'emmener leur ordonnance. »

En revanche, trois participants préféraient recopier l'ordonnance sur le courrier lorsqu'ils étaient à domicile. Ils pouvaient craindre que l'ordonnance soit perdue à l'hôpital ou que le patient ne l'apporte pas :

• Dr G : « Quand je les vois au domicile, je recopie parce que je me dis qu'ils ne vont pas partir avec, ça va se perdre. »

Lorsque l'adressage aux urgences se faisait depuis le cabinet, les praticiens choisissaient également plutôt de joindre l'ordonnance. Un médecin a justifié cela pour gagner du temps :

• Dr G : « Quand je les vois au cabinet, j'imprime la dernière ordonnance simplement, ça me fait gagner du temps. »

Depuis le cabinet, quatre praticiens utilisaient une fonction de leur logiciel pour intégrer directement l'ordonnance habituelle dans le contenu de leur courrier médical :

• Dr C : « Là, j'ai automatiquement les traitements qui s'intègrent à mon logiciel courrier. Donc ça c'est cool. »

Aucun praticien ne semblait dactylographier les traitements habituels dans son courrier informatisé.

3.3.1.6. Modifications thérapeutiques récentes

Tous les praticiens disaient noter d'éventuelles modifications récentes du traitement :

- Dr E : « Oui, ça fait vraiment partie de la problématique. De l'histoire... Oui. »
- Dr O : « Complètement, surtout s'il y a une imputabilité. Et surtout, il faut que ça reste cohérent parce que si je lui mets la dernière ordonnance mais qu'il y a une modification, il faut que l'information puisse suivre. »

3.3.1.7. Motif d'adressage

Tous les médecins notaient le motif d'adressage aux urgences.

3.3.1.8. Première médication éventuelle

Tous les praticiens affirmaient noter sur le courrier s'ils avaient administré une première médication avant que le patient n'aille aux urgences.

3.3.2. Des informations souvent présentes

3.3.2.1. Allergies

Les allergies connues étaient souvent notées sur les courriers d'après les médecins interrogés :

• Dr O : « c'est typiquement le truc que je vais avoir écrit en grand. »

Un seul médecin a précisé écrire aussi s'il y avait une absence de notion d'allergie :

• Dr A: « allergies s'il y en a ou s'il n'y en a pas surtout »

Deux médecins ne pensaient pas systématiquement à préciser cet item et n'évoquaient que le cas d'une possible allergie à une antibiothérapie :

- Dr H : « Je les note souvent quand il y a une histoire d'antibiothérapie qu'il va falloir débuter. C'est vrai que j'oublie peut-être un peu de les écrire. »
- Dr I : « J'essaie. Mais ça ne me vient pas à l'esprit parce que j'ai finalement très peu de patients allergiques à la pénicilline que je vais adresser en hospitalisation. »

3.3.2.2. Entourage

La majorité des praticiens semblait parler de l'entourage du patient. Ils précisaient notamment si le patient vivait seul ou en famille :

• Dr K : « je m'oblige systématiquement et je m'y oblige parce qu'on peut avoir tendance à oublier, on ne le fait pas chez tout le monde, à quand même parler du contexte social. En général, je précise toujours s'il vit seul à domicile, s'il est accompagné »

Trois médecins semblaient préciser si le patient vivait seul ou accompagné en fonction de la situation du patient :

- Dr C : « je le mets sur une personne gériatrique dépendante »
- Dr G: « que selon le motif. En général, si c'est des patients qui ont des troubles cognitifs, là je détaille. Sinon, non, je ne détaille pas parce que... Je ne détaille pas parce que je me dis que ce sera vu de toute façon avec l'aidant donc ça non, je ne détaille pas. »
- Dr N : « quand il vit seul, qu'il n'y a personne, je le précise dans le courrier. »

3.3.2.3. Communication

La plupart des médecins disaient penser à noter si le patient avait des troubles de communication dans son état basal. Certains les marquaient avec les antécédents, d'autres avec les éléments concernant le mode de vie :

- Dr C: « Ah oui clairement, bien sûr. Systématiquement, dans les antécédents, tu ne peux pas te contenter de mettre AVC. Je précise toujours : séquellaire ou non séquellaire, surtout s'il y a une dysarthrie ou une dysphasie. »
- Dr F: « Oui, je vais le mettre. Toutes ses habitudes de vie, c'est ça. C'est aussi : grabataire, pas grabataire, marche, parle... Un petit peu le fonctionnement habituel, parce que souvent en aigu, ils vont être plus déficitaires. »
- Dr K : « Systématiquement oui, parce qu'ils sont souvent envoyés en ambulance, ils vont arriver seuls en ambulance donc je préfère sur le courrier préciser les difficultés de communication éventuelles. »
- Dr O: « le but c'est de savoir comment il était hors de l'épisode aigu. S'il arrive aux urgences, c'est de savoir, s'ils lui font un Glasgow, un truc, ah bah non ça c'était son état de base. »

Un médecin indiquait l'éventuelle présence d'un trouble de communication selon le motif d'adressage :

• Dr G: « je pense que je ne le note pas systématiquement ça. Je ne le note pas... Enfin, si c'est juste une dysarthrie mais qu'on arrive à comprendre le patient, je ne le note pas parce que je me dis que voilà, ils vont s'en rendre compte. Sauf si c'est un pour un problème de suspicion d'AVC auquel cas je mets l'état antérieur. Mais sinon ça je ne le note pas. »

Un médecin ne pensait pas à noter cet aspect.

La majorité des participants indiquait s'il y avait une barrière linguistique :

- Dr F : « Oui, puisque ça me gêne aussi et qu'il faut un traducteur donc oui ça je vais le mettre. »
- Dr G : « Si vraiment c'est des difficultés de communication, par exemple parce qu'il ne parle pas la langue, là effectivement je vais le noter. Mais je vais noter toujours le numéro de l'aidant. »

Quelques participants ne notaient pas si le patient ne parlait pas français :

- Dr E : « Non, dans la pratique non. Pour la langue non. »
- Dr K : « Non parce que ça se verrait tout de suite. »

3.3.2.4. Statut cognitif

La grande majorité des participants disait noter si le patient avait des troubles cognitifs :

- Dr F : « Si c'est présent même s'ils ne sont pas étiquetés, je le marquerai. »
- Dr H: « Si c'est quelque chose de récent, ça ne va pas être dans les antécédents mais par contre je vais en parler. Parce que s'ils trouvent quelqu'un de complètement désorienté aux urgences et qu'ils n'ont pas d'antériorité, voilà... Et si c'est dans les antécédents, oui je le note : Alzheimer ou démence. »

Un médecin exposait l'importance parfois de marquer noir sur blanc qu'il n'y avait pas de trouble cognitif :

• Dr L: « La dame à laquelle je pense, c'est une dame qui est psychiatrique mais qui à côté de ça, n'avait aucun trouble cognitif. Et qui tout à coup, a commencé à avoir effectivement un syndrome confusionnel que je n'expliquais pas malgré les examens au domicile. Donc j'ai fini par l'envoyer aux urgences pour avoir un scanner cérébral. Du coup, oui, j'ai précisé que cette dame chutait, que l'autonomie était un peu périlleuse à la maison mais qu'il y aura un retour à domicile et donc que je ne l'envoyais que pour un scanner. Et que par contre, c'est bien pour ça que je l'envoyais, elle n'avait aucun trouble cognitif connu. »

3.3.2.5. Locomotion

Cinq praticiens précisaient dans leur courrier les capacités de locomotion du patient de manière systématique :

- Dr D : « je marque comment il se déplace à la maison, s'il a un déambulateur ou s'il est autonome »
- Dr E : « est-ce qu'il est autonome, autonome avec aides, transferts, pas transferts, est-ce qu'il marche seul ? Ça c'est quand même des éléments importants parce qu'aux urgences après, il faut savoir quel est le point de départ de l'état général du patient. Ça c'est important pour la suite à donner à la prise en charge. »

Ils étaient plus nombreux à préciser la locomotion en fonction de la situation et/ou d'un âge très avancé :

- Dr F : « Ça, ça va être plus dépendant du patient parce qu'il y a des plus de 75 ans qui sont quand même plutôt en forme et qui n'ont pas de dépendance forcément. Mais du coup, quand on arrive chez les 90 ans et quelques oui, je vais marquer : se déplace seul, marche avec cannes, ce genre de chose... »
- Dr H: « Non, je ne mets pas toujours ça, ça dépend. Si c'est vraiment une perte d'autonomie, je développe quoi. » Enquêteur: « Plus selon le motif? » Dr H: « Ou des troubles cognitifs. Oui voilà, selon le motif. »
- Dr K : « je précise si c'est un patient qui est autonome à la maison ou qui est en grande difficulté avec besoin d'aides en permanence. Ça je peux le préciser mais c'est pas systématique. »

3.3.2.6. Intervenants à domicile

La plupart des praticiens indiquaient les intervenants à domicile en place.

Cela était quasiment systématique pour une moitié d'entre eux :

- Dr A: « mode de vie de la personne surtout à domicile donc s'il y a des aides à domicile, des infirmières qui s'en occupent » « On met : infirmière deux fois par jour, kiné, aides à domicile »
- Dr F: « J'essaie quand même de mettre les habitudes de vie, surtout quand ils sont à domicile,

- savoir s'il y a déjà des aides en place, pas d'aides, [...] voilà ce genre de chose pour qu'ils sachent aussi ce qu'il en est. »
- Dr O: « intervenants, aidant principal, actes de la vie quotidienne, comment il fait pour se débrouiller? » « il est cloîtré chez lui, il ne sort pas, il est obligé qu'il y ait quelqu'un qui vienne pour sa toilette et l'habiller, le faire manger ou il y a le portage des repas »

L'autre moitié précisait s'il y avait des intervenants à domicile selon la situation du patient :

- Dr C : « aides à domicile : passage infirmier, kiné, auxiliaire. Mais c'est hyper succinct. Si c'est vraiment important, je le mets sur une personne gériatrique dépendante tu vois. »
- Dr E: « pas chaque fois mais à peu près. Une photographie du degré d'autonomie oui. On précise souvent quand il y a vraiment un bon état général, ça on tient à le préciser parce qu'on tient à ce que beaucoup d'efforts soient fait pour le patient, ce qui est normal quoi. Et quand il y a un état général un peu moins bon, un peu dégradé, on précise dans les grandes lignes. Mais je n'ai pas à chaque fois un certain nombre d'items que je vais préciser. Ça peut être : perte d'autonomie, patient autonome à domicile avec aides, infirmière deux fois par jour, auxiliaire de vie, et dégradation de l'état général depuis 3 jours. Des trucs comme ça. »
- Dr H: « Oui, en général oui, surtout si c'est un problème de perte d'autonomie, d'altération de l'état général. Je sais que quand ils vont le réadresser, ils vont se poser ce genre de question donc... » Enquêteur : « Donc plutôt selon le motif ? » Dr H : « Oui ça dépend. Si c'est quelqu'un qui est en super forme le reste du temps mais là, qu'il a un problème aigu qui sera géré sur le court terme et qui va être renvoyé après à la maison, c'est ok. Si c'est quelqu'un qui vient pour une perte d'autonomie et qu'il ne peut plus rester à la maison, bien sûr je vais mettre aussi comment ça se passe, est-ce qu'il a des aides ou pas, s'il y a de la famille à côté... »

Deux praticiens ne notaient pas la présence éventuelle d'intervenants à domicile :

• Dr M : « Pas forcément dans un courrier d'urgence non »

3.3.2.7. Examen clinique

Douze médecins marquaient les éléments pathologiques de leur examen physique ou les plus importants :

- Dr B : « je ne prends pas le temps de faire une observation d'externe. Mais les points d'intérêt. »
- Dr D : « Plutôt succincte, je mets l'essentiel. Je me dis qu'ils vont refaire un tour. Et pour éviter de trop orienter aussi peut-être aussi... »
- Dr J : « Ce qui me paraît important. Ce qui est normal je ne le marque pas. Je ne vais pas passer une page à mettre : n'a pas ci, n'a pas ça, n'a pas... Je marque ce qu'il a. »

Deux praticiens affirmaient largement détailler leur examen physique :

• Dr C : « Je détaille pas mal. Même beaucoup. J'essaie d'être le plus informatif possible. » Enquêteur : « Avec des signes négatifs ? » Dr C : « Signes négatifs, signes positifs, ouais carrément. »

Un médecin ne voyait pas d'intérêt a écrire son examen physique :

• Dr K: « je suis très succinct. [...] Sur la dernière qui avait une pleuropneumopathie, je parle de pleuropneumopathie, la localisation et la suspicion clinique. Je ne vais pas détailler l'auscultation, les types d'auscultation etc. L'examen clinique n'a pour moi pas d'importance dans le courrier. »

Quelques médecins distinguaient bien l'histoire de la maladie et l'interrogatoire de l'examen physique. L'un d'eux attachait plus d'importance à relater l'histoire de la maladie au médecin urgentiste :

• Dr E : « au niveau de l'histoire de la maladie je vais être précis, au niveau de l'examen physique je vais être succinct. Clairement, il va être réexaminé le patient, c'est pas la peine... Alors que l'histoire de la maladie, c'est des éléments qu'il faut transmettre. »

Certains médecins disaient marquer forcément certaines constantes notamment la pression artérielle et la fréquence cardiaque, assez souvent la saturation en oxygène et la température :

- Dr D : « je mets toujours la tension, le pouls et la régularité ou l'irrégularité »
- Dr E : « Tension, fréquence cardiaque, saturation, température. Glycémie non. Poids non. » Enquêteur : « Ces quatre constantes, vous les marquez systématiquement peu importe le motif en général ? » Dr E : « Oui. »
- Dr H : « Tension, pouls, saturation, oui quasiment je pense. Saturation peut-être un peu moins mais tension et pouls, oui. Et la température s'il y a besoin, mais si ce n'est pas intéressant je ne la mets pas. »

D'autres médecins rapportaient certaines constantes en fonction du motif d'adressage :

• Dr B : « ça dépend du contexte. Pouls, température, dextro, saturation si besoin. Mais c'est vraiment le point d'appel, la plainte qui en décide. »

Un médecin précisait les constantes uniquement si elles étaient de valeurs anormales :

• Dr K : « Je les mets quand elles sont altérées. » Enquêteur : « Si elles sont normales, vous ne précisez pas ? » Dr K : « Non. »

3.3.2.8. Examens paracliniques

La plupart des médecins disaient recopier sur leur courrier les valeurs biologiques importantes ou la conclusion d'un éventuel examen d'imagerie si un examen avait été réalisé préalablement à l'adressage. Si les médecins (ou leurs patients) disposaient des comptes-rendus d'examen, ils préféraient les joindre au courrier ou les faire apporter par les patients :

- Dr D : « Je dis au patient de l'amener, d'amener ses comptes-rendus tout ça. Et des fois, je marque que la valeur importante. »
- Dr E : « Si on l'a... L'idéal étant de les avoir et de les mettre dans le dossier bien sûr. Si on a un compte-rendu de radio, un bilan biologique, on le joint. Après, c'est la question de la disponibilité. Je l'ai reçu au cabinet, je ne l'ai pas imprimé mais je l'ai en tête, le patient ne l'a pas encore reçu, je vais mettre un mot sur la biologie. »
- Dr N: « Si c'est au cabinet, je leur imprime. Si c'est à domicile, je les recopie. »

Trois médecins utilisaient parfois le fax pour transmettre un examen réalisé ou un courrier d'un médecin spécialiste s'ils adressaient un patient depuis son domicile :

- Dr J: « Si je l'ai à domicile mais c'est rare qu'ils aient les lettres. Elles sont soit ici, soit sur l'ordinateur. Parfois ce qui m'arrive, quand c'est important ou que j'ai eu le médecin urgentiste et qu'il me le demande, quand je reviens ici, je les imprime et je leur envoie par fax. »
- Dr L : « En général, je leur envoie en plus par fax. Si moi j'ai déjà fait en ville oui, pour éviter les redites ou qu'ils aient un truc pour suivre. En général, je leur faxe les examens qui ont déjà été faits. » Enquêteur : « Donc vous faxez plutôt l'intégralité du compte-rendu plutôt que de recopier les résultats sur le courrier ? » Dr L : « Ah oui. »

3.3.2.9. Hypothèses diagnostiques

Les médecins affirmaient en majorité écrire leurs hypothèses diagnostiques, mais aussi s'ils n'en avaient pas :

- Dr C : « Oui clairement. Je me lance quoi. Je m'en fous. Quitte à passer pour un gros naze (rires). Tu les orientes forcément avec une idée en tête donc ça c'est important je pense. »
- Dr F : « je marque ce que je suspecte. Et quand aussi je n'ai aucune idée, je vais l'écrire »

• Dr O: « j'essaie de me mouiller un peu. Par contre, je me souviens une fois, j'ai écrit: je n'ai strictement aucune idée de ce que le patient a (rires)! Mais au moins je suis clair. C'est-à-dire je constate ça, ça... Mais j'essaie autant que faire se peut de leur donner mon ressenti parce que c'est souvent toi qui le connaît le plus, sauf exception, le patient ou la patiente, donc je pense que c'est intéressant. »

S'ils n'avaient pas d'idée diagnostique, certains avaient plutôt tendance à se limiter aux signes cliniques ou aux éléments justifiant l'hospitalisation :

- Dr G: « En général, c'est soit je sais et j'en évoque une ou deux, soit je ne sais pas du tout et à ce moment-là je ne mets pas et je mets juste qu'il faut qu'il soit bilanté pour en savoir plus. »
- Dr K : « Si j'ai un diagnostic ou une hypothèse diagnostique, bien sûr, puisque c'est le motif d'hospitalisation. Si je n'en ai pas, l'autre motif c'est des signes cliniques qui peuvent être inquiétants et dans ce cas-là, je détaille simplement les choses qui justifient l'hospitalisation. »

Le principe de ne pas être trop restrictif revenait souvent :

- Dr B : « Je fais part toujours de mes suspicions sans affirmer quoi que ce soit même si j'ai de fortes présomptions. »
- Dr E : « Quand il y en a, on en met. Mais pas quatre ou cinq diagnostics différentiels en fait. Celui qui me turlupine, après ça reste ouvert. »
- Dr I : « Ça dépend. Des fois, j'essaie de mettre ce à quoi je pense mais en laissant une porte ouverte quoi. [...] Il ne faut pas non plus partir trop sur un seul truc et... »

Deux médecins préféraient ne pas marquer leurs hypothèses diagnostiques en général afin de ne pas restreindre le champs des possibilités diagnostiques :

- Dr D : « J'essaie de laisser le plus libre possible, de ne pas trop marquer les hypothèses diagnostiques. »
- Dr N : « Ça m'arrive de mettre une probable... telle pathologie, mais c'est vrai qu'en général je laisse après... Je décris les symptômes et après je laisse voir l'urgentiste ce qu'il en découle dans un deuxième temps. »

3.3.2.10. Professionnel de santé prévenu

La plupart des médecins notaient dans leur courrier s'ils avaient eu un médecin spécialiste au téléphone préalablement à l'adressage aux urgences pour un avis ou pour une tentative d'hospitalisation directe :

- Dr F : « si des fois j'ai appelé le cardiologue pour lui demander, qu'il me dit de le faire quand même passer par les urgences, je marquerais : à la demande du docteur x, passage aux urgences... »
- Dr H : « Oui, j'essaie en général. J'ai contacté telle personne qui était d'accord pour le recevoir ou pour le voir aux urgences. »

Quelques médecins expliquaient leur démarche par téléphone lors de l'appel préalable à l'adressage mais ne l'écrivaient pas forcément dans le courrier :

- Dr B: « En général, je téléphone d'abord au spécialiste, ensuite à l'urgentiste et je lui donne la direction, qu'il va recevoir telle personne, qu'il serait attendu par tel spécialiste et éventuellement qu'il aurait une place après un bilan de débrouillage ou un déchocage le cas échéant. »
- Dr D : « c'est vrai que je pourrais le marquer. C'est vrai que souvent, on donne plus d'informations quand on a la personne au téléphone en fait. »

3.3.3. Des informations peu présentes

3.3.3.1. Lieu de vie

Le lieu de vie, autrement dit les caractéristiques du logement et son caractère adapté ou non pour la situation du patient n'étaient que peu rapportés par les médecins dans leurs courriers d'adressage. Seuls trois médecins disaient parfois en faire part :

• Dr N : « Des fois, le logement aussi, l'accessibilité difficile. Quand c'est au quatrième étage sans ascenseur, des choses comme ça oui, ça m'arrive de le préciser. »

La plupart des médecins n'évoquaient pas le logement :

- Dr B: « Non, ah non. Là on est dans la... Dans ce cas là, je vois ce que vous voulez dire, pour un maintien à domicile éventuel, que les intervenants ne se posent pas la question de la faisabilité. Non. » Enquêteur: « En général non... » Dr B: « Ça ne fait pas partie de mes points d'intérêts. On est là pour soulager le patient, le reste... Je considère que ce n'est pas de notre ressort même si c'est d'un intérêt médical. »
- Dr D : « Non, c'est vrai que ça serait important de le mettre. »
- Dr I : « Non, pas le temps. C'est vrai que je ne me pose jamais la question. »

3.3.3.2. Personne à prévenir et personne de confiance

Seulement quatre médecins ont cité spontanément un élément se rapportant à la personne à prévenir et/ou de confiance.

Le vocabulaire utilisé par l'ensemble des médecins lors de l'abord de ce point était hétérogène et employé de manière assez indifférente : « personne à prévenir, personne référente, personne de confiance, référent, aidant, famille qui s'occupe de cette personne, proche de référence, personne de soutien, entourage... ».

Certains médecins ne faisaient pas de différence par méconnaissance de ces deux concepts :

- Dr N: « C'est vrai que je ne mets pas de référent. Ouais... » Enquêteur: « Ok. » Dr N: « Parce que je ne sais jamais aussi si le patient est d'accord qu'on prévienne ou pas l'entourage. Les limites du secret médical quoi. Et oui, il y a ça... C'est vrai qu'il y a ça aussi. » Enquêteur: « Pour les patients âgés que vous suivez, vous ne parlez pas forcément de: "Si un jour il y a un souci, avec qui on décide? Qu'est-ce qu'on fait?" » Dr N: « Euh... » Enquêteur: « Le principe même de la personne de confiance en fait. Si la personne n'est plus capable de donner son opinion, est-ce que vous, des fois, avant quand tout allait bien, vous aviez déjà déjà discuté avec quel référent familial ou quel ami, ou quel...? » Dr N: « Rarement. Ouais rarement... »
- Enquêteur : « tu parles des coordonnées de l'aidant principal... Pour toi c'est comme la personne à prévenir ? » Dr O : « Oui, enfin la personne de confiance si tu veux en terme administratif et juridique d'état. Personne de confiance. »

Le nom et le contact d'une personne à prévenir et/ou de confiance figuraient rarement dans les courriers des médecins interrogés. Seulement deux praticiens essayaient de noter systématiquement le contact d'une personne. Les autres évoquaient :

- un oubli récurrent :
 - Dr H : « J'avoue que c'est peut-être quelque chose que j'oublie. »
 - Dr M : « Pas forcément, c'est vrai que ça je n'y pense pas. »

- une indisponibilité de l'information notamment à domicile, se cumulant avec un oubli répété :
 - Enquêteur : « Personne à prévenir, personne de confiance, c'est quelque chose que vous notez ou pas ? » Dr E : « Parfois, ce n'est pas systématique. » Enquêteur : « Ça dépend de quoi ? » Dr E : « De la disponibilité de l'information sur le moment. Ça ne dépend que de ça. Si la disponibilité est là, hop. Si la disponibilité n'est pas là, je ne vais peut-être pas y penser déjà ou alors c'est compliqué : monsieur n'est pas très bien, sa fille qui est la personne de confiance qui habite à trente bornes, je n'ai pas le numéro... "Monsieur le numéro de votre fille ?" "Il est dans le carnet là-bas..." "Bon ok..." » Enquêteur : « Au cabinet, c'est une information que vous avez pour tous vos patients âgés ou pas ? » Dr E : « Au cabinet oui. » Enquêteur : « Et au cabinet, vous n'y pensez pas forcément plus ? » Dr E : « Non, je n'y pense pas plus au cabinet. »
- Dr H : « Je n'ai pas toujours l'information, des fois je l'ai quand même mais c'est un oubli aussi. »
 un élément à écrire selon l'état de santé du patient :
 - Dr E: « si on a un cas de maintien à domicile difficile aussi où il y aura besoin d'informations. Je veux dire, un patient qu'on envoie pour une pneumopathie aiguë, qui manifestement sera pris en charge sur une hospitalisation courte avec un retour à domicile probable rapidement, là c'est vrai qu'on fait volontiers l'impasse quoi. Quand on est au bout d'un processus, où on se dit : oulala, celui-là il va avoir du mal à rentrer à la maison, on part pour une longue prise en charge, évaluation des chutes à répétition, altération de l'état général multifactorielle, tout ça... Là c'est important d'avoir un référent pour les soignants, une personne de confiance quoi, qui puisse... »
 - Dr L : « Ça va dépendre de l'état de la personne. Si c'est cognitivement quelqu'un qui est tout à fait capable, je ne vais pas forcément batailler. S'il y a des problèmes de retour à domicile ou si sur le plan cognitif c'est pas très fiable, je vais mettre dans ces cas-là la personne de soutien. »
- un élément non indispensable si le patient se fait accompagner :
 - Dr C : « si j'adresse un plus de 75 ans, isolé en tout cas, c'est qu'il est tout à fait autonome encore une fois et indépendant. S'il ne l'est pas, il y a forcément la personne à côté qui l'accompagne »
 - Dr F: « Quand il vont aux urgences, la plupart sont quand même accompagnés même s'ils ne peuvent pas les transporter, la famille y va. Donc c'est vrai que je ne le mets pas souvent. »
- une méconnaissance de ces personnes :
 - Dr C : « Ça je ne le fais pas assez probablement. Je ne l'ai pas... Bon ici, c'est pas très très grand, tout le monde se connaît. Je connais les parents, la fille... Donc c'est un peu sous-entendu. Non, effectivement, je n'ai pas pour mes patients systématiquement la personne référente en tête. C'est vrai, ça je ne l'ai pas. »
 - Dr J : « Pas tout le temps non, parce qu'il y a beaucoup de personnes où on ne voit pas la famille quoi. Peut-être pas beaucoup, c'est pas la majorité. Mais non, je ne pense pas à le mettre tiens. Après je ne les connais pas forcément, je ne connais pas forcément leur numéro de téléphone. »
- un rôle de la famille de se mettre en relation avec la structure d'urgences :
 - Dr K : « je ne mets pas le contact, mais j'appelle en général quelqu'un de la famille, de l'entourage. Si la personne vit seule à la maison, j'appelle systématiquement soit le fils, soit un enfant, un parent, pour les prévenir de ça. Et après je les laisse s'organiser pour se mettre en contact avec le service d'accueil. » Enquêteur : « Donc vous ne transmettez pas en général le nom du contact aux urgences ? » Dr K : « Pas systématiquement. » « Si je sais que c'est une personne seule et que j'ai eu besoin d'appeler l'aidant quel qu'il soit pour le prévenir, je marque sur le courrier les coordonnées. Si c'est une personne par exemple qui a déjà sa fille à la maison ou en enfant à la maison, s'il y a le conjoint à la maison, je ne préviens pas parce que voilà. »

Dans l'ensemble, les médecins s'accordaient à dire que la personne à prévenir et/ou de confiance était une donnée importante :

• Enquêteur : « Vous pensez que c'est une information qui serait quand même à mettre systématiquement dans l'idéal ? » Dr E : « Oui oui. Ça c'est certain. Je travaille de temps en temps aux urgences à la clinique pour faire des gardes. Donc je vois un peu les deux côtés du truc. »

• Dr H : « Oui, c'est vrai que c'est important. Je pense que ça n'apparaît pas assez dans mes courriers par contre. »

3.3.3. Directives anticipées

Seulement deux médecins considéraient avoir beaucoup de patients ayant rédigé leurs directives anticipées :

• Dr A : « Oui, plein. » « Tous les 3 ans on les réactualise. Tous les 3 ans, j'ai une alerte sur mon dossier pour réactualiser, autrement j'oublie et eux aussi. »

La plupart des médecins n'avaient que peu ou pas de directives anticipées rédigées dans leur patientèle. Certains médecins n'en avaient que pour des patients déjà en soins palliatifs :

- Dr F : « On fait très peu de vraies directives anticipées très claires, on en fait très très peu. »
- Dr L : « il faut que je le fasse un peu plus. Mais pour l'instant, les directives anticipées je les fais sur les patients qui sont plutôt en palliatif. »

La plupart des médecins disaient ne pas avoir eu à adresser aux urgences un patient qui avait rédigé ses directives anticipés. Ils pensaient qu'ils écriraient la conclusion de ces directives anticipées sur le courrier ou qu'ils en parleraient lors d'un appel téléphonique préalable s'ils se retrouvaient dans cette situation :

- Dr H : « Je pense que je mettrais au moins un mot : la personne ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique ou ce genre de chose. Peut-être pas une copie des directives anticipées mais au moins comme quoi j'ai une notion dans le dossier, que j'ai un courrier qui atteste de ça. »
- Dr O : « Et là encore, les limitations thérapeutiques, ça va être précisé dans mon dossier mais je vais avoir tendance à appeler et à le préciser au téléphone. »

Quelques médecins notaient la présence de directives anticipées ou leur ressenti seulement selon la situation du patient :

- Dr G: « je les détaille que si c'est pour un contexte de soins palliatifs. » « Tout dépend de ce pourquoi je vais l'adresser. Par exemple, si c'est juste pour un état confusionnel, non. Si par exemple, c'est pour une suspicion d'AVC ou une décompensation respiratoire alors qu'il est insuffisant respiratoire, et que ça risque de mal tourner, à ce moment-là oui je le mets, je l'indique. Mais sinon, non, je ne le mets pas systématiquement, c'est sûr et certain. »
- Dr J : « Quand nous on sait que ça peut déboucher sur une grosse réa parce que le patient ne va pas bien alors qu'on sait que vu les antécédents ou vu sa demande, on sait qu'il ne faut pas ou que lui ne veut pas d'acharnement, je le marque quoi. »

Un seul médecin ne considérait pas utile de devoir lui-même communiquer les directives anticipées aux urgences :

• Enquêteur : « Si vous devez adresser un patient qui a des directives anticipées, vous allez le marquer dans le courrier ou vous les joignez ? » Dr K : « Non, je n'y pense pas. » Enquêteur : « Vous pensez que ça pourrait être utile quand même ? » Dr K : « Non. » Enquêteur : « Pas dans un contexte d'urgence ? » Dr K : « Pas dans un contexte comme ça initial, pour moi, parce qu'en général, la famille est au courant puisqu'il y a de multiples signatures, donc ce n'est pas quelque chose qui initialement... »

Certains praticiens évoquaient le fait qu'ils en avaient parlé de vive voix avec certains patients mais qu'il n'y avait pas eu de rédaction écrite :

• Dr G: « Après, on a des patients qui ont exprimé leur volonté clairement mais qui n'ont pas

rédigé leurs directives anticipées. Ça, en général c'est assez fréquent. Quand on les voit à domicile, on ne leur demande pas systématiquement de le faire, d'imprimer les documents sur internet qui sont à remplir. Moi ça, je ne le fais pas faire systématiquement quand je n'ai qu'un ou deux enfants, que je sais qu'ils s'entendent, que tout le monde est d'accord sur la situation »

3.3.3.4. Protection juridique

Un seul médecin a déclaré spontanément qu'il communiquait une éventuelle mesure de protection juridique en place :

• Dr A: « s'il y a un tuteur ou quoi que ce soit »

3.3.3.5. Éléments de dépendance

Hormis les capacités de locomotion, les facultés pour les activités de la vie quotidienne n'étaient quasiment pas évoquées par les praticiens. Seuls trois médecins semblaient préciser les capacités de leur patient pour les activités de la vie quotidienne :

- Enquêteur : « Au niveau de l'autonomie des personnes âgées, il y a des éléments que vous mettez systématiquement, ou pas du tout, ou dans certains cas ? » Dr N : « Oui, ça je le mets autonomie... Qu'est-ce qu'on entend par autonomie ? Tout ce qui est le quotidien quoi, le ménage tout ça ? » Enquêteur : « Ouais, les actes de la vie quotidienne, les déplacements... » Dr N : « Oui s'il y a des difficultés à faire ça, à effectuer ça, je le mets ouais. S'il y a une aideménagère qui aide, si les enfants aident pour faire les courses ou le ménage... »
- Dr O: « En gros: toilette, habillage, marche, manger, courses... »

Un de ces médecins accordait une grande importance à l'autonomie et aux capacités fonctionnelles des patients âgés, en faisant bien la différence entre ces concepts :

• Dr C: « C'est surtout : 1) son autonomie : est-il capable de prendre une décision pour lui-même ? 2) : est-il capable de se démerder par lui-même pour ses actes de la vie quotidienne ? Tu vois hein, très brièvement. [...] Par contre systématiquement, je mets ces deux choses dont je te parle : c'est l'autonomie et les capacités fonctionnelles. Ça c'est sûr. » Enquêteur : « Peu importe le motif d'adressage, et même s'il est nickel d'un point de vue cognitif et autonomie, tu mettras toujours... » Dr C : « Je mets : il est tout à fait autonome. Souvent les gens confondent autonomie et capacités fonctionnelles. Mais je mets : il est autonome donc apte à décider pour lui-même, et puis indépendant dans les actes de la vie quotidienne. En deux mots, t'as résumé le truc quoi. »

Aucun autre des participants ne semblait faire de différence majeure entre autonomie et indépendance dans le vocabulaire employé lors des entretiens.

3.3.3.6. Devenir du patient envisagé

Seulement quelques médecins ont évoqué spontanément qu'ils notaient dans leur courrier le devenir envisagé pour le patient qu'ils adressaient aux urgences :

- Dr D : « si après il peut revenir à la maison ou pas, ou si on prévoit une hospitalisation de suite dans une maison de repos ou une convalescence ou une suite dans une maison de retraite »
- Dr K : « Principalement, je marque toujours quand c'est possible, et en général c'est ça, qu'un retour à domicile est bien sûr sans problème envisageable, pour bien montrer que c'est pas la patate chaude du patient au dernier moment qui ne peut plus gérer seul à domicile et que

j'envoie à l'hôpital ou aux urgences pour qu'après ils puissent gérer la suite. Donc je précise toujours ces données sociales. » « C'est toujours plus agréable quand on reçoit ça de se dire : "Ok, à la rigueur je peux faire un bilan aux urgences ou éventuellement en UHCD sur 24-48 heures et je peux le renvoyer à domicile et je sais que le médecin continuera à suivre." »

• Dr L: « Les urgences pour débrouiller un truc, où je sais qu'il rentre à la maison, je le mets, enfin si je pense qu'il va rentrer rapidement à la maison, je le mets qu'il y a un retour à domicile sans problème, que j'ai juste besoin de telle ou telle prise en charge ou de tel examen. » « quand c'est un peu périlleux que je ne suis pas sûre que le retour se fasse simplement, ça fait partie du motif. Maintien à domicile compliqué. [...] Je ne le mets pas systématiquement mais il me semble que quand c'est pertinent je le marque. »

Un médecin considérait avec une certaine virulence que le devenir de son patient n'était pas de son ressort :

• Dr B: « Pour la personne âgée en particulier, le devenir est aussi important. Est-ce que j'en mets peu ? Je pourrais en mettre plus effectivement. Mais... Je ne le fais pas, je reste purement médical et technique, sans penser au retour etc. Ce n'est pas mon affaire, je vois ça comme ça. » Enquêteur: « D'accord. » Dr B: « Ce n'est pas mon affaire. » Enquêteur: « Et ce n'est pas votre affaire parce que pour vous, c'est plus un travail de seconde intention, une fois l'urgence débrouillée, en hospitalisation où c'est à l'assistante sociale de revenir ou pas vers vous ? Ou c'est quelque chose qui... » Dr B: « Euh... C'est un aspect social dont je me fous. Voilà. J'en ai assez de faire l'assistante sociale diplômée. Je recule et je m'oppose à cette politique de rendre le médecin responsable, enfin de le mouiller jusqu'au cou dans les habitudes et le milieu de vie du patient. Chacun son truc, chacun sa merde, je m'en fous. Il a un problème de santé: je suis là pour le résoudre. Soit je peux, soit je ne peux pas. Si je ne peux pas, je l'envoie là où il faut dans les meilleures conditions possibles. En tout cas je lui donne les moyens techniques de le faire. C'est ce pour quoi je suis là. Ensuite, pfff... Ce n'est pas mon affaire. »

3.4. Gestion du dossier médical

3.4.1. Pour les patients suivis en visite à domicile

Seul un praticien utilisait un ordinateur portable sur lequel il disposait de son logiciel médical pour la gestion de ses visites. Ses dossiers médicaux étaient donc dématérialisés :

• Dr N : « j'ai mon ordinateur de visite aussi. » Enquêteur : « Sur lequel vous avez votre logiciel médical déporté ? » Dr N : « Ouais, tout à fait. » Enquêteur : « Ok, ok. » Dr N : « Je fais l'échange à chaque fois entre les deux ordis. »

Tous les autres praticiens pouvaient utiliser un format papier en complément de leur logiciel médical du cabinet pour gérer les dossiers des patients lorsqu'ils étaient en visite. Ils utilisaient divers supports : « classeur, cahier, livre de transmission, chemise avec feuilles blanches, notes, carnet ».

La moitié d'entre eux a évoqué le dossier de soins infirmiers qui était géré par les infirmiers pour les patients qui bénéficiaient de leurs passages réguliers :

- Dr E : « assez souvent maintenant, de plus en plus, beaucoup plus qu'il y a 10 ans, les cabinets infirmiers posent un dossier infirmier où souvent, quand c'est bien utilisé, c'est plutôt bien. »
- Dr G : « la majorité des patients que je vois à domicile ont des passages infirmiers car ils sont vraiment dépendants. Et donc systématiquement, ils ont un petit classeur. »

Certains ont aussi évoqué la présence parfois du dossier de Santé Service, une structure gérant des soins infirmiers à domicile ou l'hospitalisation à domicile :

• Dr K : « Soit c'est Santé Service où il y a un dossier Santé Service qui est bien fait et dans ce cas là il y a tout. »

Certains praticiens laissaient des éléments au domicile de leurs patients. La quantité et la qualité des documents du dossier laissé à domicile étaient très variables d'un praticien à l'autre :

- Dr A: « ils ont tout leur dossier médical à la maison, avec les antécédents... Enfin une fiche où il y a tout dessus, la dernière ordonnance et après leur dossier. » Enquêteur : « Vous avez une fiche récapitulative de synthèse ? » Dr A : « Ouais. »
- Dr B: « Peut-être que ça ne tient qu'à moi mais j'ai rarement le temps, voilà, de tenir un dossier. Je le fais, il y a un mot. D'autant que tous les 6 mois, une réactualisation du traitement sur une nouvelle page de cahier Clairefontaine. Et voilà. Ça tient à peu près la route. »
- Dr D: « Des fois, ils ont un cahier où on note... Mais on note rien quoi. Parce que souvent c'est des patients que j'ai vu ici quand il étaient assez alertes et puis après dès qu'ils ne peuvent plus venir, c'est moi qui me déplace chez eux. Mais du coup, chez eux, je n'ai pas grand chose comme indications. J'ai tout ici au cabinet. » Enquêteur: « Des fois, les infirmières elles ont un petit cahier de transmissions... » Dr D: « Tout à fait. Et donc moi aussi, des fois j'écris, mais j'écris la tension, la température, les douleurs, voilà. » Enquêteur: « Il n'y a pas de fiche récapitulative avec les antécédents, les allergies, le traitement en cours forcément? » Dr D: « Quand il y a Santé Service oui. Mais quand c'est des infirmières, non pas forcément. Il y a les anciennes ordonnances mais c'est les miennes. »
- Dr E : « Je n'ai pas de dossier standard. Il y a bien sûr toujours... ça peut être un cahier, ça peut être parfois les comptes-rendus d'hospitalisation où il reste du blanc et on enchaîne au retour d'hospitalisation et on met ses consultations, ses visites. En général, je leur demande d'avoir une chemise où on peut mettre tous leurs documents pour faire le suivi »
- Dr H: « En fait, je demande à la famille de me fournir un petit cahier de brouillon et je note à chaque fois que je viens mon examen. Et le plus possible, je ramène à leur domicile les examens que moi j'ai pu scanner au cabinet pour essayer d'avoir tout sous la main parce que sinon c'est un peu galère pour se souvenir de tout. Donc voilà, le plus possible, j'essaie de leur demander d'avoir un petit cahier pour que je suive un peu le cheminement des examens, telles ou telles explorations à tel moment, rendez-vous programmés etc... » Enquêteur : « Et dans ce petit cahier, vous marquez vos passages avec vos observations ? » Dr H: « Oui. » Enquêteur : « Il y a d'autres choses qui sont marquées ? » Dr H: « Oui, il y a les infirmières par exemple quand elles passent à la maison pour faire des soins, elles me transmettent les transmissions » Enquêteur : « Et à part ces transmissions entre médecin et infirmières, il y a le listing des antécédents, les allergies ? » Dr H: « J'essaie oui. En première page. J'essaie de mettre ça. »
- Dr K: « je veux absolument qu'il y ait un cahier de transmissions. Alors transmissions, c'est quand même... Il peut ne pas y avoir effectivement, j'en ai certains qui n'ont pas d'infirmier ou d'infirmière, mais dans ce cas-là il y a toujours quand même des notes. Je laisse des notes sur place. Ça permet, comme j'ai du mal parfois à me déplacer en urgence puisque je suis trop pris, donc ça permet au médecin éventuellement d'urgence ou de garde de consulter quand même ça. » Enquêteur : « Et ce cahier, il n'y a que des transmissions ou il y a quand même une page avec les antécédents, les allergies, les choses comme ça ? » Dr K : « Ça dépend. En général, si j'ai le temps, je remplis tout. Mais il n'y a pas tout. »
- Dr O: « ils ont tous un carnet où il y a possibilité d'avoir leurs antécédents et leurs traitements habituels et le suivi : je suis passé tel jour à telle heure, je l'ai vu pour le renouvellement, le motif de la visite quoi. » « le mode de vie du patient parce que souvent... Vu que j'ai bossé à SOS, je vois à peu près la problématique : tu arrives, ce papi là, si je pars, est-ce qu'il y a quelqu'un...? Comment ça se passe en temps normal ? [...] Est-ce qu'il y a un passage ? Les aidants, les infirmières, la toilette... Comment sont gérés les actes de la vie quotidienne ? Est-ce que c'est

quelqu'un qui est isolé ou est-ce qu'il faut rappeler quelqu'un pour comment savoir comment ça se passe ? Donc l'aidant principal, souvent j'ai le numéro de téléphone qui est inscrit et... qu'est-ce que... Mon premier sujet de thèse, c'était sur les limitations thérapeutiques donc je suis assez à l'aise avec ça. Souvent, je les écris noir sur blanc et j'en ai déjà parlé avec le patient. »

Globalement, les éléments composant les dossiers laissés à domicile étaient les suivants (cités spontanément et par ordre de fréquence décroissante) : observations médicales, courriers des médecins spécialistes et comptes-rendus d'hospitalisation, antécédents, résultats biologiques, liste des médicaments, dernière et/ou anciennes ordonnances, transmissions entre médecins et infirmiers, allergies, directives anticipées, personne de confiance, aidant principal, mode de vie.

D'autres médecins ne laissaient pas, de leur propre initiative, de données à domicile, parfois temporairement, parfois par choix :

- Dr E: « Ça va être parfois le temps de la transition, c'est-à-dire le patient qui est toujours venu au cabinet et qui perd en autonomie donc on s'oriente vers un suivi à domicile. Les 3-4 premières visites, le temps que j'ai encore espoir qu'il puisse revenir au cabinet, je ne mets pas trop de matos à la maison, en expliquant au patient que c'est quand même mieux au cabinet. Et puis il y a un moment d'évidence où il ne peut plus aller au cabinet et là on met en place soit avec les infirmiers un dossier infirmier, soit chez certains c'est une chemise en carton avec des papiers, avec des feuilles blanches que je remplis et je mets les courriers, les résultats des bilans... »
- Dr J: « Ceux qui sont pris en charge par les infirmières, ils ont un classeur, avec les doubles des lettres, les antécédents, le traitement donc ça c'est sûr que ça aide. Mais c'est rare que je laisse à domicile... Je l'ai eu fait de laisser, de prendre un dossier vierge, mais sans tout marquer parce que je juge que je ne dois pas tout marquer au cas où ils le lisent. Je l'ai eu fait et puis j'ai arrêté parce qu'une ou deux fois, on ne savait plus où était le dossier, ça prend cinq plombes à chercher... »

Certains médecins utilisaient, exclusivement ou en complément du dossier laissé à domicile, un dossier papier qu'ils transportaient lors de leurs visites :

- Dr F: « Souvent, c'est le truc de l'infirmière où il y a une partie médicale que je tiens à jour quand j'y vais. Et après, j'ai une partie de leur dossier. J'ai un dossier papier où là il y a les examens que j'ai fait, etc... » Enquêteur: « Que tu transportes... » Dr F: « Que je transporte en visite. »
- Dr L : « je fais les visites à domicile avec les dossiers médicaux des patients. On a les dossiers papiers aussi en double. Et du coup, en général, pour mes patients à moi, j'ai ça (parlant d'une fiche de synthèse issue du logiciel médical). Je m'imprime ça systématiquement avant d'aller à domicile. Donc j'ai les éléments du cabinet. » « Ça reste dans le dossier papier pour les visites donc ça y est toujours, je ne le réimprime pas à chaque fois. » Enquêteur : « Que vous transportez... » Dr L : « Oui. » Enquêteur : « vos patients, ils n'ont pas de résumé de leur situation à domicile ? » Dr L : « Non. »

Deux médecins demandaient à leurs patients ayant un dossier médical à domicile ou un dossier de soins infirmiers de l'apporter s'ils allaient aux urgences. Un autre médecin le mettait avec son courrier si le patient n'était pas bien connu des urgences. La crainte que le dossier médical soit perdu était souvent rapportée :

- Dr A : « En espérant qu'ils ne me le perdent pas. Je serre les doigts pour qu'ils ne me le perdent pas. Souvent, ils le perdent. Donc je suis obligé de refaire le dossier médical en entier. »
- Dr C : « c'est pas forcément un truc qui va les suivre. Sinon on ne le revoit pas souvent. »
- Dr F: « Non, souvent il reste à la maison. Sinon il ne revient pas. »
- Dr I : « Ça dépend parce qu'en fait à la fin, les patients ils ont déjà fait plusieurs allers-retours. S'ils sont connus, je fais un mot. Mais il y a des fois où je mets tout, pour qu'ils voient l'évolution.

- Mais bon j'évite pour ne pas que ça se perde quoi, parce que ça se perd. »
- Dr K : « je leur demande souvent de l'amener. Je mets le courrier dessus et je leur dis d'apporter le cahier, qu'il y ait des éléments pour le médecin. » Enquêteur : « Et il revient en général le cahier ? » Dr K : « Jusqu'à ce jour oui. »

3.4.2. Pour les patients suivis en consultation au cabinet

Tous les médecins interrogés utilisaient un logiciel médical à leur cabinet pour gérer les dossiers médicaux. Les logiciels médicaux utilisés étaient : Weda, Crossway, AlmaPro, AxiSanté et Hellodoc (avec une nette prédominance pour ce dernier).

3.5. Rédaction du courrier médical d'adressage aux urgences

3.5.1. Support de rédaction du courrier médical pour un adressage depuis le domicile

Lors d'une visite à domicile d'une personne âgée débouchant sur un adressage aux urgences, les praticiens rédigeaient le courrier médical de manière manuscrite en règle générale. Le support utilisé était constamment l'ordonnancier.

Deux médecins rédigeaient parfois le courrier juste avant la visite, à l'aide de leur logiciel médical, s'ils savaient pertinemment qu'ils allaient adresser leur patient aux urgences :

• Dr J : « Si je sais que je pars pour une hospitalisation, ah oui oui, même le bon de transport je vais tout faire ici avant. »

Un médecin expliquait qu'il pouvait être parfois amené à rédiger le courrier médical après la visite donc depuis son cabinet avec le logiciel s'il était pressé par le temps :

• Dr L : « des fois ça arrive quand je suis un peu à l'arrache, je rentre, je finis le courrier là et puis je le faxe d'ici donc là tout apparaît. »

3.5.2. Support de rédaction du courrier médical pour un adressage depuis le cabinet

Tous les médecins utilisaient leur logiciel médical pour rédiger le courrier lorsqu'ils étaient au cabinet sauf un seul médecin qui le rédigeait parfois de manière manuscrite :

• Dr I : « j'essaie de faire avec le logiciel mais je suis obligé de tout réécrire. Donc plutôt l'outil informatique, mais ça peut être manuscrit aussi. »

3.5.3. Avantages et inconvénients des supports de rédaction du courrier médical

Aucun praticien n'a évoqué d'avantage à écrire le courrier de manière manuscrite.

Certains praticiens ne voyaient ni avantage ni inconvénient à cette rédaction à la main par rapport au format dactylographié. Certains évoquaient :

- une durée de rédaction identique :
 - Dr A : « Les deux, c'est équivalent. »
- une quantité identique d'informations transmises excepté pour les antécédents qui pouvaient être plus limités avec l'écriture manuscrite :
 - Enquêteur : « Vous disiez peut-être plutôt un peu plus succincte à domicile qu'au cabinet ? » Dr L : « Sur les antécédents. Le reste, c'est pareil. »
 - Dr N : « J'essaie de transmettre le maximum que je puisse transmettre des deux façons. »
- le caractère non gênant ou pénible d'écrire à la main :
 - Dr J : « Non, j'essaie juste d'être lisible (rires). Non ça ne me pèse pas non. »
 - Dr M : « Même en manuscrit ça ne me pose pas de problème. »

En revanche, certains praticiens trouvaient que l'écriture à la main au domicile des patients présentait des inconvénients alors que le format dactylographié avait de nombreux avantages. Il a été rapporté :

- une durée de rédaction majorée pour le format manuscrit :
 - Dr D : « ça va beaucoup plus vite sur l'ordinateur qu'à la maison, ça c'est sûr »
 - Dr O : « C'est sûr que le temps passé à la rédaction manuscrite du courrier est chronophage. C'est clairement ça qui prend du temps. »
- une disponibilité limitée des informations en lien avec le fait d'être au domicile du patient et de ne pas avoir accès au logiciel médical :
 - Dr F: « Quand c'est des patients qu'on voit régulièrement à domicile, on a un vrai dossier. Quand c'est des patients qu'on voit en aigu à domicile, là il peut manquer des choses parce que je ne vais pas connaître par cœur tous les antécédents. Et du coup, je vais faire avec ce dont je me souviens et l'ordonnance. Ça peut être moins précis à domicile que si je le fais ici avec le patient qui vient au cabinet. »
 - Dr G : « les patients qui sont suivis au domicile, comme moi je n'ai pas de logiciel qui suit derrière, je n'aurais pas forcément toutes les informations au niveau de leurs antécédents, donc je vais noter les principaux »
- l'intégration automatique avec le logiciel médical de certains éléments du dossier dans le courrier :
 - Dr B : « Il a au moins la grande qualité de reprendre automatiquement les antécédents, intolérances, allergies, etc... Et c'est très facile d'inclure la dernière ordonnance. »
 - Dr E : « On a des fiches de synthèse avec les antécédents principaux, le traitement en cours, donc c'est quand même très pratique. » Enquêteur : « Donc il vous sort un courrier prérempli avec les antécédents, le traitement de fond...? » Dr E : « Oui, et moi je remplis les éléments factuels. »
 - Dr O: « c'est très simple, tous les antécédents sont inscrits. En un clic, ça reprend tous les antécédents, ça reprend la dernière fiche de traitement. Tu mets le motif. Là c'est d'une fluidité déconcertante vu que tu as le support informatique et que tous les courriers sont préconfigurés. »
- un possible manque de rigueur lors d'une rédaction manuscrite et donc un risque d'oubli d'informations :
 - Dr O: « des fois, perdu dans le flot des symptômes tout ça, tu peux manquer un peu de rigueur et de systématisation. Il peut y avoir une perte d'informations qui paraissent évidentes pour celui qui reçoit. Mais qui, pris dans le feu de l'action, tu fais le courrier, machin, et merde j'ai oublié de lui mettre ça. »
- le caractère pénible d'écrire à la main ou une possible difficulté de lisibilité :
 - Dr F: « C'est beaucoup moins bien écrit. »
 - Dr H: « C'est un peu chiant oui, c'est un peu casse-pieds. »
 - Dr I : « À domicile, c'est un peu à l'arrache parce qu'on n'est pas commode. T'es jamais tranquille

sur ton bureau, t'es au bord du lit, écrire au bord du lit, écrire accroupi, écrire sur un coin de table. Ce n'est pas que c'est désagréable mais ce n'est pas commode donc la lettre est écrite en conséquence quoi. » « C'est chiant, c'est une tâche quoi. J'écris mal. J'écris mal et vite. »

- une conservation plus simple dans le dossier médical du courrier dactylographié :
 - Dr H: « surtout, je sais que j'aurai une trace. Le courrier manuscrit, il va partir avec le patient. J'essaie de prendre le duplicata en général vu que c'est sur un ordonnancier mais c'est pas toujours évident. » Enquêteur: « Pour le scanner après ? » Dr H: « Oui mais ça ne rend pas grand-chose en fait. Ou alors je mets un petit résumé après dans le dossier au cabinet. »

Les avantages du courrier dactylographié permettaient pour la plupart des praticiens de rédiger un courrier avec :

- une quantité majorée d'informations transmises (notamment sur les antécédents comme dit précédemment) :
 - Dr E: « au cabinet, c'est plus systématique avec l'informatique. C'est pas tant la réflexion qui est efficiente au cabinet, c'est la disponibilité de l'information qui est déjà préremplie sur le papier quoi. » Enquêteur: « Vous marquez plus quels types d'éléments du coup? » Dr E: « Traitement à jour, les antécédents... Au cabinet il y a les courriers les plus importants, dernière épreuve d'effort, les trucs comme ça... C'est un clic et puis on le joint au courrier »
 - Enquêteur : « Pour la quantité, vous disiez qu'il y en a peut-être un peu moins à domicile qu'au cabinet ? » Dr K : « Peut-être, notamment sur les antécédents. Oui bien sûr puisque c'est automatisé donc on peut oublier les antécédents plus facilement. »
- une qualité d'informations transmises plus satisfaisante :
 - Dr D : « c'est plus qualitatif au cabinet il me semble »
 - Dr O: « Je perds à domicile parce que tu vas plus à l'essentiel, parce que ça prend du temps de l'écrire. C'est mon point de vue hein. Je ne dis pas que... Mais non, tu perds en qualité parce que... parce que... parce qu'il faut tout recopier et que tu... sélectionnes. Il y a un biais d'information quand on rédige... Mais c'est ciblé, ça répond à une question. Tu adresses aux urgences ça, tac tac tac. Il a ces informations. Ils reprendront tranquillement en gériatrie mais effectivement il y a un biais d'information dans les courriers que je rédige en visite par manque de temps. »
- une meilleure exhaustivité des informations transmises :
 - Dr O : « Ce qui est sûr, c'est qu'en consultation je vais être beaucoup plus exhaustif. » « L'exhaustivité est très importante en consultation, largement diminuée en visite. »

Deux praticiens ne savaient pas configurer leur logiciel médical pour utiliser la fonction d'intégration automatique de certains éléments du dossier médical dans leur courrier dactylographié. Ils tapaient au clavier tous les éléments qu'ils voulaient écrire dans le courrier.

3.5.4. Oubli de données dans le courrier médical

La plupart des médecins reconnaissaient oublier parfois des informations utiles dans leurs courriers médicaux mais pas le même type d'information de manière répétée. S'ils considéraient que l'information manquante pouvait être nécessaire pour le médecin urgentiste, ils contactaient le service d'urgences. S'ils pensaient que l'information pourrait être utile dans un second temps lors de l'hospitalisation dans un service conventionnel, ils se mettraient en contact avec le service en question :

• Dr A: « ça peut arriver, soit par manque d'informations à domicile ou bien on oublie aussi, on oublie de mettre la personne à prévenir, ça peut arriver... On oublie de mettre euh... je ne sais

pas quoi, mais ça peut arriver. Pas des infos importantes, mais... » Enquêteur : « Des choses qui auraient pu être utiles après au spécialiste ou au gériatre ? » Dr A : « Ouais, mais après souvent on s'appelle. Donc on complète s'il faut. »

- Dr F: « Mais ça m'est arrivé de rappeler du coup aux urgences pour donner l'information. Je ne sais plus ce que j'avais oublié, une allergie ou un truc comme ça. » Enquêteur: « Mais c'est pas toujours des choses concernant le même item? » Dr F: « Non, non. »
- Dr H : « ça m'est déjà arrivé de rappeler les urgences en disant : "J'ai oublié d'écrire ça sur le courrier, tenez en compte." Mais ce ne sont pas des choses répétées. »
- Dr O: « tu te dis: je suis débile, je l'ai adressé pour ça, pour tel motif, c'est la base. Et puis tu te dis: putain je l'envoie, la famille ne va pas pouvoir être là tout de suite, ils vont avoir plein de questions. Après, peut-être qu'ils vont pouvoir appeler mais... Ou oublier de mettre le numéro de téléphone de l'aidant. Enfin des choses qui paraissent totalement évidentes quand tu reçois la personne mais que tu oublies de faire quand tu adresses. »

Quelques médecins ne pensaient pas à marquer certains types d'informations qu'ils jugeaient pourtant nécessaires, et cela de manière répétée :

 Dr E: « si on prend le temps de réfléchir sur la pratique, de se poser, oui il y a des choses que je ne fais pas systématiquement. On l'a déjà un peu évoqué avant... les aidants, la personne de confiance, tout ça... »

3.5.5. Omission volontaire de données dans le courrier médical

Certains médecins reconnaissaient parfois omettre volontairement dans leur courrier certaines informations. Ils justifiaient cette démarche pour plusieurs raisons :

- gagner du temps (sauf s'ils considéraient que l'information était vraiment importante pour le médecin urgentiste) :
 - Dr F: « Oui, si je suis vraiment à la bourre »
 - Dr J : « Ça pourrait être plus complet, mais encore une fois, là ça va prendre trop de temps quoi. » « Si je pense que c'est important, je prends le temps. »
- faciliter l'écriture du courrier :
 - Dr J : « Il pourrait y en avoir plus mais c'est compliqué. Là pour le coup, ça deviendrait contraignant et lourd quoi. »
- répondre seulement au besoin d'adresser le patient en milieu hospitalier :
 - Dr N : « Dans le courrier, on va à l'essentiel donc on ne marque pas tout. Je marque vraiment les éléments essentiels de la consultation et la motivation d'une hospitalisation quoi. »
- ne pas avouer en totalité la complexité de la situation d'un patient :
 - Dr E: « Ouais, pour qu'il soit plus sexy et pour être accepté aux urgences en quelque sorte, que le patient ait un profil plus éligible à une admission sans trop... Allez très sincèrement... Tous les médecins le font à un certain degré, tous. Je pense sincèrement mais parce que j'y suis sensibilisé parce que je travaille de l'autre côté aussi, mais je pense sincèrement le faire très peu. Mais bien sûr, quand on envoie une situation qui est complexe au domicile, on va noircir les aspects pathologiques compliqués et on va un petit peu alléger, on va recontraster un petit peu différemment le problème. Quand il y a des problèmes de maintien à domicile dont on sait que le fond n'est pas la pathologie subaiguë mais que c'est plus complexe mais qu'il faut bien un déclencheur pour l'envoyer aux urgences... Donc on va souligner l'aspect aigu de la problématique pour qu'il soit reçu aux urgences. Ça peut arriver. »

D'autres médecins affirmaient ne rien cacher dans leur courrier :

• Dr H : « Je ne sais pas mentir alors en général je le dis. J'ai un problème avec le mensonge (rires).

- Et pour moi, omettre c'est mentir. Donc en général je le mets. »
- Dr I : « Je joue franc-jeu, je ne cache rien. Et je pense que c'est bien comme ça. »

Il a également été demandé s'ils omettaient parfois de signaler des troubles mnésiques ou psychiatriques pour ne pas, possiblement, impacter négativement la prise en charge dès l'arrivée du patient aux urgences. Tous ont répondu par la négative.

3.6. Synthèse de la démarche d'adressage d'un patient âgé en milieu hospitalier et des difficultés rencontrées par les participants

Le schéma ci-dessous expose la démarche d'adressage d'un patient âgé en milieu hospitalier et les difficultés auxquelles nos participants disaient être confrontés. Les éléments en gras sont ceux qui ont été les plus souvent évoqués. Les éclairs jaunes représentent les difficultés soulevées par certains de nos participants.

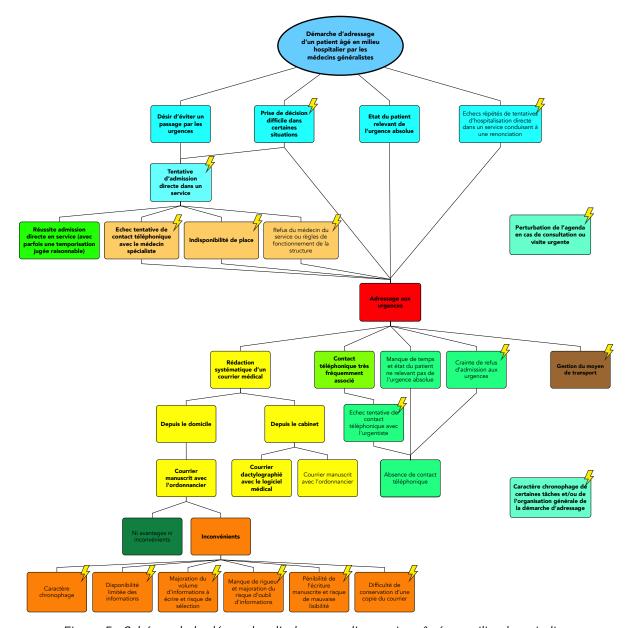


Figure 5 : Schéma de la démarche d'adressage d'un patient âgé en milieu hospitalier et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes

3.7. Alternatives au courrier médical d'adressage aux urgences

La très grande majorité des médecins considérait qu'une simple conversation téléphonique ne pouvait pas se substituer à la rédaction d'un courrier médical. Les craintes étaient la perte d'informations et la disponibilité limitée du médecin urgentiste :

- Dr A : « Le téléphone, ça se perd. Ils oublient les urgentistes. Mais c'est normal, ils ont autre chose à penser. Ils ne vont pas tout noter ce qu'on leur dit. »
- Dr H: « C'est un peu chaud parce que quand l'urgentiste écoute notre demande, il est en train de faire autre chose. Ça voudrait dire prendre des notes. Je pense que l'information va se perdre en fait. Donc le courrier est important pour moi. C'est pour ça que je fais courrier et téléphone parce que j'ai peur que les informations se perdent. »
- Dr L : « je sais très bien qu'entre l'urgentiste que je vais avoir, ça peut être l'interne qui va voir le patient, ou suivant les délais, ça peut être carrément le changement de garde. Donc du coup oui, la forme écrite me paraît nécessaire. »

L'objectif du coup de fil n'est pas le même que celui du courrier médical :

• Dr K : « Sur l'appel téléphonique, on va uniquement se concentrer sur le motif exact et qui nécessite l'hospitalisation en urgence. Le courrier détaille un petit peu plus les choses, pour creuser, pour savoir finalement quelle est l'étiologie, le traitement, etc. Donc ce sont deux choses qui, pour moi, sont différentes. »

Un médecin parlait de visioconférence avec une certaine ironie, tout en soulevant des restrictions techniques :

• Dr B : « Une télétransmission rapide, pourquoi pas. Un Skype par téléphone, ça pourrait être très sympa (rires) ! Mais voilà ici, il y a des zones blanches en couverture, c'est pas encore terrible techniquement. »

Cinq médecins ont évoqué le dossier médical partagé (DMP) mais avec un regard assez critique en l'état actuel. Trois d'entre eux souhaitaient un logiciel médical unique partagé entre la médecine ambulatoire, la médecine hospitalière (qu'elle soit publique ou privée) et les EHPAD :

- Dr E: « Que le DMP soit mieux utilisé par exemple, ça peut être pas mal. Je ne sais pas. Il y a certainement des choses à fluidifier pour le passage d'informations. » Enquêteur: « Le DMP, vous l'avez déjà utilisé ou pas ? » Dr E: « Oui, oui oui. » Enquêteur: « Assez fréquemment? » Dr E: « C'est un peu chronophage alors... Oui, il y a des patients où quand on a un peu de temps, on ouvre le DMP et puis on peut mettre des fiches de synthèse, ça c'est intéressant quand même. On a un logiciel qui élabore des fiches de synthèse, si le dossier est à jour, on met la fiche de synthèse. » « Après, ça mouline un petit moment mais on peut le faire. Des fois on le fait. » Enquêteur: « Le DMP, à l'heure actuelle, dans l'hypothèse où il soit utilisé bien plus qu'il ne l'est actuellement en France, vous pensez que ça pourrait être un moyen? » Dr E: « Un support. » Enquêteur: « Un support pour adresser aux urgences? » Dr E: « Oui. Il y a déjà un dossier et on peut rajouter... Par exemple, on a une tablette qui nous permet de lire le DMP et on veut rajouter juste un courrier en aigu. Oui je pense que le meilleur des supports ça reste celui-là. S'il y avait un support qui devait dématérialiser le courrier qu'on envoie aux urgence, je pense que ça reste celui-là. Mais bon, ça demande des connexions, ça demande de pouvoir accéder au cloud depuis chez le patient. En ville ça marchera très bien, en campagne ça marchera moins bien. »
- Dr G: « Idéalement, par rapport à si on voulait pousser plus loin dans la réflexion, moi je serais partisante pour que tout le monde ait le même logiciel, que ce soit les structures, que ce soit les cabinets de ville. Comme ça, ça réglerait définitivement le problème de la transmission d'informations. Mais voilà pour ça, il faudrait mettre à la porte beaucoup de monde. Même au-

- delà du DMP, je pense que ce serait plus simple pour tout le monde que déjà tout le monde partage d'emblée les mêmes informations. Mais c'est pas prêt d'être le cas. »
- Dr H: « Si un jour le DMP fonctionne bien, peut-être qu'on arrivera à transmettre des informations par ce biais. Et que du coup il y aura moins de choses à mettre dans le courrier parce qu'on sait que ce sera sur le DMP. Mais pour l'instant ce n'est pas le cas. » Enquêteur: « Vous l'avez déjà un peu utilisé? » Dr H: « Non. J'ai essayé de mettre à jour le logiciel médical pour que ce soit compatible pour ouvrir le DMP. Ça a tout fait planter donc j'ai lâché l'affaire. Et j'attends qu'ils créent un moyen compatible et facile pour y mettre les informations dedans pour l'utiliser. »
- Dr I: « Il y aurait oui un vrai DMP, mais un vrai de vrai quoi. Pas un truc où chacun fait son truc. C'est-à-dire que nous on a un logiciel privé en fait, chacun a son logiciel privé. Tu as Hellodoc ici, tu as Titan dans un EHPAD, je ne sais pas quoi dans l'autre, encore un logiciel je ne sais pas quoi à la clinique, et la sécu derrière qui te parle d'un DMP fictif. Oui, il y aurait moyen d'avoir un vrai logiciel. C'est politique, mais un vrai logiciel public en fait, unifié, c'est ça qu'il faudrait. »
- Dr K : « j'espère qu'on va se diriger petit à petit vers une plateforme unique de dossier médical. J'espère qu'un jour ça arrivera et donc il n'y aura plus besoin de tout ça puisqu'il y aura une plateforme unique. C'est mon espoir. » Enquêteur : « Et vous pensez que ça se fera ? » Dr K : « Je pense que ça va se faire bien sûr. On est à la première étape de ce DMP qui est nul à chier mais c'est pas grave. J'espère et je pense que tous les logiciels médicaux vont disparaître et j'espère qu'il n'y aura qu'une seule plateforme unique. On n'aura plus de courrier en papier. Tout sera directement inscrit dessus et n'importe quel professionnel pourra se connecter sur le dossier et remplir ses observations. Et donc quelqu'un qui arrive en urgence comme ça, on aura tout. »

D'autres médecins parlaient de transmettre de manière dématérialisée le courrier :

- Dr J : « Moi je trouve qu'on devrait tout faire par internet, par mail. Tout le monde a des mails, mais soi-disant que ce n'est pas sécurisé. On a forcément une boîte sécurisée, je reçois les courriers mais aux urgences on n'envoie pas par mail, vous voyez quoi. »
- Dr L: « Est-ce que ça pourrait être comme SOS où on rentre tout sur le téléphone et puis après il y a un mail automatique qui peut être adressé ? Ça pourrait. Avec le logiciel de SOS Médecins, au fur et à mesure où tu fais ton examen, tu rentres tes trucs dedans et à la fin, si tu as envie que le médecin traitant ait un compte-rendu, tu envoies par mail. Ça envoie tout directement sans que tu aies besoin de refaire un courrier. Ça, ça pourrait être un truc pas mal mais bon, ça prend le temps aussi de le remplir dans le logiciel. »

Un médecin était formellement opposé à l'idée de transmettre le courrier par mail :

• Dr A: « Le mail, merci, il faut qu'on rentre l'adresse mail, nous il faut qu'on capte à domicile. Il faut que ce soit sur messagerie sécurisée, ça veut dire que là-bas aux urgences, il faut encore qu'ils ouvrent un truc... Machine de guerre encore qui sert à rien! »

Un médecin évoquait l'hypothèse d'une plateforme connectée entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière mais avec des incertitudes :

• Dr F: « Aux urgences, on pourrait avoir un lien direct avec eux, une plateforme... Moi j'utilise récemment, depuis 6 mois, Paaco-Globule, pour être en lien avec l'équipe mobile de gériatrie. Mais on s'aperçoit du coup qu'ils ne l'utilisent pas tant que ça. Et que même si on a rempli nos trucs dans Paaco-Globule, on n'a pas de réponse parce qu'ils n'ont pas regardé. Il y a déjà ça qui est en place. Et du coup, je ne vois pas comment avec les urgences, avec tout le turn-over de personnel, comment on ferait pour avoir un seul canal de communication autre que le courrier qui part avec le patient quand personne ne le perd entre les deux. » « déjà comme ça, avec un truc soi-disant donné par l'hôpital, ils ne s'en servent pas. Je ne vois pas comment pour les urgences on pourrait mettre autre chose que quelque chose qui arrive avec le patient quoi. »

Tous les médecins s'accordaient à dire qu'actuellement, seul le courrier médical semble adéquat pour adresser une personne âgée aux urgences :

- Dr A: « Je pense que papier c'est le mieux encore. »
- Dr B : « c'est encore une des méthodes à mon sens les plus rapides pour exprimer les choses les plus importantes. »
- Dr M : « Le courrier, c'est quand même ce qu'il y a de mieux. »

Un seul médecin a évoqué spontanément l'idée de document standardisé pour remplacer le courrier médical, tout en émettant des réserves :

• Dr E : « Et je prendrais garde à ce que si on voulait formaliser ou standardiser l'adressage aux urgences, que ça ne se traduise pas par une sorte de quelque chose qui est plus lourd en fait, un process qui soit plus lourd à respecter. Je ne sais pas hein, je n'ai pas du tout réfléchi à avoir des documents standards par exemple. Oui peut-être, ça peut être pas mal. »

3.8. La fiche de liaison gériatrique d'urgence

À ce stade, l'enquêteur demandait aux participants de découvrir la fiche de liaison gériatrique d'urgence qui leur était présentée en version papier recto-verso. Il précisait simplement qu'elle avait été réalisée par un autre thésard et qu'elle avait comme objectif principal de se substituer au courrier médical. Aucune autre information n'était donnée. Pour rappel, la fiche se trouve en annexe 1.

Durant la discussion qui en découlait, l'enquêteur informait les participants que la fiche existait aussi en version PDF remplissable, modifiable et sauvegardable pour permettre une réimpression après son utilisation lors d'un passage aux urgences.

3.8.1 Compréhension du fonctionnement de la fiche

Sans explication, le fonctionnement de la fiche a bien été compris par six médecins :

- Dr C : « Ça (parlant du recto de la fiche), c'est quelque chose que tu aurais fait préalablement, en amont de l'adressage aux urgences, donc ça voilà c'est un truc qui est déjà rempli. Si je comprends bien, c'est quelque chose que tu peux déjà avoir... que tu préremplis, pas forcément juste... ouais c'est ça... en amont... »
- Dr E : « Oui c'est-à-dire que ça (parlant du recto de la fiche), ça peut rester en stand-by, être rempli, et rester à domicile pour une durée prolongée, déjà tout prêt, renseigné, comme une fiche de synthèse en fait. C'est plus des éléments propres à la gériatrie qu'une fiche de synthèse. Et là (parlant du verso de la fiche), on est dans la pathologie d'urgence. »
- Dr O: « Et ça (parlant du verso de la fiche), c'est laissé vierge. » « Et c'est fait pour le médecin, soit toi, soit SOS, soit le 15, enfin la personne qui adresse. »

Quatre médecins ont compris partiellement le fonctionnement de la fiche. La distinction était bien faite entre les renseignements du recto concernant l'état basal et les renseignements du verso en lien avec le contexte d'urgence. Mais le principe de remplir la première partie en amont de l'adressage et de laisser la fiche disponible pour le médecin qui adresserait le patient aux urgences dans le futur semblait moins évident de prime abord.

Les cinq autres médecins ne comprenaient pas aisément le fonctionnement de la fiche :

- Dr I: « Là, j'en comprends que le patient va rentrer chez lui direct, non ? Avec ça rempli par les urgences ? Oui. Non, ce n'est pas ça en fait. Alors j'ai lu trop vite... Première partie pouvant être remplie en amont de l'adressage aux urgences, ça c'est la lettre qui est adressée, c'est si je veux adresser mon patient, j'écris ça ? » « je pensais que c'était une fiche : j'envoie et on me répond. »
- Dr J: « Le fonctionnement ? Non... Quoi ? Il y a quelque chose de...? Il y a une partie plus administrative et l'autre plus médicale, vous voulez dire ? »

3.8.2. Contenu de la première partie de la fiche

3.8.2.1. Items adaptés et inadaptés

La quasi-totalité des items de la première partie de la fiche était jugée adaptée par la grande majorité des médecins. Ils commentaient surtout les items plus spécifiques aux personnes âgées, notamment :

- le cadre de vie :
 - Dr O : « Cadre de vie, vit seul, lieu de vie adapté... donc au début, c'est très très bien. C'est top. »
- la personne à prévenir :
 - Dr A : « Surtout il y a la personne à prévenir, ça c'est important. »
 - Dr O : « Je pense que c'est très bien de mettre la personne à prévenir, ce que j'oublie régulièrement de faire. »
- l'autonomie (statut cognitif et protection juridique) et les éléments de dépendance :
 - Dr C : « Tu vois, je te parlais de la dépendance, l'autonomie, pam tu l'as là. Donc ça je pense que c'est génial. C'est largement informatif quoi. »
 - Dr L : « Ça, protection juridique, c'est quelque chose que je n'ai pas pensé à noter la dernière fois. » Enquêteur : « C'est quelque chose que vous marquez habituellement ? » Dr L : « Non. Alors que ma patiente bipolaire était effectivement avec une tutelle et je n'ai pas pensé à le dire alors que ça aurait pu être nécessaire. »
- l'éthique (directives anticipées et personne de confiance) :
 - Dr A : « Éthique c'est bien : directives anticipées parce que souvent on l'oublie. Ça c'est bien. »
 - Dr B : « la personne de confiance, ça me semble intéressant pour ne pas dire important, mais intéressant dans ce contexte d'urgence »
- la fonction rénale et le poids de base :
 - Dr C : « Moi je pense que c'est fondamental. Poids de base, je ne l'ai malheureusement pas toujours en visite. Patient alité... Mais oui, une fonction rénale de base ça peut être bien cool. »
 - Dr L : « Ouais, fonction rénale. » Enquêteur : « En contexte d'urgence, ça vous semble important ? » Dr L : « S'il y a une grosse dégradation par rapport à la fonction rénale habituelle, c'est quand même bien que l'urgentiste ne se dise pas : c'est juste qu'il est vieux quoi. »
 - Dr M : « Fonction rénale, c'est très utile. Poids de base, c'est intéressant, après dans l'urgence, est-ce que c'est nécessaire ? Je ne suis pas forcément sûr mais oui c'est intéressant. Si on l'a, autant le mettre. C'est pas comme si ça allait prendre beaucoup de temps de toute façon »
 - Dr O: « quand t'as une insuffisance rénale aiguë, c'est vraiment bien d'avoir la créatinine de base » « La fonction rénale, tout à fait parce que la iatrogénie est majeure donc la fonction rénale de base ça me paraît très intéressant. » « Après, franchement le poids, je trouve que c'est vraiment très important. Parce que c'est un bon marqueur nutritionnel, patient insuffisant cardiaque tout ça. » « Je trouve que c'est vachement bien en fait de l'avoir mis entre parenthèses, comme ça, ça peut faire tilt au médecin de le préciser sans lui imposer une case que si c'est pas rempli, vous avez pas rempli. C'est assez subtile et c'est bien fait. »

Les items sur la protection juridique et la personne de confiance n'étaient pas forcément utiles à titre systématique pour un médecin :

• Dr G : « la protection juridique, moi je ne le mets pas. Enfin, je le mets qu'avec le contact, avec l'aidant, si jamais c'est un patient qui... La plupart du temps, les patients âgés que j'ai en consultation, ils sont sous tutelle ou curatelle de leurs enfants. Et donc là, je mettrais les coordonnées du tuteur ou de la tutrice parce que de toute façon du coup c'est l'aidant, le fils ou la fille qui va s'en occuper le plus, qui va le gérer sur le plan médical. Donc je mettrais : fils ou fille, le numéro de téléphone, et puis tuteur ou tutrice. Donc ça je le précise que s'il y a une mesure de protection. Et c'est pareil pour la personne de confiance, je ne vais pas l'indiquer systématiquement, je l'indiquerais que si c'est une situation de soins palliatifs ou qui peut amener à ça. »

L'item sur les directives anticipées était critiqué par un médecin :

• Dr K : « Directives anticipées, c'est : ou oui ou non hein. » Enquêteur : « Oui, c'est s'il y en a eu de faites. Non, c'est qu'il ne les a pas faites. » Dr K : « Mais souvent on ne sait pas, on peut ne pas savoir. » Enquêteur : « Si le patient les a faites sans vous en informer oui. » Dr K : « Ouais, c'est... »

Ce même médecin avait dit plus tôt durant l'entretien ne pas considérer utile de devoir luimême communiquer les directives anticipées dès l'adressage aux urgences.

3.8.2.2. Items manquants

La majorité des médecins ne rapportait pas d'item manquant dans la première partie de la fiche.

Seule l'absence d'items sur les intervenants à domicile et la locomotion était soulevée par trois médecins :

- Dr A : « on n'a pas s'il y a des aides à domicile, il manque toutes les aides à domicile. C'est ça qui va aider l'assistante sociale surtout. »
- Dr J: « il n'y a pas marqué s'il y a des aidants ou pas d'aidant. L'autonomie, on a que les troubles cognitifs c'est tout, il n'y a pas l'autonomie sur la marche ou le risque de chutes ou ce genre de choses. »
- Dr O : « il n'y a pas la quantité d'aides et les passages. C'est juste... pour être passé en gériatrie, c'est des choses qu'ils aiment bien. »

3.8.2.3. Points d'incompréhension

Les items sur l'institutionnalisation hors EHPAD (RPA...) et le caractère adapté ou non du lieu de vie, ne semblaient pas clairs pour quelques médecins :

- Dr D: « Lieu de vie adapté... À quoi ? Au patient ? Si on coche qu'il est en EHPAD, s'il ne s'y plaît pas, on met : non ? » Enquêteur : « Non, c'est que hors EHPAD. Cette fiche, le but c'est vraiment hors EHPAD, puisqu'ils ont déjà le dossier de liaison d'urgence établi. » Dr D: « Donc là, ça ne sert à rien de mettre ça ? » Enquêteur : « C'est en institution hors EHPAD, par exemple les résidences pour personnes âgées. »
- Dr K : « Lieu de vie adapté, ça ne veut rien dire pour moi. Comment définit-on lieu de vie adapté ? Je ne sais pas moi, c'est mon avis. Donc là, je ne saurais pas dire adapté ou pas adapté. »
- Dr O: « RPA c'est quoi? »

3.8.3. Contenu de la deuxième partie de la fiche

3.8.3.1. Items adaptés et inadaptés

Les items de la deuxième partie de la fiche semblaient adaptés pour les médecins.

Seul l'item sur l'heure de remplissage de cette deuxième partie ne semblait pas utile pour deux médecins :

- Dr A: « L'heure, pourquoi? »
- Dr K : « L'heure, je ne vois pas trop l'intérêt mais c'est mon avis. »

3.8.3.2. Items manquants

Aucun médecin n'a signalé d'item manquant dans la deuxième partie de la fiche.

3.8.3.3. Points d'incompréhension

Cinq médecins ne comprenaient pas l'item sur l'identification du patient à rappeler :

- Dr H : « Le patient en question, je ne sais pas pourquoi on rappelle de nouveau son âge, son nom et prénom alors qu'on l'a mis de l'autre côté. Pour moi, ça ne sert à rien. »
- Dr K : « Identification du patient à rappeler, je pense que c'est la personne de contact. »

Un médecin n'avait pas compris la formulation de l'item sur le destinataire et/ou le professionnel de santé prévenu :

• Dr G: « Destinataire ou professionnel de santé prévenu, ça c'est compliqué parce que souvent quand on adresse aux urgences, je ne demande pas systématiquement le nom de l'urgentiste et lui ne va pas me le donner systématiquement donc ça j'aurais... » Enquêteur: « L'idée de ça, ce n'est pas trop le nom de l'urgentiste mais plutôt s'il y a un spécialiste qui a dit qu'il le prendrait par exemple... »

3.8.4. Quantité d'informations de la fiche

Globalement, les médecins trouvaient que le volume d'informations demandées sur la fiche, que ce soit le recto ou le verso, était satisfaisant :

- Dr H: « Non, je trouve que c'est bien. Il y a les informations importantes, on arrive facilement à les retrouver. Non, c'est clair. »
- Dr J: « Il n'y a pas non plus des centaines d'items. »

3.8.5. Mise en page de la fiche

Le format d'une feuille unique avec les informations concernant l'état basal du patient regroupées sur une seule page semblait apprécié :

• Dr E : « C'est bien et il faut absolument que ça tienne sur deux pages, c'est le maximum. » « C'est

fondamental que ça tienne une sur une page, vraiment il faut se limiter à ça. Et avoir bien sûr la deuxième partie. »

- Dr F: « Tu as une bonne vision d'ensemble de tout le patient en une page. »
- Dr O : « Surtout ça tient sur une page A4 donc c'est vraiment appréciable. »

Il a été rapporté par la moitié des participants que certains items avaient des cadres trop petits.

Il s'agissait notamment des cadres concernant les antécédents et les traitements habituels :

- Dr A: « Traitements, il faut une plus grande case parce que souvent ça ne rentre pas. Souvent on met l'ordonnance, ça va beaucoup plus vite parce qu'autrement... Plus de 75 ans, j'essaie qu'ils n'aient pas trop de médicaments. Mais bon, il faut un truc un peu plus grand. »
- Dr H : « Alors, traitement on va peut-être vite dépasser... Parce qu'ils ont souvent pas mal de traitements, c'est souvent des patients polymédiqués. Peut-être qu'on dépassera, on joindra l'ordonnance du coup. Et antécédents, j'espère que ça suffira pour les choses importantes on va dire »

De façon plus anecdotique, un médecin critiquait le cadre sur l'adresse du patient :

• Dr E : « l'adresse patient, ça ne va jamais rentrer. »

Deux médecins pensaient que le cadre principal de la deuxième partie de la fiche serait peut-être parfois trop limité :

- Dr A : « C'est un peu petit mais bon... Après, j'écris gros. Après, c'est pas mal hein déjà. Ça dépend, il y en a où on a besoin d'écrire trois lignes, et d'autres... »
- Dr C: « Si tu mets ton hypothèse clinique, signes négatifs et positifs, ta bio, ton imagerie, c'est un peu chaud à rentrer tout ça. Après souvent, l'interrogatoire il est fait, refait, rerefait par l'urgentiste et par nous tous donc peut-être que... Mais moi souvent je gratte donc c'est peut-être un peu léger. »

Un médecin appréciait la caractère ouvert et non restrictif du cadre principal au verso :

• Dr O: « derrière c'est vachement bien, tu mets un cadre, mais tu n'es pas trop restrictif parce que je sais que chaque médecin a son style. Moi je vois surtout sur ce cadre là, donc je pense que c'est bien de ne pas avoir mis les choses en systématique. Il y en a qui à chaque fois font quelque chose d'adapté à la pathologie du moment donc tu ne peux pas... Soit tu es trop exhaustif, soit tu ne l'es pas assez donc je pense que c'est bien de laisser libre. »

3.8.6. Lisibilité de la fiche

Les praticiens ne remettaient pas en question la lisibilité globale de la fiche pour le médecin urgentiste :

- Dr M : « Si j'étais urgentiste et que je voyais ça, je serais content quoi. »
- Dr O : « Ben c'est très clair. Je te dis, je suis agréablement surpris parce qu'en une feuille A4, tu as tout. »

Par contre, deux praticiens trouvaient que la compréhension de la différence entre les deux parties n'était pas évidente :

- Dr C: « Je pense qu'il faut vraiment que ce soit un petit peu plus lisible cette histoire d'amont, en amont de l'adressage aux urgences. Parce que le mec qui le reçoit... Toujours pareil, on t'apprend toujours à lire du début à la fin mais ça je pense qu'il faudrait vraiment que ce soit un petit peu plus marqué : en amont de l'adressage. Et puis derrière : paf, voilà mon motif d'adressage aux urgences. Tu vois, que ça frappe quoi. »
- Dr H : « ça a cafouillé un peu là pour moi le début de la deuxième partie. C'était pas clair que

c'était du coup au moment de l'adressage. Pourtant c'est marqué mais... Je ne sais pas trop comment il faudrait le faire apparaître pour que ça soit un peu plus clair parce que j'ai mis du temps à comprendre en fait. » Enquêteur : « Les en-têtes, ce n'est pas clair du tout ? » Dr H : « Ça ne m'a pas paru clair mais peut-être parce que j'ai voulu aller vite et que je n'ai pas tout lu. C'est possible. Mais après quand on lit : deuxième partie à remplir au moment de l'adressage, alors qu'avant c'était marqué : à remplir en amont, en fait c'est clair. C'est petit peut-être. Peut-être que ça ne saute pas aux yeux [...] Peut-être le mettre en évidence. »

3.8.7. Avantages estimés de la fiche

Les praticiens exposaient de multiples avantages en s'imaginant utiliser la fiche à la place du courrier médical habituel. Ils évoquaient :

- une limitation du risque d'oubli d'informations à transmettre au médecin urgentiste :
 - Enquêteur : « Est-ce que pour vous, cette fiche peut diminuer le risque d'oublier certains éléments ? » Dr I : « Oui, vu que c'est carré, forcément. C'est des rappels à l'ordre. »
 - Dr L : « Ça peut nous éviter d'oublier des trucs. »
- une majoration de la transmission d'informations au médecin urgentiste :
 - Dr L : « Il part avec un peu plus de données quoi. Parce qu'effectivement si c'est mon patient à moi, a priori il part avec tout entre guillemets. Si c'est un patient que je vois en garde, c'est vrai qu'il y a une grosse partie où je ne vais pas prendre forcément le temps d'aller chercher ces choses-là. »
 - Dr M : « je ne marque pas forcément tout ce qui est là. Mais tout est quand même bon à prendre. Donc c'est très bien ça »
- une standardisation et une harmonisation de la transmission d'informations :
 - Dr B : « C'est très bien, ça va dans le sens de l'ère de la protocolisation et de la communication »
 - Dr E : « Ça systématise les informations qu'on transmet avec plus ou moins de rigueur quand on adresse un patient. »
 - Dr J : « globalement, c'est bien, au moins c'est cadré. Il suffit juste de le remplir. » « Et l'avantage c'est d'être un petit peu normalisé pour tout le monde quoi. Moi j'ai fait longtemps du SAMU, on avait des fiches de SAMU. Pam, pam, pam, pam. Non c'est bien. »
- une utilité notamment pour les professionnels de santé du service d'urgences :
 - Dr G: « Pour les urgences, et notamment les urgences qui ne connaissent pas le patient, c'est parfait. »
- la fiche comme support pour laisser des informations à domicile de manière plus claire et plus exhaustive que certains dossiers médicaux, notamment chez les patients mal connus des médecins remplaçants ou de n'importe quel médecin se déplaçant en urgence :
 - Dr F: « Et c'est pas mal parce que, quand on a des remplaçants, quand on va voir les patients d'autres praticiens du cabinet, si ça c'est rempli, on gagne un temps fou. » « Il y a cette référence sur son état. »
 - Dr L: « Effectivement, sur mes gardes, des fois c'est pas simple. Quand c'est mes patients, voilà.
 Mais quand c'est des patients de garde, je n'ai pas forcément autant de renseignements à pouvoir donner. »
 - Dr M : « c'est super bien fait. Parce que c'est vrai que les patients n'ont pas toujours leur dossier bien clair. »
 - Dr O : « Et surtout, surtout, surtout, je me mets dans la peau d'un médecin de SOS, si les patients avaient ça, ce serait un gain et une qualité de prise en charge qui seraient majorés de façon assez importante. »
- un remplissage non contraignant de la fiche :
 - Dr E : « Je parlais qu'il ne fallait pas tomber dans la lourdeur si on doit faire un document type mais non, là c'est bien. »

- Dr M : « il n'y a pas besoin de penser à tout mettre, il y a juste à regarder, à remplir et à cocher. Non, c'est très bien fait. »
- un gain de temps lors de l'adressage :
 - Dr A : « Si c'est rempli en amont, ça peut gagner du temps. C'est plus agréable pour tout le monde. »
 - Dr J : « Je pense que ça peut permettre de gagner du temps déjà, parce que s'il y a des choses déjà remplies, on n'aura pas à remplir. »
 - Dr O : « Ce qui est très intéressant là-dessus c'est que tu gagnes le temps de recopiage de quand il doit être adressé. » « En fait, ça nécessite un investissement au tout début en remplissant le PDF mais par contre, ça fait un gain de temps et tu te remercies le jour où tu dois hospitaliser en urgence. »
- un gain de temps global, même en incluant le temps à passer pour remplir la première partie de la fiche en amont de l'adressage :
 - Dr C : « Gagner du temps bien sûr. » Enquêteur : « Il faut quand même faire l'effort au début de le remplir... » Dr C : « Ouais mais tu le fais une fois. C'est comme nos observations. Tu fais une observation la première fois, bien carrée, tu vas au bout des choses. Après derrière, tes patients tu les revois, tu as déjà tout organisé. Tu n'es pas obligé de revenir à chaque fois dessus. »
 - Dr H: « Mais ce n'est pas perdre du temps que d'organiser les choses. Ça prend un peu de temps oui mais c'est pour en gagner au moment d'une urgence. »
 - Dr M : « Ah oui ça peut bien faire gagner du temps. » Enquêteur : « Au moment de l'adressage sûrement. Après la première partie, il faut quand même le faire en amont... » Dr M : « Si, si si. Parce que toute cette partie là (parlant de la première partie), il faut quand même qu'on la remplisse... »
- une incitation à réévaluer certaines choses et à discuter des directives anticipées avec les patients :
 - Dr O: « ça permet de se dire: "Mince, ça fait combien de temps que vous n'avez pas été pesé?" » « Je trouve que le fait de l'écrire (parlant du traitement habituel), [...] ça force quand même à se reposer la question de chaque médicament et pourquoi pas faire un nettoyage d'ardoise qui chez les patients de plus de 75 ans est vraiment important. » « Avantages, c'est que c'est clairement précisé: éthique et directives anticipées. Donc ça force le médecin traitant à se questionner sur cette chose. Il y a des gens qui ne sont pas très à l'aise avec donc ça permet déjà d'aborder la chose. »

3.8.8. Inconvénients et risques estimés de la fiche

La majorité des praticiens ne trouvait pas d'inconvénient ou de risque majeur à utiliser cette fiche en remplacement du courrier médical habituellement rédigé :

- Dr C : « Risques, je crois que le mot est... Inconvénients... non je n'en vois pas. »
- Dr E : « Non, non, c'est les mêmes items. Est-ce qu'il y aurait une perte de chance ? Au contraire, je ne pense pas. »
- Dr F: « Non. Pour l'urgentiste, je pense qu'il serait bien content s'il avait ça de tous les médecins déjà. De toute façon, je pense qu'il ne court pas de risque. Au contraire il va arriver avec ses antécédents notamment et les allergies. »

Deux praticiens pensaient que le remplissage intégral de la fiche lors de l'adressage prendrait peut-être plus de temps que d'écrire un courrier :

- Dr G : « Je ne suis pas sûre que je mette moins de temps à remplir une fiche détaillée. » « je pense que ça me prendrait peut-être même plus de temps de remplir une fiche descriptive comme ça que de faire mon courrier d'adressage habituel. »
- Dr K : « Ça mettra le même temps. Et encore, ça sera peut-être plus chronophage »

Ce dernier praticien insistait sur le fait qu'un remplissage de la première partie en amont ne présenterait aucune rentabilité globale par rapport au temps passé :

• Dr K : « Vous me demandez de remplir pour chaque patient de plus de 75 ans cette fiche donc oui, ça me fera perdre du temps puisque je vais devenir redondant par rapport à mon dossier médical. » Enquêteur : « Par contre vous le recopiez quand même sur votre courrier médical le jour où vous adressez... » Dr K : « Oui bien sûr je recopie. Mais ça me ferait perdre du temps parce que statistiquement, par rapport au nombre de patients que j'ai de plus de 75 ans, et vu le nombre de patients que je peux éventuellement hospitaliser, la rentabilité par rapport au travail fourni est très faible je pense. C'est mon avis. » « c'est vraiment le côté chronophage, le côté où il faut que le patient ait ça déjà chez lui. Quand on dit chronophage, c'est chronophage en amont pour pouvoir le remplir. Je ne sais pas moi, 300 patients qu'on peut avoir de plus de 75 ans, il faut qu'on fasse 300 fiches potentiellement. Il faut extraire les données du logiciel médical, qu'on les remplisse, qu'on dise : "gardez ça chez vous", qu'à chaque fois qu'on change un traitement chez un patient on pense à renseigner la mise à jour du traitement médical. Donc voilà, le travail en amont pour moi est beaucoup trop chronophage et pénible pour que ce soit intéressant pour moi. Voilà le gros inconvénient. Et sur le moment, ben oui sur le moment effectivement, s'il n'y a plus que ça à remplir, par rapport au courrier, oui ça peut être éventuellement utile. Mais pour moi, c'est le travail en amont qui est trop important. »

Ce même praticien ne partageait pas l'avis d'autres médecins sur certains avantages qu'ils avaient estimés. Il évoquait :

- une absence de limitation du risque d'oubli des informations à transmettre au médecin urgentiste, du moins pour les plus importantes :
 - Dr K: « Pour moi, les seules choses importantes non. Parce que quand on fait un courrier, on essaie de préciser les choses importantes. Pour moi si on est dans le contexte de l'urgence, de la prise en charge de l'urgence, pour moi, non c'est pas... »
- un remplissage contraignant de la fiche :
 - Dr K : « Pour moi, ça me ferait suer de le remplir royalement. Je ne l'utiliserais pas. Je pense que je ne l'utiliserais pas parce que c'est encore plein de trucs à cocher, à remplir, etc... » « moi ça ne me simplifie pas la vie en fait »

Les deux praticiens qui émettaient des réserves sur un réel intérêt du système de la fiche affirmaient qu'il serait plus utile d'avoir un système national de partage d'informations :

- Dr G: « Mais, voilà, moi j'en viens à mon monde idéal. C'est sûr que si déjà d'emblée tout le monde partageait le même outil, ce serait beaucoup plus simple. Parce que là en fait, j'ai plus l'impression qu'on va vers un système où on cumule les outils. C'est-à-dire qu'on a le DMP pour ajouter des courriers, on a notre propre logiciel, l'hôpital a son propre logiciel. On commence à peine à voir arriver, heureusement, des courriers transmis par voie numérisée. »
- Dr K : « Pourquoi pas mais... après c'est mon avis attention, mais moi je ne vois pas l'intérêt. Je ne vois pas l'intérêt d'autant que j'espère qu'on va se diriger petit à petit vers une plateforme unique de dossier médical. »

Certains praticiens se sont exprimés sur la potentielle problématique du secret médical lorsque des informations médicales étaient laissées au domicile des patients :

• Dr E: « Effectivement, on a des données pour le coup très précises et un peu sensibles sur le patient. Il faut sensibiliser le patient à ne pas le montrer à n'importe quelle démarcheur qui vient à la maison quoi. [...] Tu as une concentration des informations sensibles qui caractérisent le patient effectivement. Pour les circuits médicaux, je ne vois pas où ça pourrait être préjudiciable. C'est pour la vie privée du patient, parce qu'ils ont des auxiliaires qui passent, ils ont du monde qui passe dans la maison quoi. [...] Comment faut-il faire pour sensibiliser le patient ? Ne pas le laisser... En gros, le principal truc, c'est les démarcheurs et les auxiliaires de vie. Les auxiliaires de vie, on ne les connaît pas bien, c'est un métier qui s'est vachement développé, on ne demande

quand même pas des tonnes de formation, je ne sais pas s'ils sont très sensibilisés au respect de la vie privée du patient. J'imagine que oui un peu mais qu'après on peut... »

- Dr H: « J'essaie déjà de laisser des informations donc non ça ne change rien. »
- Dr I: « Le secret médical pour les gens qui arrivent à la maison et qui tombent dessus... C'est toujours pareil, c'est pour ça qu'on ne met pas trop les courriers au patient chez lui, qu'il n'y ait pas des mal intentionnés hein. Il y en aura toujours. Bon après, on n'est pas là pour enquêter mais... Ça, on ne sait pas. Le secret médical qui doit être conservé... Quand tu prends le risque de laisser un truc à la maison, le secret médical il est rompu quoi. Donc tout dépend, c'est au cas par cas. » « Chez un dément, si tu as une nouvelle femme de ménage qui arrive : tiens il est dément lui, bon bah c'est bon hein... Enfin, les femmes de ménage, les pauvres, j'en sais rien, n'importe qui, peu importe... »
- Dr O : « Concernant le secret médical, le patient le met avec son ordonnance donc non, je ne vois pas de problématique. »

3.8.9. Actualisation de la fiche

La question de l'actualisation régulière de la fiche, notamment pour les données les plus susceptibles de varier (antécédents et traitements habituels surtout), a été discutée. Il n'y a pas eu d'idée évidente et unanime de la part des participants pour solutionner cette problématique.

Certains médecins évoquaient une mise à jour nécessaire régulièrement :

• Dr F: « Ça dépend de la date de remplissage. C'est sûr que si ça date de 2 ans ça peut être compliqué. » Enquêteur: « Pour ajouter des antécédents ou modifier les traitements, tu penses que c'est une fiche qu'il faudrait reconsidérer tous les combien? » Dr F: « Tous les 3 mois. Je dirais même à chaque fois que tu le vois. » Enquêteur: « À chaque fois qu'il y a une modification? » Dr F: « Oui oui, la reconsidérer à chaque fois que tu le vois et changer dès qu'il y a un changement. » « Au niveau des traitements effectivement, on ne pourra jamais avoir un système en figeant à un temps t qui puisse leur permettre de savoir exactement ce qu'il a pris la veille chez lui. Mais ça leur donne quand même une bonne indication de ce qu'il a habituellement. Non, le risque c'est que ce ne soit pas à jour. Comme il y a la date de remplissage de la fiche, tu sais aussi de quand ça remonte. Tu t'en méfies ou tu ne t'en méfies pas mais... »

Pour ce même médecin, la problématique de la mise à jour se rencontrerait surtout pour les patients suivis en visite à domicile :

• Dr F: « Pour ceux qui viennent au cabinet, ça c'est parfait. Tu tiens beaucoup plus à jour. À domicile, c'est toujours le problème du papier qui est plus figé. » Enquêteur: « Pour les patients à domicile, on peut quand même remplir au cabinet, et enregistrer le recto. » Dr F: « Oui mais du coup... [...] Si toi tu modifies, il faut quand même le ramener. » Enquêteur: « Ah oui, sur une consultation suivante ou... » Dr F: « Il y a toujours un décalage avec le papier. Mais je pense que ça peut quand même... »

Un participant faisait part d'une expérimentation d'un outil de coordination à domicile où les mises à jour n'étaient pas bien faites :

• Dr B : « Si ce n'est qu'il faut déjà prendre le temps de remplir ceci en amont, et de réactualiser les traitements et les antécédents de façon régulière. Ça doit faire partie d'un... J'avais fait partie d'un groupe de... comment dire... d'un groupe de réflexion sur la présence d'un cahier de coordination infirmier ou médical au domicile, quelque chose qui pouvait remplacer le sacro-saint Clairefontaine avec le stylo dedans, chez papi mamie. Disons que ça n'a pas abouti. L'idée était

assez proche somme toute, en faisant apparaître toutes les choses d'origine et le cahier suivait la personne au fur et à mesure de ses pérégrinations. Donc il était censé aller à l'hôpital aussi. Évidemment, vous pensez bien que le cahier ne revenait jamais, qu'il fallait... voilà, que tous les intervenants ne prenaient pas nécessairement le temps de remettre à jour par écrit etc... »

Certains participants pensaient plutôt joindre la dernière ordonnance le jour de l'adressage et ne pas remplir le cadre sur les traitements habituels :

- Dr L : « Pour le traitement, j'aurais tendance de toute façon à émettre une ordonnance parce que je n'aime pas réécrire et puis suivant les ordonnances, il y en a... voilà quoi, ils ont des doubles listes. Donc oui, moi j'aurais tendance à ne pas forcément remplir mais à rajouter, à joindre... »
- Dr M: « Après juste, sur les traitements habituels avec posologies, moi je mettrais: cf. ordonnance quoi. » « Surtout que ça peut changer d'un moment à l'autre. » Enquêteur: « Si ça avait été mis sur le verso, le problème c'est que si c'est un autre médecin et qu'il n'y a pas l'ordonnance disponible, ça veut dire que l'urgentiste n'aura vraiment aucun traitement, ni récent ni passé. » Dr M: « C'est bien de le mettre hein. Mais s'il y a une modification récente de traitement, que le patient a des troubles cognitifs et qu'il ne peut pas l'expliquer, que le médecin qui arrive n'a pas trouvé l'ordonnance... J'imagine que ça ne peut pas poser des gros gros problèmes non plus mais... Moi je pense que c'est mieux quand même d'avoir toujours l'ordonnance. Mais bon à défaut, c'est très bien d'avoir ça si on ne peut pas avoir l'ordonnance. »

Un médecin proposait de laisser le choix entre remplir le cadre sur les traitements habituels ou joindre la dernière ordonnance :

• Enquêteur : « Pour vous, ce serait mieux de ne pas faire figurer cette case là et de bien marquer qu'il faut joindre le traitement en plus ? » Dr H : « Je ne sais pas trop. C'est quand même pas mal d'avoir tout sur la même page. Si on arrivait à joindre systématiquement l'ordonnance, super ! Mais il ne faut pas l'oublier quoi. Ou alors mettre : traitement médical à remplir ou joindre l'ordonnance. »

Un médecin appréciait la présence des traitements habituels dans la première partie de la fiche :

• Dr O: « Moi je pense que c'est très très bien de l'avoir là, parce qu'en une page A4, tu balayes tout. Donc esthétiquement parlant, je trouve ça très bien. C'est même bien d'avoir en face à face les antécédents et les traitements, ce qui permet de faire un aller-retour. Je pense que ça a totalement sa place là. »

3.8.10. Lieu de rangement de la fiche

Les médecins mettaient en garde sur le risque de ne pas trouver la fiche préremplie à domicile le jour où le patient nécessiterait d'être adressé aux urgences :

- Dr B: « je mets en parallèle, la... comment ça s'appelle... la disponibilité de tout cela, ne seraitce que parfois pour... En situation, lorsque vous êtes à domicile, vous en avez déjà certainement fait vous-même, vous vous retrouvez dans le bain, un peu dans le merdier, avec une famille affolée et des gens qui courent dans tous les sens pour aller chercher tantôt une carte vitale, tantôt un slip propre... De là, voilà, les ordonnances se trouvent souvent derrière la cafetière, pliées en dix-huit au milieu de papiers qui ont à peu près 2 ans d'âge. Voilà. "Où est le papier? Où est le papier d'adressage d'urgence s'il vous plaît madame?" "Je ne sais pas moi, je suis sa petite fille." C'est ça le truc. Il faut que le logis soit organisé, que la patiente ou le patient sache exactement où sont les choses. »
- Dr G: « au domicile en tout cas, je pense que c'est un outil qu'on peut perdre facilement »

- Dr I: « Dans l'absolu, c'est bien. Dans la pratique, il faut trouver la feuille. »
- Dr N : « il ne faut pas qu'on mette 2 heures à retrouver le papier dans le fond du placard de la patiente... »

Il leur semblait indispensable d'avoir un lieu de rangement accessible facilement et identique pour tous les patients :

• Dr B: « Il faudrait trouver un lieu commun ou quelque chose d'universellement accessible. »

Ils ont évoqué spontanément les dossiers médicaux et/ou infirmiers laissés à domicile :

- Dr B : « Alors certains ont des dossiers infirmiers ou médicaux à l'entrée de leur maison, du salon, beaucoup avec leurs médicaments et leur pilulier. Si c'est le cas, il n'y a pas de problème. »
- Dr F : « Dans leur fameux cahier là, que je leur demande de montrer aussi aux autres médecins quand ils viennent. »
- Dr G : « Si elle est très bien rangée dans le classeur des patients, ça sera très facile. »

Il a été proposé par l'enquêteur l'idée de ranger la fiche dans la pochette plastique délivrée par la pharmacie, destinée à contenir la carte vitale, la carte de complémentaire santé et les ordonnances du patient. Dans l'ensemble, les praticiens étaient assez favorables à ce lieu de rangement :

- Dr H : « En consultation, ils l'ont souvent. Et à la maison, ils ont souvent leur carte vitale làdedans. Oui, c'est une bonne idée. »
- Dr L : « Oui, souvent ils mettent leurs trucs tous ensemble, la carte et les ordonnances. Après ça dépend des patients. Oui, ça peut. »
- Dr O: « Carrément, le petit calepin du pharmacien avec la carte vitale. »

Un seul praticien ne trouvait pas cette idée satisfaisante :

• Dr I : « Avec la carte vitale, ça va s'abîmer, ça va être pire. Ça va finir par s'abîmer donc ça va être à refaire régulièrement. Pour la durée de vie, ça va être mieux dans le dossier infirmier. À voir... »

Quelques praticiens proposaient de garder une copie de la fiche préremplie dans leur pochette de visite pour pallier au risque de ne pas la retrouver à domicile.

3.8.11. Idées générales

Certains praticiens suggéraient qu'un remplissage facile voire automatique de certaines données depuis leur logiciel médical serait une fonctionnalité appréciable :

- Dr G : « Si on a un logiciel qui peut coupler la fiche et reprendre directement les informations du logiciel... »
- Dr L : « si on arrivait à faire du copier-coller, ce serait plus pratique. Puisque tout ce qu'on a déjà fait, tant qu'à faire... »

3.8.12. Réactions générales suite à la présentation de la fiche

Hormis un voire deux médecins, les autres étaient enthousiastes sur le concept. Les termes qu'ils ont employés pour qualifier positivement la fiche sont regroupés dans la figure suivante.



Figure 6 : Nuage de mots clés mélioratifs utilisés suite à la présentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence

3.8.13. Proposition d'expérimentation de la fiche

Un seul médecin n'a pas accepté d'expérimenter la fiche car il avait mis en place des dossiers à domicile assez complets et qu'il tenait à jour :

Dr A: « Parce que moi j'ai déjà tous mes trucs. Donc en fait... Je ne recommence pas mon bazar. Déjà, c'est long de mettre un dossier médical en place à la maison, enfin d'essayer de le mettre bien à jour, d'avoir bien tout dessus. Je ne vais pas recommencer chez mes patients. Désolée. » Enquêteur: « Je comprends tout à fait, comme vous avez déjà l'air très bien organisée. » Dr A: « C'est bien pour ceux qui n'ont rien à la maison. Mais voilà. Ceux qui ont... Non je ne recommence pas. »

Les quatorze autres médecins ont accepté d'essayer de l'utiliser.

Certains semblaient enthousiastes:

- Dr C : « Ok cool, super. Pas de problème. Avec grand plaisir. »
- Dr E: « Oui, ça me dit bien. »

D'autres prévenaient qu'ils n'auraient possiblement pas besoin d'adresser aux urgences un patient âgé sur la période proposée de 2 à 3 mois :

- Dr D : « D'ici 2 mois, ça m'étonnerait qu'il y en ait un qui soit hospitalisé. »
- Dr J: « Je n'hospitalise pas non plus toutes les semaines. »

Il leur était proposé de ne pas rédiger de courrier médical mais de remplir la fiche en intégralité le jour de l'adressage afin de simplifier l'expérimentation. En effet, la limitation dans le temps de l'expérimentation empêchait de leur demander de remplir la première partie en amont et la deuxième partie le jour d'un éventuel adressage aux urgences.

Cependant, certains médecins ont proposé d'eux-mêmes de remplir quand même la première partie lors d'une prochaine consultation ou visite :

- Enquêteur : « Normalement, l'état basal se remplirait en amont mais ce que je cherche à voir, c'est le remplissage du recto et du verso. » Dr C : « Dans le même temps tu voudrais ? » Enquêteur : « Si tu veux le faire en avance, tu peux mais sur 2 mois, on est assez limité en temps. Pour que ce soit celui qui ait sa fiche remplie qui parte aux urgences... » Dr C : « Je te suis. Ce que je voulais dire c'est qu'il y a des patients de plus de 75 ans qui sont peut-être plus à risque de décompenser quelque chose. Tu peux anticiper là-dessus. Tu vois, c'est ça que je voulais te dire. »
- Dr D: « À la limite, je vais les remplir et je vais les laisser chez mes patients que je vois en visite. C'est pas mal ça? » Enquêteur: « Si vous êtes motivée et que vous avez le temps, c'est l'idéal. Sinon, pour ma thèse, je demande que le remplissage du recto et du verso soit fait en même temps. » Dr D: « Parce que moi je n'ai pas beaucoup de patients justement que je vais voir à domicile. Comme ça, ça sera prêt. »

4. Analyse des seconds entretiens

4.1. Absence d'expérimentation de la fiche

Sur les quatorze médecins ayant accepté de tester la fiche, sept ne l'ont finalement pas utilisée. Parmi eux, deux n'ont pas eu besoin d'adresser un patient âgé de 75 ans et plus aux urgences.

4.1.1. Raisons de l'absence d'expérimentation

Ces médecins se justifiaient par :

- l'absence d'adressage de patient âgé durant la période d'expérimentation :
 - Dr K : « je n'ai pas hospitalisé via les urgences de personnes de plus de 75 ans. » « Du coup non, je n'ai pas eu l'occasion de l'utiliser. »
- un oubli:
 - Dr I : « la fiche m'est complètement sortie de l'esprit »
 - Dr L : « franchement ça m'était sorti de la tête » « Ça ne s'est pas présenté mais je ne suis pas sûre, enfin je suis presque sûre que j'aurais oublié, en toute honnêteté. »
- une indisponibilité de la fiche sur le moment :
 - Dr J: « Le tout, c'est d'en avoir. Le problème, c'est qu'il faut mettre tout un tas de formulaires dans la sacoche. Et je n'ai pas pensé à en mettre dans la sacoche. » « Parce qu'en fait c'est ça le souci, le souci il est là, c'est penser à les avoir sur soi. J'avais fait hospitaliser quelqu'un en me disant : j'aurais pu l'utiliser. »
- un manque de temps :
 - Dr G : « J'ai manqué de temps essentiellement. J'ai appelé et j'ai rédigé un courrier assez rapide et je suis parti après sur une autre visite. »
- une pratique très perturbée par la pandémie de Covid-19 (pouvant être responsable d'un oubli de la fiche) :
 - Dr H : « C'est juste que là, vraiment j'ai été prise de court avec l'histoire du confinement parce que j'étais plutôt partie pour l'utiliser. Mais on a été tellement secoué par cette histoire que ça a

- été un peu stressant, j'avoue. Et du coup, c'est resté dans un coin. Et j'ai zappé complètement quoi. »
- Dr I : « tout a été axé sur le coronavirus » « Ça va me servir d'excuse mais c'est vrai que j'ai pensé à tout sauf à la fiche. » « Chaque hospitalisation, la priorité a été Covid ou pas Covid quoi. Je n'ai pas pensé à autre chose. »
- une absence de mise en place en amont avec le remplissage de la première partie car les patients n'avaient pas été revus en dehors du cadre urgent (chez un médecin ayant volontairement limité ses visites pour plusieurs raisons) :
 - Dr B : « je n'avais pas eu l'occasion de les avoir revus entre-temps en visite pour le mettre en place »
- des raisons personnelles.

4.1.2. Avantages estimés de la fiche

Sans l'avoir testée, les médecins exprimaient à nouveau les avantages possibles de cette fiche :

- une limitation du risque d'oubli d'informations à transmettre au médecin urgentiste :
 - Dr G: « on n'oublie rien et toutes les informations sont dessus, et pour nous et pour les urgences essentiellement. »
 - Dr L : « ce qui est intéressant avec votre fiche à vous, c'est d'être sûr de ne rien oublier, d'être plus systématique »
- une majoration de la transmission d'informations au médecin urgentiste :
 - Dr I : « Ça peut être intéressant parce que mes courriers sont incomplets quand même. » « Ça ne me vient pas à l'idée dans une lettre d'écrire qu'il a fait des directives anticipées. »
- faciliter le travail des autres médecins :
 - Dr H : « je pense que c'est très utile pour la personne qui prend le relais, sur un jour férié, un dimanche etc... »

4.1.3. Inconvénients estimés de la fiche

Certains médecins n'ayant pas testé la fiche pensaient que ce système exigerait une certaine organisation qui nécessite d'y consacrer du temps :

- Dr B : « prendre le temps de le faire. Voilà tout. Ce n'est pas un papier comme un autre mais... Tu le sais autant que moi, moins on gratte, mieux c'est. »
- Dr G : « il faut prendre l'habitude de la remplir et de prévoir de la remplir à l'avance. » « il faudrait qu'on y pense vraiment pour une visite de routine. Et c'est vrai que les visites comme on n'a déjà pas des créneaux spécifiques pour les visites, [...] c'est assez souvent la course. »
- Dr H: « il faut prendre le temps de la remplir avant. Mais l'avantage c'est que comme c'est fait avant, on gagne du temps sur le moment dans le cadre de l'urgence. Donc c'est un avantage et un inconvénient en fait. » « ça nécessite un petit peu d'anticipation quoi »

Un médecin évoquait un investissement qui ne serait probablement pas rentable :

• Dr G: « Après, très honnêtement, pour les plus de 75 ans que j'ai à domicile, c'est quand même rare que j'ai à les envoyer aux urgences. La plupart du temps, j'essaie de programmer une hospitalisation. Je ne suis pas sûre que ce soit entre guillemets très rentable. »

Le médecin qui était le plus réticent lors des premiers entretiens considérait que la fiche constituerait un document se surajoutant aux autres et qu'elle imposerait d'écrire des éléments pouvant être communiqués par téléphone. Il pensait qu'une fiche standardisée manquait de personnalisation et serait moins percutante pour le médecin urgentiste :

• Dr K: « Après ce qui m'embête, c'est encore tous ces papiers, ces multiples papiers à faire qui peuvent rendre service, ça c'est sûr. Mais c'est encore ça. » « Moi je pense quand même que le contact direct téléphonique reste quand même l'élément essentiel. Et de toujours être obligé de tout mettre sur papier, ça déshumanise quand même pas mal la relation. Et je trouve que d'appeler le spécialiste ou d'appeler l'urgentiste et de lui expliquer la situation, je trouve ça toujours mieux. Quand ils ont une question, je trouve ça beaucoup mieux d'avoir un échange direct qu'un papier. C'est mon avis. Ça pourrait arriver en complément, je sais. Mais le complément du complément du complément, ça fait beaucoup de choses. » « Et je trouve qu'un courrier est quelque chose... une belle introduction sur la situation actuelle. C'est pour ça que la fiche que vous avez, elle est pour moi intéressante peut-être plus en complément pour ne rien oublier mais pour moi elle ne peut pas remplacer un courrier... un courrier qui explique le ressenti... Ça peut y figurer sur la fiche mais à ce jour le courrier reste quelque chose pour moi de capital et d'important. » « Je pense qu'une personne retiendra beaucoup plus facilement le contenu d'un courrier que le contenu d'une fiche. Mais ce n'est que mon avis. »

Trois médecins parlaient du changement d'habitude comme frein à l'utilisation de cette fiche :

- Dr I : « ça va être la mise en place d'un système nouveau alors que je suis ancré dans mes vieilles habitudes. »
- Dr J: « il faut que ça rentre dans les habitudes du médecin, ce qui n'est pas le cas. »
- Dr L : « C'est comme tout... Il faut se décider si oui ou non, voilà... » « il faut que j'ai un espèce de rappel pour me dire : bon allez, à partir de cette semaine je pense à remplir ça pour tous mes patients les plus âgés. C'est faisable mais c'est pas fait (rires) ! » « Le classique frein au changement ! »

4.1.4. Intérêts de la fiche pour les patients suivis en consultation au cabinet

Certains médecins n'ayant pas testé la fiche pensaient que ce système pouvait être utile aussi pour les patients suivis habituellement au cabinet. Il était rapporté :

- un gain de temps :
 - Dr H : « Oui parce que si ça a été fait avant, on gagne du temps pour le moment de l'hospitalisation. Encore faut-il le faire avant. »
- une préférence pour les fiches standardisées que la rédaction d'un courrier :
 - Dr J: « Tout ce qui est fiche d'admission, quel que soit l'âge, quel que soit le lieu où on les voit, je trouve que c'est bien. Ça peut être un adulte de 40 ans, on peut avoir une grille à remplir, c'est aussi bien. Moi je trouve ça bien. »

Il pouvait y avoir un intérêt à l'utiliser en version dactylographiée pour les patients suivis au cabinet mais préférentiellement avec un remplissage automatique de certaines données :

- Dr B: « Oui mais informatisée du coup. » Enquêteur: « Avec la version PDF remplissable ou ce n'est pas suffisant pour vous? » Dr B: « Non, ça pourrait suffire. L'idéal serait encore de pouvoir l'implémenter dans le logiciel. Feuille d'urgence, courrier d'urgence, ça ce serait top. Tu connais Hellodoc j'imagine, qui a déjà un générateur de courrier avec les antécédents. Après, je pense que le cadre de vie, enfin tous les items pourraient être préremplis en avance. En tout cas en ce qui me concerne, peut-être que je suis un gros fatigué, mais ça m'aiderait beaucoup. »
- Dr I : « Il y a des courriers préfaits mais moi je n'y arrive pas. Donc avoir une fiche synthétique où

tout est marqué, non c'est bien. Elle serait préenregistrée sur un logiciel informatique privé par exemple, ce serait parfait quoi. Mais bon ça à mon avis, c'est compliqué. Si pour chaque case, le logiciel est bien rempli avec traitement, antécédents... Si chaque chose se dispatche directement sur une fiche de manière automatique comme ça... J'imagine que ça doit être possible... Ultra pratique quoi! »

D'autres médecins ne voyaient pas d'intérêt pour les patients suivis habituellement au cabinet, étant donné que leur logiciel génère un courrier avec certaines données déjà enregistrées :

- Dr G: « Non, parce qu'honnêtement ceux qu'on voit au cabinet, comme on a déjà accès au dossier, on a la majorité des renseignements sur le dossier donc la rédaction du courrier se fait naturellement avec la reprise des antécédents via le logiciel. Donc je pense que c'est beaucoup plus utile pour les patients vus au domicile. »
- Dr L : « En faisant mon courrier dans le logiciel, automatiquement les antécédents et les informations qui sont notées dans le dossier médical du patient apparaissent dans le courrier. Et je garde ce courrier évidemment tracé dans le logiciel. Alors que si j'utilise la fiche, je peux le faire mais il va me falloir plus d'étapes. C'est-à-dire que je vais la faire de façon manuscrite et ensuite que je le scanne et que je la rentre dans le dossier du patient pour en garder une trace. » Enquêteur : « Oui c'est sûr. Après, vous pouvez aussi le faire en PDF remplissable et l'enregistrer pour chacun de vos patients. » Dr L : « Oui mais alors là ça demande des compétences que je n'ai pas pour le moment mais je peux demander aux informaticiens (rires)! » Enquêteur : « Mais après on peut faire des copier-coller depuis le logiciel par exemple des antécédents ou des traitements. » Dr L : « Oui mais voilà donc du coup ça nécessite... c'est pas impossible mais... [...] C'est déjà des consultations qui sont parfois un peu longues. Du coup rajouter une étape supplémentaire, franchement je ne suis pas sûre. Après, en visite, dans la mesure où de toute façon je vais faire le courrier manuscrit, ça va être beaucoup plus utilisable facilement en tout cas qu'effectivement au cabinet. »

4.1.5. Désir d'expérimentation de la fiche à l'avenir

Sur les sept médecins n'ayant pas testé la fiche, cinq médecins désiraient tout de même l'expérimenter à l'avenir.

Deux d'entre eux envisageaient de remplir la première partie en amont en version dactylographiée et la deuxième partie lors de l'adressage en version manuscrite. Ils comptaient laisser la fiche préremplie au domicile des patients :

- Dr B : « Je préférerais effectivement que ce soit fait en amont. Parce qu'à brûle-pourpoint... »
- Dr I : « La fiche resterait à domicile, remplie. »

Aucun des médecins ne pensait de manière certaine remplir les deux parties au moment de l'adressage.

Trois médecins restaient indécis sur la manière dont ils souhaitaient l'expérimenter.

Globalement, les médecins souhaitant tester la fiche préféraient limiter son utilisation aux patients de 75 ans et plus suivis habituellement à domicile :

• Dr B: « globalement tous les plus de 75 ans. Je serais assez large. Ceux à domicile, dans le sens où on n'a pas toujours le fameux cahier Super Conquérant qui est un formidable outil quand même... Mais c'est vrai qu'il y a assez peu de choses. »

• Dr I : « Je pense que je le ferais plus pour les plus polypathologiques. En fait, les plus polypathologiques sont ceux qui sont à domicile donc je pense que je le ferais pour ceux-la. » Enquêteur : « Donc tous vos plus de 75 ans à domicile ? » Dr I : « Oui, et j'en ai beaucoup »

Au regard des inconvénients qu'ils avaient exprimés et dans l'espoir d'un logiciel unique et partagé, les deux autres médecins ne désiraient pas expérimenter la fiche à l'avenir :

- Dr G: « Honnêtement, je ne pense pas. Comme je vous l'avais dit lors du premier entretien, j'attends qu'une chose, c'est qu'on puisse avoir un gros travail de logiciel commun surtout. » « Clairement, ce serait l'idéal de pouvoir partager les informations et aussi bien entre cabinets libéraux et avec les pharmacies et avec les structures hospitalières. Donc je pense que vraiment le gros du travail serait plutôt sur le fait de partager les informations juste en ayant chacun à chaque fois rempli dans une même base de données, pour que ce soit beaucoup plus facile et moins chronophage que de remplir et de transférer les informations sur encore d'autres moyens. »
- Dr K : « Alors je continuerai à faire mes courriers bien entendu, avec une amélioration du contenu du courrier. Il sera plus détaillé parce que votre fiche a quand même l'avantage de rappeler les éléments que doit contenir un courrier. »

4.2. Expérimentation effective de la fiche

Sur les quatorze médecins ayant accepté de tester la fiche, sept médecins l'ont utilisée. Parmi eux, quatre médecins ont rempli la première partie de la fiche en amont pour plusieurs patients (suivis à domicile) mais il n'ont pas eu besoin d'adresser un de ces patients aux urgences durant la période d'expérimentation. Les trois autres médecins ont rempli la fiche en intégralité lors de l'adressage d'un ou de plusieurs patients (vus à domicile et au cabinet) mais ils n'ont pas prérempli de fiche pour d'autres patients.

4.2.1. Version expérimentée de la fiche

La version manuscrite a été utilisée par deux médecins ayant rempli la première partie de la fiche en amont :

- Dr D : « Je les ai remplies manuellement, au cabinet, et je les ai déposées chez les patients quand j'y suis allée. »
- Enquêteur : « Tu les as remplies à leur chevet ou au cabinet avant d'aller les voir en visite ? » Dr F : « Un peu des deux puisqu'il y a des trucs que je ne savais plus notamment pour un couple de patients qui vient d'arriver ici, comme le numéro des aidants, tout ça, on n'avait pas tout fait. J'ai rempli la grosse partie des antécédents, tout ce que j'avais déjà au cabinet. J'ai fini la partie sociale à leur domicile avec eux. » « J'ai tout fait à la main. »

La version manuscrite a aussi été utilisée par les trois médecins ayant rempli la fiche en intégralité lors de l'adressage, qu'ils soient à domicile ou au cabinet :

- Dr C: « J'étais au cabinet médical, elle était au domicile avec les infirmières. Du coup, j'avais ta fiche que j'ai rempli au cabinet médical, en la sachant à domicile, pour l'envoyer aux urgences. Donc j'ai envoyé la fiche par fax aux urgences » « À la main. »
- Dr E : « Papier, à la main, chez le patient. »
- Enquêteur : « Et pour celle du cabinet, vous avez essayé la version informatique avec le PDF remplissable ou vous avez fait en papier ? » Dr N : « Papier aussi. »

La version dactylographiée a été utilisée par deux médecins ayant rempli la première partie de la fiche en amont. Ils ont créé une fiche pour tous leurs patients suivis en visite à domicile, qu'ils ont laissée chez eux :

- Dr M : « Tous mes patients de plus de 75 ans qui sont à domicile, que je vais voir en visite. » « Je les ai remplies au cabinet » « Avec le PDF. » « Je les ai laissées à domicile »
- Dr O : « Je me suis approprié la fiche parce que les quinze personnes qui sont en visite, elles ont ta feuille à domicile maintenant. » « j'ai fait ça paisiblement avec le PDF »

L'un des deux n'a pas pensé à sauvegarder les fiches préremplies en format PDF.

4.2.2. Contenu expérimenté de la première partie de la fiche

Les items de la première partie de la fiche ayant fait l'objet d'une discussion sont détaillés ci-dessous.

4.2.2.1. Lieu de vie

L'item sur le lieu de vie adapté avec proposition de réponse binaire était compris de plusieurs manières par les médecins. Certains le comprenaient comme une question pour savoir si le logement était adapté, d'autres incluaient les intervenants à domicile, et d'autres le confondaient avec un retour à domicile difficile :

- Dr C : « Tu peux avoir un lieu de vie adapté mais un retour à domicile qui est compliqué parce que tu manques d'aides. Lieu de vie adapté, c'est : est-ce que son domicile pose des problèmes ? Je le vois comme ça, sur le plan juste matériel, pas humain. »
- Dr D : « J'ai dit oui quand c'était bien adapté, qu'il y avait tout le confort et toute la sécurité qui était mise en place avec les infirmières, les aides-soignantes, les aides ménagères, la famille... »
- Dr F: « Pour les urgences, ça peut arriver qu'effectivement ça soit une des raisons pour laquelle on l'adresse (parlant d'un maintien à domicile difficile en contexte aigu). Par exemple, une pneumopathie qui ne peut pas monter trois étages pour aller se coucher, ça peut faire partie de l'adressage aussi. Dans ce cas là, mettre lieu de vie adapté dans le cadre de vie et puis dans l'adressage si ça pose souci à ce moment-là quoi, pour la pathologie urgente pour laquelle on l'adresse. Pour faire la différence entre son état habituel et là, son état au moment où on l'envoie. »
- Dr M: « S'il est incapable de monter des escaliers ou quoi... » Enquêteur : « Est-ce que vous pensez qu'il serait mieux de remplacer lieu de vie adapté par : lieu de vie source de difficultés pour un retour à domicile ? Ou c'est deux choses distinctes ? » Dr M: « Ça me paraît être la même chose. »
- Dr O: « quand c'était non, j'écrivais à côté ce qui faisait défaut. Je le mettais à la main. » Enquêteur: « Est-ce que tu penses que le terme lieu de vie adapté, ce serait mieux de le remplacer par source de difficultés pour un retour à domicile? Ou est-ce que c'est deux choses différentes? » Dr O: « Pour moi, c'est deux choses différentes. Tu peux avoir le lieu de vie adapté, ça peut être l'environnement matériel ainsi que l'aidant principal. Mais tu peux avoir... Oui, c'est vrai que les deux peuvent s'entrecouper mais peut être que de façon... Pour moi, lieu de vie adapté, je le vois sur les actes de la vie quotidienne avec le matériel et un aidant principal présent. Je le vois comme ça. Après, des fois pour d'autres raisons, tu peux avoir une problématique de retour à domicile. Donc peut-être que lieu de vie adapté, c'est un des éléments qui pourrait faire que ton retour à domicile est compliqué. Je vois le deuxième item comme plus global. » Enquêteur: « Le retour à domicile fera peut-être plus partie de l'anamnèse et du motif? » Dr O: « Tout à fait. Je le vois comme ça. »

4.2.2.2. Personne à prévenir et personne de confiance

Les deux items sur la personne à prévenir et la personne de confiance ne semblaient pas avoir posé de souci de distinction pour la plupart des médecins :

- Dr F : « C'était les mêmes chez ces patients là. » « ça fait partie des choses qu'on a revu du coup avec eux justement. C'était en l'occurrence le fils chez qui ils vivent. Je pense à une autre patiente où effectivement c'est la nièce qui est la personne de confiance mais la personne à prévenir, c'est celle qui gère les auxiliaires. »
- Dr M : « par exemple, j'ai un couple de personnes âgées, la personne de confiance c'est plus le mari ou la femme et la personne à prévenir c'est plus le fils quoi. »

La différence de concept entre personne à prévenir et personne de confiance semblait encore floue pour un médecin.

4.2.2.3. Traitements habituels

Le cadre sur les traitements habituels a été soit rempli, soit annoté pour se reporter à une ordonnance volante :

- Dr D : « J'ai recopié tous les traitements. » Enquêteur : « Avec les posologies ? » Dr D : « Oui »
- Dr F: « c'est une partie que je n'ai pas remplie dans les feuilles que j'ai préremplies parce que je me suis dit que... [...] j'ai toujours une ordonnance de prête dans le dossier au cas où et du coup elle sert de référence. Donc du coup, je ne l'ai pas remplie. » Enquêteur : « Et si tu avais à en envoyer, tu penses que tu recopierais ou tu joindrais l'ordonnance ? » Dr F: « Je mettrai : cf. ordonnance parce que c'est aussi clair dans l'ordonnance. » Enquêteur : « Si tu venais à utiliser le PDF, tu penses que tu remplirais plus facilement cette case ou pas ? » Dr F: « Pas forcément à domicile. Au cabinet oui. Pas forcément à domicile parce que je n'ai pas d'ordinateur pour le modifier, et faire des ratures c'est pas top. Mais au cabinet, oui plus facilement. »
- Dr M : « Parce que c'est susceptible de changer tous les mois en plus donc j'ai mis : voir ordonnance. Je sais qu'ils ont une ordonnance chez eux qu'ils peuvent prendre. C'est la consigne. "Si jamais il y a besoin d'aller aux urgences, vous prenez le papier et vous prenez l'ordonnance." »
- Dr O : « ceux qui avaient peu de médicaments il y a eu un copier-coller, ceux qui avaient trop de médicaments j'ai imprimé l'ordonnance. »

4.2.2.4. Directives anticipées

Deux médecins ont rempli des fiches pour des patients qui avaient rédigé des directives anticipées. Cet item a permis aux autres médecins de penser à en discuter avec leurs patients ou d'introduire une discussion sur le sujet :

- Dr C: « Il n'y en avait pas. Mais ça te rappelle aussi un peu à l'ordre tu vois. C'est pas mal. Bref, ce que je veux dire c'est que c'est des choses auxquelles il faut penser avant. »
- Dr M : « Je me suis dit que c'était vrai qu'il fallait que je pense à leur en parler plus tard. »
- Dr O: « Chez certains... alors que je suis sensible à ça pour les limitations thérapeutiques, on va dire que des fois il y a certains patients que je ne suis pas depuis très longtemps, alors que ce n'est pas du tout justifié, mais je ne me sentais pas déjà de leur en parler. Et là, le fait de me reposer sur la feuille, enfin pas de me reposer sur la feuille, mais d'avoir un cadre... Tu t'appuies sur un papier. "J'ai besoin d'avoir ça sur cette feuille." En fait, ça te fait une introduction. Mais tu te sens un peu plus à l'aise sur le fait d'entamer la conversation. En tout cas, c'est comme ça que je l'ai ressenti. Et j'ai trouvé ça appréciable. »

4.2.2.5. Autonomie, éléments de dépendance et intervenants à domicile

Sur la fiche expérimentée, l'autonomie regroupait les troubles cognitifs éventuels et une éventuelle mesure de protection juridique, la dépendance était proposée entre parenthèses dans le cadre sur les renseignements complémentaires éventuels. Il n'était pas proposé explicitement d'indiquer les intervenants à domicile.

Les premiers entretiens avaient mis en évidence une très fréquente confusion entre autonomie et dépendance. Le seul médecin qui distinguait bien ces deux items s'est exprimé longuement sur le contenu de ces éléments lors du second entretien :

• Dr C : « En toute honnêteté, moi avant de faire ce DU de gériatrie, je confondais les deux termes. Je confondais vraiment l'autonomie, capacité à choisir pour soi-même, de la dépendance, qui sont deux choses différentes. » « Je mettrais ADL, IADL. Bien sûr, tu vas me dire la cotation elle n'est pas... [...] Bah je suis sûr que tu demandes à un mec sur deux, c'est pas du tout une critique mais la cotation ADL il ne saura pas sur combien ça se fait etc. » Enquêteur : « Les aides à domicile, tu les mettrais là (désignant le cadre sur les renseignements complémentaires éventuels) si tu veux les mettre ? » Dr C : « C'est ça. En fait l'idée... Alors tu veux dire quoi ? Tu veux dire par voie de conséquence ? Dépendance sur les actes de la vie quotidienne et est-ce qu'il y a des aides du coup ? C'est ça ta question ? » Enquêteur : « Oui. » Dr C : « Ce n'est pas con du tout de mettre comme ça. [...] Bon après, ADL et IADL ça peut peut-être fausser les gens. Mais mettre : dépendance et aides. Comme ça le mec en quelques mots peut mettre par exemple : toilette, repas... Et les aides en conséquence. » « Du coup, question ouverte je pense, avec les aides. Je pense que le médecin qui reçoit peut quand même se faire une idée. Aides pour la toilette, l'alimentation, le coucher, le lever... » Enquêteur : « Ou alors simplement un item : éléments de dépendance éventuels ? Et libre champ pour permettre au médecin de l'envisager que selon le patient. » Dr C : « Éléments de dépendance, oui c'est bien tourné. »

Les autres médecins ont eu un remplissage hétérogène concernant l'autonomie, la dépendance et les intervenants à domicile. Certains n'ont rien spécifié sur ces éléments et d'autres ont écrit des éléments mais à des endroits différents dans la fiche :

- Dr E : « Non, je ne l'ai pas utilisé (parlant du cadre sur les renseignements complémentaires éventuels). À vrai dire, je n'ai pas le souvenir de l'avoir lu et d'avoir mis ce que je pouvais y faire figurer. » Enquêteur : « Pour vous, par rapport à la dépendance, c'est mieux de laisser en cadre libre comme ça ou il faudrait en faire un item à part entière plus identifié comme les autres ? » Dr E : « Je crois que c'est mieux de laisser comme ça. Comme ça, on peut y faire figurer : infirmière quotidienne ou infirmière trois fois par semaine, aide ménagère... C'est facile à synthétiser dans un bandeau comme ça. »
- Dr F : « C'est là que j'ai dû l'écrire (désignant le cadre sur les renseignements complémentaires éventuels). J'ai mis un truc du genre : dépendante de son mari pour tout ce qui est cuisine, etc. »
- Dr M: « les aides en place, ce n'est pas forcément... Il y a le petit encadré autre où on peut noter les passages infirmiers, tout ça. Mais ce n'est pas forcément spécifié sur le recto. Mais bon, il y a un endroit où on peut le mettre donc ça ne pose pas vraiment de problème. » Enquêteur: « Vous pensez que ça serait mieux de dédier une case pour les passages d'aides, la locomotion, les choses comme ça? Ou c'est mieux de laisser une case libre à remplir au gré du médecin et selon le patient? » Dr M: « Oui je pense qu'il vaut mieux laisser une case libre parce que la présentation est très bien comme ça. Une case libre c'est très bien. »
- Enquêteur : « Est-ce que tu as précisé quelque part les passages d'aides à domicile ? » Dr O : « Euh oui... Je ne sais plus... » Enquêteur : « Il n'y avait pas de case spécifique donc est-ce que c'était dans le cadre sur les renseignements complémentaires éventuels ? » Dr O : « Non, je l'ai souvent mis avant. » Enquêteur : « Il y avait un item autonomie avant mais c'était que sur les troubles cognitifs. » Dr O : « Je l'ai calé à cet endroit-là. Dès qu'on parle d'autonomie, je le vois dans les actes de la vie quotidienne et donc je vois s'il y a besoin d'un aidant. »

4.2.2.6. Renseignements complémentaires éventuels

Certains médecins ont utilisé le cadre sur les renseignements complémentaires éventuels pour inscrire d'autres éléments que ceux concernant la dépendance et les intervenants à domicile :

- Dr F : « j'ai mis le poids et la fonction rénale. C'est toujours un truc après lequel tu cours. »
- Dr M : « Quand j'avais un poids, une albumine, une créatinine, tout ce qui est marqueurs gériatriques. »
- Dr O: « Tu fais du cas par cas sur les choses que tu trouves pertinentes. Je trouve ça bien de laisser un petit paragraphe un peu libre où tu peux faire du cas par cas avec le patient en fonction de telle ou telle pathologie. C'est bien de faire un résumé ciblé. » « Je sais que poids et albumine, je les ai fait figurer fréquemment. Créatinine aussi pour savoir s'ils peuvent injecter, et savoir si c'est cohérent avec les médicaments qui sont pris. »

4.2.3. Contenu expérimenté de la deuxième partie de la fiche

Il n'y a pas eu de difficulté rapportée sur le remplissage du contenu de la deuxième partie de la fiche.

4.2.4. Mise en page de la fiche

Les médecins ayant expérimenté la fiche ne soulevaient pas que la taille limitée des cadres (notamment sur les antécédents et les traitements habituels) était une problématique majeure. Ils semblaient s'adapter en conséquence :

- Dr C : « moi je trouve en terme de disposition, de place, c'était parfait. »
- Dr E : « C'est bien. Oui vraiment. C'est proportionné au fait de devoir rentrer sur une fiche. Non c'est bien. Je ne me suis pas trouvé en difficulté à cause de ça. On s'adapte. »
- Dr M : « Vu que je l'ai fait sur PDF, ça écrit plus petit donc c'est vachement plus pratique. Après, il y en a qui ont des listes longues comme le bras donc j'ai adapté. Je n'ai pas fait une ligne par antécédent, des fois j'ai mis des virgules et j'ai écrit à côté. Mais ça n'a pas posé de problème. »

Les médecins ayant adressé des patients aux urgences et ayant donc rempli la deuxième partie de la fiche n'ont pas été limités par la taille du cadre principal :

• Dr C : « Tu m'avais posé la question si la case sur l'histoire de la maladie et tout était suffisante. Je pense que c'est cool, ça nous aide à être synthétique sur le motif. L'espace disponible ne m'a pas posé problème. »

4.2.5. Temps de remplissage de la fiche

Tous les médecins ayant expérimenté la fiche ont déclaré avoir rempli la fiche en un temps qu'ils considéraient comme très acceptable.

Les médecins ayant rempli la première partie de la fiche en amont pour plusieurs patients mais n'ayant pas eu besoin d'adresser un de ces patients aux urgences ont passé entre 3 et

15 minutes de temps de remplissage :

- Dr F: « 5 minutes au cabinet. Le plus long c'est à domicile quand on n'a pas encore parlé de la personne de confiance... Mais au niveau écriture, en 10 minutes c'est fait. »
- Dr M : « Ça dépend du nombre d'antécédents mais entre 3 et 5 minutes. »
- Dr O: « Entre 10 et 15 minutes. » « Oui, c'est raisonnable parce qu'une fois que c'est fait, c'est fait. [...] Donc au contraire, je trouve ça très raisonnable. C'est un bon investissement. »

Les médecins ayant rempli la fiche en intégralité lors de l'adressage d'un ou de plusieurs patients ont passé entre 5 et 10 minutes de temps de remplissage :

- Dr C : « Entre 5 et 10 minutes. » Enquêteur : « Par rapport à ton courrier que tu aurais rédigé ? » Dr C : « Je pense que j'aurais mis le même temps mais mon courrier aurait été moins informatif. Parce que là tu as une trame. Je trouve ça bien, ça te structure ton esprit. J'aurais mis autant de temps en étant deux fois moins informatif. »
- Dr E : « 10 minutes. » Enquêteur : « C'est une durée acceptable pour vous ? » Dr E : « Oui. » Enquêteur : « Par rapport au courrier médical habituel, ça vous a pris plus de temps, moins ou pareil ? » Dr E : « On va dire un poil plus. Oui, un peu plus. »

4.2.6. Informations délivrées aux patients

Les médecins ayant rempli la première partie de la fiche en amont pour plusieurs patients ont expliqué à ces derniers que la fiche était une synthèse de leur dossier médical qui pouvait être accessible pour n'importe quel médecin venant en urgence à domicile :

- Dr M : « Je leur ai dit que c'était un résumé de leur dossier médical qui était accessible à n'importe quel médecin qui aurait besoin de venir en urgence pour faire ou pas une hospitalisation, mais qui aurait besoin de venir en urgence en visite. »
- Dr O: « Je leur ai dit que c'était si SOS Médecins, le SAMU, un autre médecin ou même moi qui venait, s'il y avait une problématique, comme ça il pourrait se reposer sur des données fiables écrites par le médecin traitant. »

Ils ont demandé aux patients de la laisser à un endroit défini :

- Dr D : « Je leur ai dit de la laisser avec les médicaments et les ordonnances quoi. »
- Dr M : « De la garder avec leur dossier médical qu'ils ont toujours chez eux. »
- Dr O: « Et de la mettre, tu sais assez souvent ils ont un truc avec le pharmacien, avec leur dernière ordonnance et leur carte vitale, je leur ai dit de le mettre là. » Enquêteur: « Dans la pochette? » Dr O: « Ouais. »

Ils n'ont pas tous expliqué que la fiche constituerait un support qui remplacerait le courrier médical si le patient devait être adressé aux urgences.

Un des médecins a dit à ses patients de prendre la fiche s'ils allaient d'eux-mêmes aux urgences :

- Dr M : « C'est la consigne. "Si jamais il y a besoin d'aller aux urgences, vous prenez le papier." » Ils n'ont pas particulièrement mis en garde les patients sur le fait que la fiche comportait des données médicales sensibles :
 - Dr O : « je leur ai dit que c'était à eux, que c'était des données médicales. Après, le truc avec ta carte vitale, c'est un truc que tu ne donnes pas à n'importe qui. Je n'ai peut-être pas trop insisté dessus. »

Les médecins ayant rempli la fiche en intégralité lors de l'adressage d'un ou de plusieurs patients n'ont pas donné d'explication à leurs patients :

• Dr E : « Non, je n'ai rien précisé. Je les ai adressés avec la fiche dans une enveloppe comme un courrier médical. »

4.2.7. Retours d'avis

Aucun médecin ayant expérimenté la fiche n'a eu de retour spontané de la part du milieu hospitalier.

Des infirmières libérales ont dit à un médecin que cette fiche pourrait leur être très utile :

• Dr M: « j'ai eu un retour des infirmières qui interviennent à domicile, elles sont très contentes aussi. » Enquêteur: « Elle vous ont dit quoi plus précisément les infirmières? » Dr M: « Que c'était très bien fait et qu'elles étaient contentes d'avoir ça parce qu'elles étaient souvent embêtées quand nous on n'était pas joignable pour faire hospitaliser des patients. » Enquêteur: « Ah oui, d'accord. Elles se verraient peut être utiliser cette fiche si elles adressent aux urgences? » Dr M: « Oui. »

4.2.8. Avantages ressentis de la fiche

Après l'avoir testée, les médecins confirmaient les avantages préalablement évoqués de cette fiche :

- une quantité majorée d'informations transmises au médecin urgentiste, incluant en partie des informations souvent oubliées dans le courrier médical en contexte d'urgence :
 - Enquêteur : « Est-ce que tu estimes avoir fait figurer plus d'informations dans cette fiche que si tu avais rédigé ton courrier comme habituellement ? » Dr C : « Au moins deux fois plus, voire même au carré, sans déconner hein vraiment. Clairement, bien plus informatif. J'imagine surtout en me mettant à la place de l'urgentiste. C'est juste génial. » Enquêteur : « Sur quels types d'informations, tu penses avoir été plus complet ? » Dr C : « C'est une évidence : sur l'entourage de la personne, la personne à prévenir, les infirmiers, c'est génial. Autonomie et dépendance, c'est hyper bien de savoir pour un retour à domicile possible ou pas. Tu oublies dans ton courrier de mettre ça systématiquement. Quand c'est en urgence, tu ne le mets pas. »
 - Dr O: « Clairement oui, parce qu'il est complet, tu n'oublies rien. Souvent quand tu fais un courrier, tu adresses dans la précipitation. [...] Et puis, tu débriefes dans ta tête, putain j'aurais du mettre ça, ça, ça. L'urgentiste va me prendre pour un branque. Donc ça permet de systématiser, de se concentrer sur les choses importantes qui vont être la deuxième feuille dans le contexte d'urgence. Tu te reposes sur un support qui est complet et adapté. »
- une transmission d'informations plus efficiente qu'avec le courrier médical :
 - Dr E : « C'est un bon outil qui rend la transmission plus fluide. » « elle est synthétique et complète » « elle est plus performante que le courrier qu'on fait habituellement »
 - Dr M: « c'est très complet. Il y a globalement toutes les informations pour le médecin urgentiste et même pour le gériatre après dans le service. Si elle est bien remplie, on n'a pas besoin de se faire rappeler pour avoir les informations, ce qui arrive quand même assez souvent je pense. »
- la mise à disposition à domicile sur un support structuré (même pour les patients suivis habituellement au cabinet) d'informations utiles pour n'importe quel professionnel de santé devant prendre en charge un patient âgé :
 - Dr F: « Ceux du cabinet, il faudrait qu'on s'astreigne à le faire, ça pourrait gagner du temps notamment pour les remplaçants sur tout ce qui est social qu'ils ne connaissent pas. »
 - Dr O : « ça m'a permis d'avoir un outil reproductible et structuré pour mes visites. »
- une simplicité de remplissage de la fiche :
 - Dr C: « c'est hyper clair, c'est facile à remplir. »
 - Dr N : « Je trouve que c'était pratique ces cases. » « On va à l'essentiel quand même. Il y a des directives dans votre fiche. Donc on va à l'essentiel. On ne tergiverse pas. »

L'avantage sur le gain de temps à l'adressage voire sur le gain de temps global qui avait été estimé par certains médecins n'a pu être expérimenté puisque aucun patient avec une fiche préremplie n'a été envoyé aux urgences. Par contre, deux des trois médecins ayant rempli la fiche en intégralité lors de l'adressage pensaient avoir mis moins de temps :

- Dr C : « ce que j'ai rempli, versus, je me suis posé la question, d'un courrier que j'aurais écrit. Franchement, ça va hyper vite. »
- Dr N: « c'est limite plus rapide que de faire un courrier manuscrit »

Avant l'expérimentation de la fiche, un seul médecin avait évoqué que la fiche pourrait inciter à discuter des directives anticipées avec les patients. Après l'expérimentation de la fiche, les médecins s'accordaient à dire que la fiche pouvait être un rappel pour les médecins de discuter de certains points et/ou un outil permettant de les aborder avec leurs patients :

- Dr E : « Ça peut être un support. Ça peut être un moyen de rappel si on le remplit, si on prend le temps de le remplir à la maison avec lui parce qu'il y a une perte d'autonomie, c'est peut être l'occasion oui. »
- Dr F: « Quand c'est des patients que tu suis depuis longtemps et qu'ils vont arriver à 75 ans, c'est un moment où il faut faire un point véritablement sur ce qu'ils veulent à 75 ans et après. Ça peut être un support pour discuter avec les patients que tu suis depuis longtemps. Parce qu'il y a des choses qu'on n'évoque pas... »

Plus globalement, certains médecins trouvaient que la fiche leur avait permis d'avoir une réflexion sur leur pratique :

• Dr O : « ça m'a permis de me poser des questions que je ne m'étais pas forcément posé de façon systématique. C'est en ça que je trouve que l'outil est vraiment très très bien »

Les termes employés par les médecins ayant utilisé la fiche pour exprimer les bénéfices ressentis sont regroupés ci-dessous :



Figure 7 : Nuage de mots clés utilisés suite à l'expérimentation effective de la fiche de liaison gériatrique d'urgence sur ses principaux avantages

4.2.9. Inconvénients ressentis de la fiche

Les médecins ne rapportaient pas d'inconvénient majeur lors de l'expérimentation.

Il était surtout question du travail à fournir en amont pour deux praticiens :

- Dr E: « Je pense que c'est très très judicieux mais comme tout changement de pratique, il faut s'y astreindre. Donc on va dire qu'une fois que le travail est fait, c'est plus facile d'utiliser cette fiche. Mais le travail en amont, il faut le faire, le travail en amont de préparer la fiche. »
- Dr M : « Il faut prendre le temps de la remplir mais ce n'est pas non plus la mer à boire. »

Le problème de garder une fiche actualisée était davantage vu comme une contrainte par les médecins :

- Dr D : « En fait, c'est le tenir à jour, se rappeler quand est-ce qu'on l'a fait et quand est-ce qu'il faudra le remettre à jour. »
- Dr N : « c'est d'être obligé de remettre à jour à chaque fois les traitements habituels s'ils se modifient. Les troubles cognitifs si ça évolue aussi, c'est le même principe. »

Certains imaginaient qu'ils mettraient à jour la première partie de la fiche à chaque nouvel évènement modifiant l'état basal du patient. Il pouvait aussi être envisagé des mises à jour selon une périodicité avec des rappels. Et d'autres étaient plus pessimistes sur leur capacité à garder des fiches bien à jour :

- Dr D : « dès que j'ai le traitement qui change ou s'il y a un autre antécédent à mettre, de le mettre à jour au fur et à mesure. Je vais me mettre une note, comme ça je le verrai à chaque fois que j'ouvre le dossier. »
- Dr E: « Il y a les intentions et la pratique. Dans la pratique, je sais que ça serait au dernier moment. » Enquêteur: « Et en intention, vous pensez que le mieux serait quoi ? » Dr E: « D'être vigilant en continu. On ne peut pas systématiser en pratique en mise à jour par trimestre de façon systématique, en tout cas moi dans ma pratique non. »
- Dr M : « Vu que c'est imprimé, raturer et puis réécrire au crayon à côté. Je pense qu'après chaque hospitalisation, je la remettrais à jour avec les informations qu'il y aura eu en plus, je leur réimprimerais et je leur laisserais la nouvelle feuille à la maison. »

4.2.10. Intérêts de la fiche pour les patients suivis en consultation au cabinet

Globalement, les médecins ayant testé la fiche ne voyaient pas d'intérêt majeur à l'utiliser aussi pour les patients suivis au cabinet. Il était rapporté que la rédaction du courrier médical avec des données préremplies grâce au logiciel médical était plus simple :

- Dr D: « Ces courriers, il faut qu'ils restent chez eux. Donc si on ne va pas chez eux... C'est surtout utile pour les patients qu'on voit en visite. »
- Dr E: « si on est dans l'absolu, je dirais qu'il y a un intérêt. Mais pour moi, ça a vraiment un intérêt à domicile. Au cabinet, on a déjà plein de supports, de documents, le dossier médical où il y a déjà toutes les informations même si elles ne sont pas concentrées sur une fiche. On a quand même notre logiciel médical qui peut éditer des fiches de synthèse. Ça serait un encombrement au cabinet pour moi que d'imaginer de la faire pour chaque patient. »
- Dr M: « Oui, oui dans le sens où c'est plus complet. Après, c'est plus contraignant parce que pour le coup c'est beaucoup plus rapide de faire un courrier avec le logiciel. Ça se fait tout seul. »

La majorité des médecins ne suggérait pas spontanément l'intérêt de la fiche pour les patients suivis habituellement au cabinet par rapport au fait que d'autres médecins pouvaient être amenés à voir leurs patients en urgence (que ce soit dans un cabinet, à domicile ou aux urgences directement) alors qu'ils n'auraient pas accès aux dossiers médicaux. Si l'enquêteur faisait cette suggestion, les médecins reconnaissaient que cela pourrait effectivement être utile mais ils ne s'étendaient pas sur le sujet.

4.2.11. Désir d'utilisation de la fiche à l'avenir

Tous les médecins ayant expérimenté la fiche désiraient l'utiliser à l'avenir.

Quatre d'entre eux envisageaient de remplir la première partie en amont en version dactylographiée et la deuxième partie lors de l'adressage en version manuscrite. Ils comptaient laisser la fiche préremplie au domicile des patients. Ils n'excluaient pas de remplir cette fiche pour les patients suivis au cabinet mais leur motivation semblait bien plus limitée.

Un autre médecin préférait remplir l'intégralité de la fiche en version manuscrite à domicile. Il comptait remplir la première partie en amont et la deuxième partie lors de l'adressage. Il pensait mettre en place progressivement ce système pour ses patients qui ne viendraient plus au cabinet :

• Dr E: « Cette fiche, je la garderais pour prendre l'habitude pour les patients que je commence à voir à domicile, quand on switche du cabinet au domicile parce qu'ils ont une perte d'autonomie. De profiter d'une visite pour mettre cette fiche en place. C'est le moment où elle aurait sa place, d'autant qu'on n'a plus le dossier informatique au domicile. » « Préparer le recto en amont, le caler sur une visite dédiée à ça. Ça serait tout à fait opportun. » « Je préfère tout remplir à côté du patient. C'est toujours pareil, c'est une question de temps. Il faut se projeter dans l'habitude de le faire. Une fois qu'on n'est pas chez le patient, le faire en amont au cabinet pour un patient qu'on ira voir après... Pourquoi pas, oui c'est un avantage bien évidemment. Mais pour l'instant, on a déjà énormément de temps non médical qu'on passe dans notre cabinet, je veux dire du temps hors consultation à faire ce genre de papiers. Ça en ferait un de plus. »

Un médecin pensait remplir les deux parties au moment de l'adressage pour ses patients à domicile :

• Dr N : « au cabinet peut-être que je continuerais de l'écrire avec le logiciel médical et de l'imprimer. » « En me connaissant, je pense que ce sera au moment de l'adressage en urgence. »

Un médecin restait indécis sur la manière dont il souhaitait l'utiliser :

• Dr C: « Ça ne me semble pas incohérent d'avoir ça à la limite dans le dossier du patient en non prérempli quoi. Moi, ça ne me pose pas de problème de le remplir sur le moment. » « Ouais, en fait j'ai peur des fausses informations. Tu le fais en amont, la vie évolue, tu ne reviens pas dessus parce que sinon... Faut être clair, on ne reviendra pas dessus. Au moment où tu remplis, ce qu'il se passe, c'est que je suis sûr que tu vas faire une vérification. La vérification va peut-être même te prendre plus de temps encore que d'avoir l'information et de la remplir en même temps. » Enquêteur : « Est-ce que tu penses que ça aurait été quand même intéressant si ce n'est pas toi qui va à domicile, que ce soit un autre médecin et donc qu'il aurait pu utiliser cette fiche si elle avait été faite par le médecin traitant en amont ? Ou est-ce que tu considères que ton dossier à domicile est assez clair et donc que ce médecin pourra faire son travail correctement à domicile ? » Dr C : « Non, mon dossier à la maison, en tout cas sur l'autonomie et la dépendance, il ne sera pas assez renseigné, c'est clair. [...] De ce point de vue-là, il est évident que ça simplifierait la donne pour le médecin qui intervient à domicile. » Enquêteur : « Après, c'est sûr

que ce système là impliquerait de faire des mises à jour, peut-être plus facilement avec la version informatique. Après, il faudrait quand même la réimprimer quand tu as fait une mise à jour et la redonner au patient. » Dr C : « Et ouais, ça veut dire en fait que quand tu la réimprimes et que tu la redonnes, tu la redonnes sur la visite suivante. Bon... Finalement à la main, préremplir et puis être un peu attentif sur le changement si tu as pris l'habitude... Peut être que préremplir, c'est quand même plus logique. Et puis de faire ça au calme avec le patient, pas dans l'urgence... Ça se tient, ça se tient. Probablement plus cohérent. »

4.3. Suggestions des médecins

Plusieurs médecins suggéraient à nouveau qu'un couplage de la fiche avec leur logiciel médical serait une fonctionnalité très pratique. Ils apprécieraient si des données déjà inscrites dans le dossier patient informatisé pouvaient être transférées dans les cadres adéquats de la fiche de liaison gériatrique d'urgence :

- Dr D : « Le rentrer dans les logiciels par exemple, ce serait génial. Modifier les logiciels pour que ce soit directement accessible par le logiciel, de façon à simplifier l'accès pour les médecins... »
- Dr N : « L'idéal serait qu'elle soit intégrée au logiciel directement. »

4.4. Synthèse de l'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence et intentions des participants à l'avenir

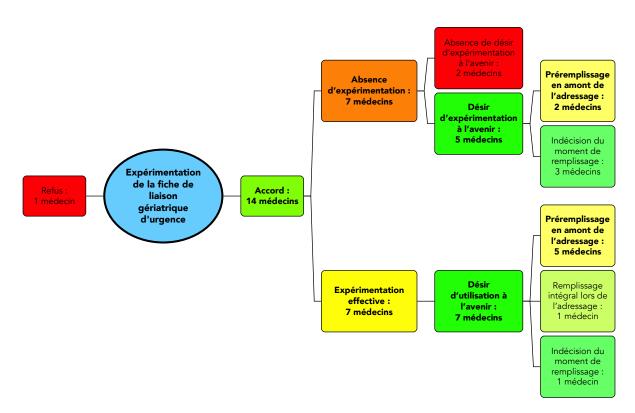


Figure 8 : Schéma de l'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence et des intentions des participants à l'avenir

DISCUSSION

Notre étude s'intéressait à l'une des missions incombant à tous les médecins généralistes : adresser des patients âgés des soins primaires vers les soins secondaires avec nécessité d'un passage par les urgences dans certaines situations.

La méthodologie qualitative nous a offert un cadre approprié pour aborder les habitudes, le vécu et le ressenti des médecins généralistes lorsqu'ils se trouvaient dans la situation de devoir adresser en urgence un patient âgé de 75 ans et plus (ne résidant pas en EHPAD). Nous nous sommes particulièrement intéressés à la perception qu'ils avaient de leur rédaction du courrier médical dans cette situation. Nous avons évoqué les alternatives éventuelles à ce courrier médical avec les praticiens et nous leur avons proposé d'en expérimenter une : la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Cet outil a été conçu grâce au travail de thèse de G. Chauvot qui a donné lieu à la publication d'un article en 2018 dans La Revue de Gériatrie. (35)

D'un point de vue théorique, cette fiche pourrait permettre à n'importe quel médecin, connaissant ou non le dossier médical du patient âgé, de l'adresser dans une structure d'urgences avec une transmission efficiente d'informations administratives, médicales, sociales et éthiques. Ces informations sont adaptées au patient gériatrique et sont utiles pour la prise en charge aux urgences puis en hospitalisation le cas échéant. Cette fiche, tenant sur une feuille A4, comprend une première partie sur le recto avec les informations courantes, idéalement préremplie par le médecin traitant, et une deuxième partie sur le verso liée à la situation d'urgence, à remplir par le médecin adresseur.

La fiche de liaison gériatrique d'urgence proposée répond aux attentes de la majorité des médecins généralistes ayant participé à notre étude. Elle permet une communication efficiente des informations relatives à un patient âgé de 75 ans et plus (ne vivant pas en EHPAD) lors de son adressage vers une structure hospitalière d'urgences. Cet outil de substitution au courrier habituellement rédigé fait preuve d'une bonne acceptabilité par les médecins généralistes, notamment pour les patients suivis en visite à domicile.

1. Les forces de cette étude

Il existe de nombreuses études sur le contenu et la qualité du courrier médical en France. Les études ciblant les courriers d'adressage des patients âgées aux urgences sont bien plus rares. Et très peu de travaux ont testé une alternative concrète à la rédaction de ce courrier. La fiche de liaison gériatrique d'urgence permet de remplacer ce système souvent défaillant. C'est en cela que cet outil de substitution fait preuve d'originalité.

Le fonctionnement théorique de la fiche a pu être évalué lors de son expérimentation par les participants. Les motivations et les freins des médecins généralistes à adopter cette alternative ont été cernés. L'acceptabilité de cette fiche nous semblait être un paramètre indispensable à évaluer pour envisager la diffusion de cet outil à l'avenir. Des améliorations

suggérées ont été prises en considération et une nouvelle version de la fiche de liaison gériatrique d'urgence a été produite. Elle figure en annexe 6.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-structurés, format le plus pertinent pour connaître et comprendre différentes habitudes et opinions sur un sujet particulier. Nous cherchions à questionner des participants qui feraient ressortir des divergences au sein de la population cible. Nous avons réussi à réaliser un échantillonnage en variation maximale avec la quasi totalité des variables que nous jugions pertinentes.

Tous les médecins contactés et répondant aux critères d'inclusion ont accepté de participer aux premiers entretiens. Quatorze des quinze participants ont souhaité expérimenter la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Ces quatorze médecins ont tous participé aux seconds entretiens, qu'ils aient réellement pu tester la fiche ou non. Il n'y a donc pas eu de perdus de vue.

Le biais de désirabilité sociale a été limité par le fait que le chercheur ne connaissait que deux des quinze participants. Le tutoiement a été utilisé de la part de l'enquêteur pour ces deux participants et si le participant qu'il ne connaissait pas le lui proposait. L'enquêteur n'avait pas effectué de remplacement des médecins participants. Concernant la fiche de liaison gériatrique d'urgence proposée, l'enquêteur expliquait qu'elle avait été réalisée par un autre thésard afin que les participants osent critiquer librement l'outil. Les participants acceptant l'expérimentation de la fiche étaient prévenus que l'enquêteur n'aurait pas de regard sur les fiches remplies afin de ne pas influencer l'utilisation qu'ils en feraient.

Avant de débuter les premiers entretiens, les participants étaient prévenus que les données récoltées seraient pseudonymisées avant la retranscription afin de favoriser un échange libre. Les données ont ensuite été anonymisées avant l'analyse.

L'enregistrement des entretiens et la retranscription mot à mot ont permis de restituer l'intégralité des propos afin d'exclure toute déperdition d'information. L'utilisation des guides d'entretien a permis de standardiser et de balayer l'ensemble des thématiques qui nous semblaient importantes à aborder avec chaque participant et ainsi d'augmenter la validité des résultats.

L'analyse continue des données a permis d'adapter les guides d'entretien, d'améliorer au fur et à mesure la qualité des entretiens et d'obtenir la saturation des données.

Nous avons pu suivre la grande majorité des lignes directrices COREQ pour garantir une recherche qualitative rigoureuse. (31) En effet, seuls 2 items sur la check-list de 32 items n'ont pas été respectés (retour des retranscriptions aux participants pour commentaire et/ou correction, vérification par les participants avec retours éventuels sur les résultats).

Enfin, ce travail a été soumis à validation de sa conformité aux lois de protection des données à caractère personnel.

2. Les limites de cette étude

L'échantillonnage en variation maximale n'a pu être respecté pour une variable que nous jugions pertinente : la non utilisation du dossier patient informatisé. Le seul médecin que nous avions identifié avec un exercice sans tenue informatique des dossiers médicaux venait d'être retraité et a donc dû être exclu lors du contact téléphonique. Cependant, une étude réalisée durant l'hiver 2018-2019 a montré que 89 % de l'ensemble des médecins généralistes français utilisent le dossier patient informatisé. Ce chiffre grimpe à 97 % chez les médecins de moins de 50 ans. (36) Il semble donc évident que la quasi-intégralité des médecins utilisera un système d'informatisation des dossiers patients dans les prochaines années.

Pour des raisons pratiques et en continuité avec la thèse de G. Chauvot, la population cible a porté sur des médecins généralistes installés sur le secteur de la Côte Basque dans une commune à moins de 15 kilomètres de l'Océan Atlantique. Ils étaient tous en relative proximité d'une des quatre structures d'urgences existantes sur le territoire. Ils n'étaient donc pas limités par l'éventuel problème d'éloignement géographique pour adresser un patient âgé aux urgences. D'autres difficultés liées à l'adressage auraient pu être exprimées de la part de médecins exerçant loin d'une structure d'urgences.

La manière d'interroger les participants a pu influencer les réponses et entraîner un certain biais d'investigation. Bien que l'enquêteur ait essayé de formuler des questions ouvertes et d'adopter une attitude la plus neutre possible, son inexpérience dans la manière de mener des entretiens semi-structurés doit être soulignée puisqu'il s'agissait de sa première étude qualitative. Pour limiter ce biais, l'enquêteur avait réalisé un entretien préalable auprès d'un médecin volontaire afin de vérifier si les questions étaient claires, compréhensibles et ouvertes. Ce biais d'investigation a également pu être limité au fur et à mesure des entretiens avec l'expérience acquise.

La période d'expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence a coïncidé avec le début de la pandémie de Covid-19. Plusieurs médecins n'ayant pas expérimenté la fiche ont justifié cela en raison d'un oubli inhérent à une pratique très perturbée. Un médecin a signalé qu'il aurait souhaité avoir des relances pour y penser. Cependant, l'enquêteur avait volontairement fait le choix de ne pas recontacter les médecins avant la fin de la période prévue pour évaluer l'adhésion et la motivation spontanées à tester cet outil.

L'absence de double analyse des données recueillies entraîne inévitablement un biais d'interprétation. Les contraintes temporelles et les craintes de l'enquêteur pour un travail collaboratif avec un autre thésard n'auront pas permis d'améliorer la validité de nos résultats. Il est cependant à noter que l'analyse a été supervisée par le directeur de thèse.

De la même manière, un possible biais de confirmation d'hypothèse a pu influencer l'analyse de l'enquêteur en privilégiant les informations confortant ses convictions.

3. Discussion des résultats en lien avec les objectifs secondaires : habitudes et difficultés des médecins généralistes

Les premiers entretiens ont permis de répondre à nos objectifs secondaires, à savoir :

- explorer le vécu et la perception des médecins généralistes devant adresser en urgence un patient âgé de 75 ans et plus ne résidant pas en EHPAD, ainsi que leurs habitudes concernant la rédaction du courrier médical
- comprendre les difficultés éventuelles lors d'une consultation ou d'une visite débouchant sur l'adressage de cette catégorie de patients aux urgences, et notamment les difficultés à la rédaction du courrier médical.

3.1. Une hospitalisation privilégiée en admission directe mais d'inéluctables passages aux urgences

Dans notre étude, les médecins généralistes affirmaient privilégier les admissions directes pour hospitaliser leurs patients âgés. Le recours aux urgences ne semble pas une démarche souhaitable dans la mesure du possible si la situation médicale du patient le permet. Le travail de J. Favre et T. Maunoury retrouvait tout de même un taux de 56 % d'entrées en courts séjours gériatriques via les urgences de patients âgés de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant versus 44 % en entrées directes dans ces mêmes services. (37) Une enquête sur un jour donné de 2013 dans tous les points d'accueil d'urgences sur le territoire français montrait que 20 % des patients âgés de 75 ans et plus étaient adressés aux urgences par un médecin libéral. (38) L'adressage d'un patient âgé aux urgences par les médecins libéraux n'est donc pas négligeable. De plus, un rapport de 2011 rapportait que 41 % des séjours hospitaliers des patients de 80 ans et plus avaient débuté par un passage aux urgences. (39)

3.2. Des difficultés d'adressage récurrentes et multiples

Les participants de notre étude rapportaient plusieurs difficultés pour hospitaliser un patient, que ce soit en admission directe ou via les urgences. Il s'agissait notamment de l'accessibilité téléphonique des médecins hospitaliers et son caractère chronophage, ainsi que l'indisponibilité des lits pour une admission directe. Ces difficultés étaient retrouvées dans le travail de J. Casabianca. (40) Plus de la moitié de nos participants se plaignaient de difficultés face à une urgence non vitale pour obtenir un transport entraînant ainsi une perte de temps. T. Ruchaud a retrouvé cette difficulté chez 88 % des médecins généralistes avec une majorité estimant perdre 15 à 30 minutes pour cette tâche. (41) La réflexion des médecins sur le meilleur choix à prendre entre un maintien à domicile et un adressage aux urgences était vécue comme une difficulté pour certains de nos participants. O. Bravetti a identifié les facteurs non médicaux influençant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient. Il existe de multiples facteurs intrinsèques et extrinsèques au médecin, au patient et à leur relation. (42)

Les consultations ou visites débouchant sur un adressage aux urgences d'un patient gériatrique ne sont pas anticipées ou vécues comme une corvée. Elles constituent une mission essentielle du médecin généraliste dans le cadre de l'orientation des patients et de la coordination des soins. Elles engendrent tout de même des difficultés et sont souvent chronophages.

3.3. La rédaction du courrier médical d'adressage non considérée comme une difficulté par les médecins généralistes mais dont le contenu ne satisfait pas assez les médecins urgentistes

Aucun de nos participants n'évoquait la rédaction du courrier médical d'adressage comme une tâche difficile. Son caractère chronophage lors des visites à domicile était spontanément évoqué par deux médecins seulement. Le travail de C. Ninive a également constaté que les médecins généralistes ne parlaient pas de difficulté liée à la rédaction de la lettre mais qu'ils revendiquaient le manque de temps. (43)

Certaines informations étaient logiquement constamment présentes dans les courriers de nos participants : identification du médecin, identification du patient, datation du courrier, motif d'adressage, première médication éventuelle. Ils affirmaient également communiquer systématiquement les antécédents et le traitement habituel ainsi que d'éventuelles modifications thérapeutiques récentes. Une étude sur les courriers reçus aux urgences du CHU de Bordeaux et du centre hospitalier (CH) de Bayonne concernant tous les patients sans critère d'âge a retrouvé la présence des antécédents complets dans 41 % des cas et du traitement habituel dans seulement la moitié des lettres. (44) Le travail de J. Dardenne a étudié 308 courriers d'admission de patients âgés d'au moins 70 ans aux urgences de l'hôpital Henri Mondor de Créteil, émis par des médecins traitants (72 %), des médecins remplaçants (7 %) et des médecins ambulatoires de garde (21 %), et ayant été transférés en unité de gériatrie aiguë. Les antécédents en rapport avec l'épisode aigu ayant entraîné l'hospitalisation ont figuré dans 72 % des courriers (sans différence entre les types de médecin rédacteur) ; ils étaient complets dans 55 % de ces courriers. Les antécédents sans rapport avec l'épisode aigu ont été listés dans seulement 40 % des courriers (taux significativement plus élevé à 47 % pour les médecins traitants) ; cette liste était complète dans 40 % de ces courriers. Le traitement habituel était inscrit dans 56 % des courriers (taux significativement plus élevé à 60 % pour les médecins traitants) ; il était complet dans 68 % de ces courriers. La posologie était présente pour seulement 40 % des courriers avec traitement et n'était complète que dans 59 % des cas. En intégrant les ordonnances jointes avec 32 % des courriers, la connaissance du traitement exact dès l'arrivée aux urgences n'a été possible que pour 51 % des patients. (45) Face à ces chiffres, nous pouvons aisément supposer que les participants de notre étude communiquaient surtout les antécédents majeurs ou jugés utiles pour la prise en charge, comme cela était précisé par quelques-uns. Mais nous n'avions pas approfondi ce point lors des entretiens avec la totalité des médecins. Dans tous les cas, la communication de l'ensemble des antécédents peut servir à la prise en charge globale et ultérieure en hospitalisation car nul ne sait comment évoluera l'état de santé du patient et si d'autres pathologies ou complications surviendront. La transmission exhaustive du traitement habituel avec la posologie détaillée permet d'éviter le risque de iatrogénie et d'interactions médicamenteuses ainsi que le risque de médicaments non reconduits par méconnaissance.

La plupart de nos participants affirmaient noter fréquemment (parfois selon la situation du patient) les informations suivantes : allergies, entourage, communication, statut cognitif, locomotion, intervenants à domicile, examen clinique, examens paracliniques, hypothèses diagnostiques, professionnel de santé prévenu. Nous avons recensé cinq thèses assez récentes traitant du sujet en population générale. (20,46-49) Les allergies ou l'indication d'absence d'allergie connue ont été indiquées dans seulement 7 à 28 % des courriers. (20,46-48) Il s'agit certainement d'un manque de rigueur des médecins qui ne pensent pas à préciser l'absence d'allergie quand cela est le cas. D'ailleurs, un seul participant de notre étude disait préciser la notion d'absence d'allergie connue. L'examen clinique a été convenablement rapporté, incluant l'anamnèse dans 72 à 94 % des cas et des signes de l'examen physique dans 64 à 78 % des lettres. (20,47,49) Les examens paracliniques réalisés ont été relatés dans 22 à 49 % des courriers (sans certitude sur le nombre de cas où aucun examen n'avait été prescrit). (46-48) Des hypothèses diagnostiques ont été formulées dans 45 à 61 % des courriers. (20,46-48) Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la notification d'éventuels troubles de communication ou d'une barrière linguistique dans le courrier. Les études ne s'intéressaient pas non plus à relever si les courriers rapportaient qu'un professionnel de santé avait été prévenu. Concernant les items plus utiles pour les patients âgés, nous avons préféré comparer nos résultats avec le travail de J. Dardenne qui s'est intéressé exclusivement aux patients de 70 ans et plus. Les troubles cognitifs ont été signalés dans 26 % des courriers alors que 55 % des patients en avaient. Les troubles de la marche ont été rapportés dans 27 % des lettres pour une prévalence de 58 %. L'entourage du patient a été notifié dans 24 % des cas. Enfin, seulement 10 % des lettres contenaient des informations sur les intervenants à domicile. (45) La littérature sur le contenu des courriers médicaux de patients adressés aux urgences ne semble donc pas aussi optimiste que ce que nos participants nous laissaient entendre sur certaines informations, notamment en ce qui concerne les items gériatriques et sociaux. Nous pouvons supposer qu'un biais ait été responsable de cet écart entre ce que nos participants affirmaient écrire et ce qui est réellement retrouvé en général. C'est l'effet Hawthorne. Le fait d'être l'objet d'une attention particulière de la part de l'enquêteur et le fait d'avoir été choisi comme sujet de l'étude peut contribuer à donner une meilleure estime de soi. En outre, des oublis sur ces items dans la précipitation de l'écriture d'un courrier en contexte d'urgence sont probables, comme l'avaient évoqués certains de nos participants.

Les informations que nos participants déclaraient le moins écrire concernaient des aspects gériatriques, sociaux et éthiques : lieu de vie, personne à prévenir et personne de confiance, directives anticipées, protection juridique, éléments de dépendance, devenir du patient envisagé. La comparaison avec la littérature est délicate car les critères d'analyse regroupent généralement plusieurs aspects sociaux de manière hétérogène. Il peut s'agir du type de lieu de vie et de son éventuelle description pour juger de son caractère adapté, de l'adresse du domicile, de la présence d'un entourage, de la proximité de la famille, de différentes coordonnées, de la notion d'un retour possible dans le lieu de vie... Les études ayant recherché la présence de ces items dans les courriers de patients en population générale ont confirmé leur faible présence dans les courriers : moins de 20 % pour tous les critères. (20,46-48) L'étude dans la population de 70 ans et plus a retrouvé le type de lieu de vie dans 39 % des courriers. Les autres aspects sociaux étaient bien en deçà. (45) Une des autres études précisait que la présence d'au moins un renseignement d'ordre social (aides à domicile incluses) augmentait avec l'âge : 16 % des courriers des patients de 70 à 90 ans versus 50 % des courriers des patients de plus de 90 ans. (20) Les directives anticipées ont été étudiées dans une seule étude qui s'intéressait aux courriers en

population générale. Elles ont été mentionnées dans 2 % des lettres. (46) Aucune étude ne s'est intéressée à la mention d'une éventuelle mesure de protection juridique dans les courriers. Concernant la dépendance, l'étude dans la population de 70 ans et plus a retrouvé cet aspect dans 30 % des courriers en recherchant la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne alors que ces altérations concernaient 65 % des patients. (45)

Un grand écart entre les informations considérées comme importantes à transmettre selon les médecins spécialistes et ce qui est réellement transmis par les médecins généralistes a été rapporté par Gandhi et ses coauteurs. Cette étude rapporte également que 28 % des médecins généralistes semblaient insatisfaits de leurs propres lettres, principalement en raison de contraintes de temps ayant un impact sur la qualité de leurs courriers. (50) Une autre étude a retrouvé que moins d'un tiers des médecins spécialistes estimaient que les courriers d'adressage des médecins généralistes était de bonne qualité. (51)

Au sujet des attentes des médecins urgentistes sur les informations contenues dans le courrier médical en population générale, nous avons recensé quatre études qui se sont penchées sur la question. (20,44,47,48) Toutes n'avaient pas la même méthodologie et la même priorisation des données mais tous les éléments jugés les plus importants figurent sur la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Si l'on s'en tient à celle ayant l'effectif le plus important de médecins urgentistes, dix critères indispensables (≥ 90 % de réponses) et huit critères importants (70 à 89 % de réponses) ont été listés. Les critères indispensables étaient : traitement mis en urgence, traitement habituel détaillé, antécédents, identité du patient, anamnèse, examens paracliniques faits en ville, identité du médecin rédacteur, motif initial de consultation auprès du médecin adressant (critère équivalent à l'anamnèse), allergies, date de la lettre, motif de transfert vers les urgences. Les critères importants étaient : autonomie, identité du médecin traitant, examen physique, personne à joindre, constantes, lieu de vie, hypothèses diagnostiques, âge du patient. (48)

3.4. La déficience des dossiers médicaux laissés à domicile

La tenue de dossiers médicaux laissés au domicile des patients suivis en visite par nos participants était loin d'être systématique. S'ils étaient mis en place, les dossiers étaient en format papier. Les supports utilisés étaient très hétérogènes, tout comme les éléments que les médecins incluaient. Une minorité de nos participants s'astreignaient à mettre au minimum la liste des antécédents, des allergies et des traitements. Les observations médicales constituaient l'élément le plus souvent rapporté. Les médecins semblaient se reposer sur le dossier de soins infirmiers ou sur le dossier de Santé Service si le patient bénéficiait de telles prestations. La plupart ne semblaient pas prendre l'initiative de laisser un dossier bien structuré. Enfin, les médecins ne demandaient pas fréquemment à leurs patients d'apporter le dossier lorsqu'ils étaient admis à l'hôpital par crainte qu'il soit perdu.

Une revue de la littérature sur le dossier médical libéral et la visite à domicile a retrouvé que les médecins n'avaient pas de dossier médical à disposition lors des visites dans 44 à 54 % des cas. (52) Un travail sur le dossier médical du patient dépendant vu à domicile a montré que le dossier pouvait se trouver à la fois au cabinet et chez le patient (15 %), uniquement chez le patient (18 %) mais surtout uniquement au cabinet (44 %) ; les autres cas étaient fonction des patients (23 %). (53)

Lorsqu'ils étaient en visite, certains de nos participants ne disposaient pas de toutes les informations utiles, sur les antécédents entre autres, qu'ils auraient pourtant communiqué si l'adressage avait eu lieu au cabinet. Ils ne connaissaient évidemment pas de tête tous les éléments concernant un patient vu à domicile en urgence alors que le suivi habituel avait lieu au cabinet. Ils pouvaient avoir tendance à sélectionner les antécédents les plus importants même s'ils avaient un dossier à disposition du fait de devoir écrire à la main. Ils pouvaient ne pas disposer du tout d'informations au domicile car le dossier était uniquement informatique au cabinet. Enfin, la majorité de nos participants trouvait que l'adressage des patients âgés aux urgences était chronophage ce qui pouvait les inciter à réduire le temps consacré à la rédaction du courrier médical. Les médecins généralistes ayant participé à l'étude dernièrement citée n'étaient que 22 % à affirmer avoir toujours suffisamment d'éléments à fournir lorsqu'ils étaient en visite pour adresser un patient en hospitalisation. Cette étude a identifié que 49 % des médecins n'étaient pas satisfaits de leurs dossiers concernant les patients dépendants qu'ils suivaient à domicile. (53) Il a été montré que le manque de temps et d'informations sur le patient sont les principaux obstacles à la réalisation d'une lettre bien structurée. (44)

Les patients ne se déplaçant pas au cabinet ne bénéficient donc pas forcément d'un dossier médical à leur domicile. S'il existe, il ne repose pas forcément sur un support permettant de trouver facilement certaines informations, sous réserve que ces dernières aient été inscrites par le médecin généraliste. Ainsi, un médecin qui interviendrait en situation d'urgence, au chevet d'un patient âgé qu'il ne connaît pas, ne disposera pas facilement des informations utiles pour sa prise en charge. De fait, il ne pourra pas communiquer les informations utiles à la prise en charge hospitalière ultérieure éventuelle.

3.5. Beaucoup d'arrivées aux urgences sans courrier médical

L'enquête sur un jour donné de 2013 montrait que 20 % des patients âgés de 75 ans et plus aux urgences avaient été adressés par un médecin libéral. (38) Cela signifie qu'au moins 80 % des patients âgés arrivant aux urgences n'ont pas de courrier médical d'adressage. Si ces patients disposaient chez eux de la fiche de liaison gériatrique d'urgence avec la première partie préremplie, la transmission d'informations sur l'état basal du patient pourrait être assurée. Ainsi, les patients, leurs familles et les services de secours à la personne pourraient être encouragés à apporter cette fiche aux urgences.

4. Discussion des résultats en lien avec l'objectif principal : découverte et expérimentation de la fiche de liaison gériatrique d'urgence

Lors des premiers entretiens, les participants ont découvert la fiche de liaison gériatrique d'urgence et en ont discuté avec l'enquêteur. Une expérimentation de la fiche en remplacement du courrier médical habituel était ensuite proposée.

Au terme de la période d'expérimentation, les seconds entretiens ont permis de répondre à notre objectif principal, à savoir :

- évaluer l'utilisation réelle de la fiche de liaison gériatrique d'urgence, les bénéfices ressentis et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'objectif d'une amélioration de cet outil pour un emploi efficace et bénéfique pour la continuité des soins des personnes âgées entre les soins primaires et les urgences.

4.1. Un outil expérimenté de diverses manières

La moitié des participants qui avaient accepté de tester la fiche l'a finalement réellement expérimentée. Les autres avançaient diverses raisons : absence d'adressage de patients âgés aux urgences durant la période allouée, pratique très perturbée par le premier confinement en lien avec la pandémie de Covid-19, indisponibilité de la fiche, oubli... Certains médecins ont rempli la première partie en amont pour plusieurs patients voire pour l'intégralité de leurs patients suivis à domicile, mais aucun d'entre eux n'a dû être admis aux urgences durant la période d'expérimentation. D'autres médecins ont remplacé la rédaction de leur courrier médical par le remplissage intégral de la fiche au moment de l'adressage aux urgences, préférentiellement pour des patients vus en visite. La version manuscrite a été utilisée par plus de praticiens que la version dactylographiée. Mais les deux praticiens ayant rempli une fiche pour chacun de leurs patients suivis à domicile ont préféré utiliser la version PDF remplissable.

4.2. Un outil aux multiples avantages

Tous les items de la fiche étaient adaptés pour la quasi-totalité des participants. Le volume d'informations demandées était satisfaisant. L'ensemble des items retenus dans le travail de G. Chauvot (29) était donc adapté pour la très grande majorité de nos participants. La conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences a émis cette recommandation : « une importance toute particulière est donnée à la lettre du médecin traitant et aux documents des acteurs préhospitaliers ». Elle énumère les multiples données qui doivent être recueillies par les différents acteurs des urgences. (54) Quasiment tous les items de la fiche de liaison gériatrique d'urgence sont des données à recueillir. En utilisant la fiche, les médecins généralistes faciliteront la prise en charge initiale ce qui optimisera le temps des différents intervenants aux urgences.

Les avantages estimés et les avantages ressentis après expérimentation de la fiche étaient assez similaires. Les principaux avantages étaient de n'oublier aucune information à transmettre au médecin urgentiste et d'être incité à noter plus d'éléments que ce qui est communiqué dans les courriers médicaux habituels, notamment concernant les aspects gériatriques, sociaux et éthiques. La systématisation améliore la rigueur. Certains items ne sont pas inscrits par le médecin traitant car il peut ne pas lui sembler utile de préciser leur caractère normal. Par exemple, l'absence d'altération cognitive ne sera pas forcément précisée. Le médecin traitant connaît le statut cognitif de son patient mais pas le médecin urgentiste. Ces éléments sont utiles au médecin urgentiste mais aussi au médecin gériatre (ou à un autre spécialiste) en cas d'hospitalisation. Cela pourrait gagner du temps aux

médecins hospitaliers, en évitant de devoir appeler le médecin traitant, la famille ou les intervenants à domicile en quête d'informations manquantes. Leur travail n'en serait que facilité et la prise en charge du patient plus optimisée. Le travail de A-C. Kong Win Chang a retrouvé une nette amélioration de la qualité et de la quantité d'informations transmises lors de l'admission d'un patient à l'hôpital grâce à l'utilisation d'un courrier standardisé. (55) Le remplissage de la fiche de liaison gériatrique d'urgence était simple et non contraignant, que ce soit en version manuscrite ou dactylographiée. Certains praticiens imaginaient bien que la mise à disposition à domicile de cet outil structuré et rempli serait très utile pour n'importe quel professionnel de santé devant prendre en charge un patient âgé en urgence (médecin remplaçant, médecin de garde, médecin de structure ambulatoire d'urgence, médecin du service mobile d'urgence et de réanimation...). Les avis divergeaient sur un éventuel gain de temps global en utilisant cet outil. Les médecins ayant expérimenté la fiche ont jugé en tout cas que le temps de remplissage était très acceptable. Le remplissage de la première partie en amont de l'adressage permettait d'inciter les médecins généralistes à discuter avec leurs patients de la rédaction de directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance. Ces aspects sont trop peu formalisés à l'heure actuelle. Seulement 14 % de l'ensemble des français ont rédigé leurs directives anticipées. En considérant uniquement les personnes de 65 ans et plus, le taux ne s'élève qu'à 17 %. (56) La fiche peut constituer un moyen d'ouvrir le dialogue sur ces aspects qui ne sont pas forcément simples à aborder. Enfin, la mise en page et la lisibilité de la fiche étaient très adaptées. Le format d'une feuille unique avec une partie sur chaque page permet d'avoir une vue synthétique de la situation. La structuration par items de la première partie permet de guider le médecin traitant pour ne rien oublier, tout en offrant la possibilité d'ajouter des renseignements complémentaires adaptés et importants à ses yeux sur l'état basal de son patient. Le caractère rédactionnel plus libre de la deuxième partie permet au médecin adresseur de relater les éléments sur la situation actuelle, dans l'ordre qu'il juge pertinent, pour s'adapter au mieux au tableau présenté par le patient.

Les avantages d'une lettre type rapportés par le Docteur Ramanayake sont en accord avec ce qui a été retrouvé dans notre étude. (57) Une revue de la littérature sur la communication dans les soins de santé a étudié 69 publications entre 1985 et 2014. Une des conclusions est qu'il existe un besoin clair d'une approche structurée pour garantir la transmission des éléments requis. (58) De nombreuses études suggèrent également l'utilisation d'une lettre type pour adresser un patient aux urgences. (20,21,43-48,59,60)

4.3. Limites de l'outil et adaptations proposées

Sans explication de la part de l'enquêteur, 60 % de nos praticiens n'avaient pas parfaitement compris lors de sa lecture le fonctionnement attendu de la fiche. La formulation et la lisibilité des titres des deux parties ont donc été retravaillées.

Quelques items sont reformulés suite aux remarques avant et après expérimentation des participants :

- en institution hors EHPAD (RPA...) est remplacé par en structure hors EHPAD (résidence pour personnes âgées...)
- lieu de vie adapté dans la première partie est modifié par logement source de difficultés pour un retour à domicile dans l'immédiat et figure désormais dans la deuxième partie

puisque le médecin urgentiste sera surtout intéressé de savoir s'il peut envisager un retour à domicile par rapport au contexte pathologique aigu (savoir si les conditions de vie habituelles sont adaptées en temps normal est moins de son ressort) ; une explication est donc demandée le cas échéant

- troubles cognitifs ? dans la première partie est changé par statut cognitif pour éviter un non remplissage en cas d'absence de troubles cognitifs
- directives anticipées est modifié par directives anticipées rédigées pour formaliser cet aspect et ne pas encourager les médecins généralistes à retranscrire brièvement ce que les patients leur auraient seulement dit à l'oral
- personne de confiance est changé par personne de confiance désignée avec un choix binaire pour formaliser là aussi cet aspect et éviter que les médecins généralistes ne communiquent l'identité d'une personne qui n'aurait pas été choisie pleinement et librement par le patient (nous avions constaté que certains médecins ne faisaient pas bien la différence entre personne à prévenir et personne de confiance)
- identification du patient à rappeler dans la deuxième partie est simplifié par identification du patient pour ne pas confondre avec une personne à contacter (nous souhaitons laisser cette répétition afin qu'il n'y ait pas de souci d'identification dans le cas où les médecins imprimeraient les deux parties sur deux feuilles séparées) ; cela permet aussi de communiquer le bon âge du patient, qui est plus rapidement informatif que la date de naissance (restant indispensable dans la première partie pour éviter tout risque en cas d'homonymie entre deux patients)
- destinataires et/ou professionnel(s) de santé prévenu(s) est modifié par médecin(s) hospitalier(s) éventuellement contacté(s) avant l'adressage afin de lever toute ambiguïté et de permettre au médecin adresseur de noter le nom du ou des spécialiste(s) contacté(s) le cas échéant et/ou le nom de l'urgentiste prévenu par téléphone si cela présente un intérêt ; concernant le destinataire, la lettre doit être adressée « au médecin du service hospitalier » (13) (sans obligation de donner un nom), ce qui pourra être écrit sur l'enveloppe.

Quelques médecins soulevaient l'absence d'items sur les intervenants à domicile et la dépendance éventuelle du patient pour les actes de la vie quotidienne, notamment la locomotion. Ces items n'avaient pas été validés dans le travail de G. Chauvot (nommés aides humaines et statut fonctionnel descriptif). Nous avions juste inclus entre parenthèses dépendance dans le cadre d'écriture libre sur les renseignements complémentaires éventuels de la première partie. Suite aux commentaires de nos participants et au remplissage hétérogène de ces éléments lors de l'expérimentation, nous choisissons de préciser ces aspects avec les termes éléments de dépendance dans les actes de la vie quotidienne et intervenants à domicile, tout en les laissant dans ce cadre libre. Ce sont des éléments qui permettront au médecin urgentiste de constater une évolution de l'état actuel du patient âgé par rapport à son état de base et de l'aider dans sa décision sur la possibilité d'un retour à domicile. Dans le travail de G. Chauvot, certains experts avaient évoqué la fonction rénale et le poids de base (29). Au vu des commentaires favorables de nos participants sur ces données, nous les laissons telles quelles dans ce même cadre.

Le principal frein à l'utilisation de la fiche, notamment pour les médecins ne l'ayant pas expérimentée, était de devoir changer ses habitudes. Et ce changement peut nécessiter du temps pour la mise en place de ce système. Cependant, le fait que tous les médecins l'ayant expérimentée veuillent continuer à l'utiliser nous rassure sur le fait que cette adaptation est loin d'être irréalisable. Deux médecins sur les quatre ayant rempli la

première partie de la fiche en amont l'ont même mise en place sur la période limitée d'expérimentation chez tous leurs patients âgés de 75 ans et plus suivis à domicile.

L'actualisation de la fiche était considérée comme une contrainte, notamment pour les patients suivis à domicile. La périodicité proposée par les médecins était divergente. Une révision annuelle au minimum était proposée dans tous les cas, et idéalement après chaque changement d'élément sur l'état basal. Un système de rappel a été évoqué. La réévaluation de la fiche pourrait être l'occasion de suivre les recommandations de la HAS sur la prise en charge de la personne âgée polypathologique en soins primaires. Il est recommandé d'assurer un suivi et une réévaluation des diagnostics et des traitements au moins une fois par an, et ce suivi est à renforcer dans les périodes à risque de rupture du parcours (décompensation, transitions ville-hôpital et hôpital-ville, nouvelle maladie, modification de l'entourage...). (7)

Concernant le traitement habituel pour les patients suivis à domicile, élément le plus susceptible de changer fréquemment, certains praticiens préféraient joindre l'ordonnance. Pour pallier le risque que l'ordonnance ne soit pas jointe car non trouvée au domicile ou oubliée, nous émettons deux possibilités :

- soit lier le duplicata de l'ordonnance à la fiche avec un trombone si l'ordonnancier utilisé lors du renouvellement de traitement est en papier autocopiant (papier carbone)
- soit remplir ce cadre au crayon à papier pour faciliter les modifications (ainsi que la case date de remplissage ou de mise à jour de cette première partie).

Avant de tester la fiche, la taille limitée de certains cadres avait été évoquée. Après expérimentation, les praticiens disaient s'être adaptés sans difficulté. Nous avons quand même légèrement agrandi ces cadres dans la version améliorée de la fiche.

Les médecins mettaient en garde sur la nécessité de trouver facilement la fiche au domicile des patients. Il faut effectivement un endroit facile et logique pour que le médecin consultant le patient en urgence la trouve. Les patients bénéficiant de soins infirmiers réguliers doivent avoir un dossier de soins infirmiers en vertu de l'article R4312-35 du Code de la santé publique. (61) La fiche de liaison gériatrique d'urgence peut y trouver toute sa place. Pour les patients n'ayant pas de dossier de soins infirmiers à domicile, nous proposons que la fiche soit rangée dans la pochette porte ordonnance (pouvant accueillir la carte vitale et la carte de complémentaire santé) souvent donnée par les pharmacies.

Le fait de laisser des informations médicales à domicile pose la question du respect du secret médical. Comme rapporté par nos participants, certains patients ont des dossiers médicaux à domicile. La fiche ne ferait donc pas courir de risque supplémentaire. Il peut tout de même être proposé de glisser la fiche préremplie dans une enveloppe où serait marquée la mention : CONFIDENTIEL - FICHE DE LIAISON GÉRIATRIQUE D'URGENCE - À PORTER SI ADMISSION AUX URGENCES.

La version améliorée de la fiche figure en annexe 6.

4.4. Éléments de réponse à certaines critiques exprimées

Un médecin avait critiqué la présence des items sur une éventuelle mesure de protection juridique et la personne de confiance. Un autre médecin était dubitatif sur les directives anticipées pour un adressage aux urgences. Cette requête systématique imposée par la fiche nous semble tout de même préférable pour inciter les médecins à noter ces informations, très souvent absentes des courriers médicaux. En cas d'absence de ces données, il suffit de cocher la case *non*. La première partie de la fiche étant conçue pour préparer un futur adressage, il n'est pas possible de savoir si le motif d'adressage entraînera le besoin de recourir à ces éléments. De plus, même si la fiche est remplie en intégralité lors de l'adressage pour un tableau semblant bénin, nul ne peut être certain que le patient ne présentera pas d'autres pathologies ou des complications plus graves en milieu hospitalier. Deux médecins ne voyaient pas d'intérêt à noter l'heure à laquelle le médecin adresseur prenait en charge le patient. Cette donnée, très brève à noter, nous semble importante car possiblement informative pour le médecin urgentiste sur l'évolution de l'examen clinique et des constantes.

Deux médecins partageaient le sentiment que la fiche constituait un papier de plus à remplir. Ils souhaitaient éviter la tendance actuelle au cumul des papiers et espéraient un logiciel médical unique partagé entre tous les professionnels de santé. Cette idée nous semble très louable mais loin d'être en projet à l'heure actuelle. L'un des deux pensait également que la structuration du courrier médical avec la fiche serait moins percutante lors de sa lecture par le médecin urgentiste qu'un courrier médical classique. Une étude a montré que les lettres structurées ne prennent pas plus de temps à lire et qu'elles améliorent la compréhension. (62)

4.5. Une bonne acceptabilité de cet outil pour les patients suivis en visite à domicile en l'état actuel

Les sept médecins ayant pu expérimenter la fiche désiraient continuer à l'utiliser. Cinq médecins sur les sept n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter désiraient la tester à l'avenir. Un médecin avait refusé l'expérimentation du fait qu'il avait déjà mis en place un système de dossiers laissés à domicile avec une fiche de synthèse qu'il tenait bien à jour. Au total, douze médecins sur les quinze de l'étude se sont montrés intéressés par la fiche de liaison gériatrique d'urgence. Nous en concluons que cet outil fait preuve d'une bonne acceptabilité. Son fonctionnement théorique avec son remplissage en deux temps convient à la majorité des médecins. Ils désirent la mettre en place préférentiellement pour leurs patients âgés de 75 ans plus suivis en visite à domicile. Certains préfèrent la version manuscrite, d'autres la version dactylographiée qui présente l'avantage de pouvoir être enregistrée, modifiée puis réimprimée. En revanche, une mise en place pour les patients âgés suivis au cabinet semble trop contraignante à l'heure actuelle en raison des facultés des logiciels médicaux d'intégration automatique de certains éléments dans le courrier. Pour permettre à ces patients de bénéficier de la fiche, il faudrait que les éditeurs des logiciels intègrent cette fiche dans la fonction d'édition des courriers et qu'un maximum de données soient remplies automatiquement depuis le contenu du dossier médical.

5. Perspectives d'avenir de la fiche de liaison gériatrique d'urgence

Afin de développer ce projet, nous prévoyons la diffusion de la fiche de liaison gériatrique d'urgence aux médecins généralistes par courriel à l'échelle départementale par l'intermédiaire du CH de Bayonne et du CH de Pau. Nous avons pris contact avec les chefs de service des équipes mobiles gériatriques. Il pourrait également être envisageable de proposer le téléchargement de la fiche sur les sites internet de ces centres hospitaliers. Nous pensons que l'impact auprès des médecins traitants n'en sera que meilleur si l'outil est proposé par les centres hospitaliers où les médecins adressent leurs patients.

Afin de concrétiser ce projet sur un plus long terme et dans le cadre de l'ère numérique, nous avons pris contact avec l'équipe ayant développé l'outil numérique Paaco-Globule afin d'envisager l'intégration de la fiche. Paaco-Globule est l'outil régional en e-santé de coordination qui doit être utilisé par les acteurs de soins de la région et qui est en pleine expansion. Actuellement en 2021, 380 000 patients en bénéficient. Globule est un logiciel en ligne accessible sur ordinateur, tablette et smartphone. Il doit permettre de fluidifier les parcours de santé et faciliter le lien ville-hôpital. (63) Il inclue une documenthèque où pourrait y figurer la première partie préremplie de la fiche. Cela permettrait également de ne pas laisser la fiche en format papier pour les médecins traitants réticents à laisser des données médicales à domicile vis-à-vis du secret médical. Lorsqu'un médecin intervient au domicile d'un patient âgé, il pourrait remplir la deuxième partie de la fiche et la partager instantanément dans Globule (en la numérisant avec sa tablette ou son smartphone voire en la remplissant directement dans le logiciel). Cela aurait l'avantage de conserver une trace de la rédaction et d'éviter une éventuelle perte de la fiche avant ou durant le passage aux urgences. Cela n'aurait évidemment d'intérêt que si les urgences ont accès au logiciel. L'intégration prévue de la messagerie sécurisée de santé dans Globule pourrait aussi être un moyen de transmettre la fiche de manière dématérialisée aux urgences.

Il pourrait également être envisagé de proposer aux éditeurs des principaux logiciels médicaux d'intégrer la fiche dans les modèles de courriers. Cela encouragerait certainement les médecins généralistes à la mettre en place pour les patients âgés suivis habituellement au cabinet. Il existe une synthèse dénommée Volet de Synthèse Médicale (VSM) qui peut être facilement éditée si les données ont été remplies dans les rubriques adéquates des logiciels médicaux. Mais son contenu n'est ni adapté aux personnes âgées ni à l'urgence. Et bien que nous n'ayons pas retrouvé d'étude ou de chiffre officiel sur son utilisation, notre expérience nous a montré que le VSM est très peu employé.

Enfin, dans l'hypothèse où le DMP serait davantage utilisé à l'avenir par les médecins généralistes, la première partie de la fiche pourrait y avoir toute sa place. Il n'est actuellement pas possible pour les médecins généralistes d'y ajouter des documents en dehors du cabinet médical.

Nous pensons que la diffusion de la fiche de liaison gériatrique d'urgence ne pourra se faire sans une communication claire sur son fonctionnement et ses avantages. Il est primordial d'éviter l'écueil de faible utilisation qu'ont rencontré deux études qui ont expérimenté la diffusion de fiches standardisées d'adressage aux urgences. (46,64) Pour cela, une notice explicative de qualité devra accompagner la diffusion de la fiche pour faciliter son appropriation par les médecins généralistes.

6. La récente recommandation de la HAS

Notre veille documentaire a permis de constater que la HAS s'est penchée sur notre sujet. Alors que nous touchions à la fin de la rédaction de notre travail, un outil intitulé *Dossier de liaison d'urgence domicile (DLU-Dom)* a été publié en mars 2021. (65,66)

Le DLU-Dom est un ensemble synthétique de documents souhaitant optimiser la prise en charge d'une personne vulnérable par tout médecin intervenant en urgence au domicile ou dans un service d'urgences. Il cible les personnes vulnérables vivant à domicile : les personnes âgées dépendantes (notamment les 75 ans et plus) et les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge. Le DLU-Dom doit permettre :

- de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées
- d'identifier les différents acteurs ou référents intervenant dans l'accompagnement de la personne
- de sécuriser le retour à domicile par la transmission d'informations nécessaires à l'accompagnement et au réajustement des interventions d'aide et de soins.

Pour cela, le DLU-Dom se compose de deux éléments :

- le document de liaison d'urgence contenant une série d'items sur l'environnement du patient et une série d'items médicaux, tenant sur une feuille recto-verso, à remplir en dehors de tout contexte d'urgence par le médecin traitant pour la partie médicale et par le patient âgé et/ou les professionnels des services à domicile et/ou un proche aidant pour la partie sur l'environnement ; il est accompagné d'une liste permettant de contrôler les différents documents à joindre (annexe 7)
- la fiche de liaison d'urgence composée d'une fiche « aller » au recto (fiche de transfert du domicile vers les urgences, à remplir par la personne présente au moment de l'urgence, idéalement un médecin) et d'une fiche « retour » au verso (fiche de transfert des urgences vers le domicile, à remplir par un professionnel de santé au moment de la sortie pour un retour direct à domicile) (annexe 8).

Il est bien précisé que le document de liaison d'urgence est rempli sous la responsabilité du médecin traitant. Cela suggère sa forte implication dans le remplissage et la vérification de ce document. Il doit être mis à jour au moins une fois par an et dès que la situation du patient se modifie. De nombreux documents annexes sont à joindre au document de liaison d'urgence dont certains nécessitent d'être renouvelés fréquemment (ordonnances en cours, résultats récents de biologie, compte-rendu de la dernière hospitalisation...).

Seule une version manuscrite est proposée à l'heure actuelle. Si le document de liaison d'urgence ne revient pas à domicile après un passage hospitalier, il faudra le réécrire à la main en intégralité. Cependant, il est expliqué que l'objectif est d'aboutir à terme à un document dématérialisé alimentant le DMP.

D'après la HAS, le DLU-Dom n'a pas vocation à remplacer les lettres de liaison des médecins mais doit permettre de présenter certains éléments de manière standardisée. Il n'y a en effet aucun cadre prévu pour rapporter l'histoire de la maladie, l'examen physique ou encore les hypothèses diagnostiques dans la fiche « aller ». De la même manière, la fiche « retour » contient les informations utiles à la continuité de l'accompagnement et des soins

lors du retour du patient à son domicile mais elle ne contient aucun cadre sur le diagnostic, les investigations et les thérapeutiques administrées ; le médecin urgentiste doit toujours adresser un résumé du passage aux urgences au médecin traitant. L'outil proposé par la HAS permet donc de laisser des informations préremplies au domicile des patients âgés mais ne se substitue pas à la rédaction du courrier médical d'adressage contrairement à la fiche de liaison gériatrique d'urgence.

L'élaboration des éléments du DLU-Dom a reposé sur une analyse de la littérature (incluant la publication de G. Chauvot (35)) et sur les expertises des membres d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture. Ces groupes étaient composés de médecins urgentistes, d'usagers, de professionnels des services à domicile et de professionnels de santé libéraux. Notre sentiment est qu'il en résulte une accumulation importante d'items à remplir, à la demande de chacune des parties. Outre les multiples coordonnées des professionnels demandées, certains items nous semblent assez futiles pour un dossier d'urgence (tels que vaccinations, régime, liste des prothèses et objets personnels...).

Un des objectifs du DLU-Dom est le même que celui de la fiche de liaison gériatrique d'urgence : améliorer la transmission des informations entre les soins primaires et les urgences pour une meilleure coordination des soins. Cependant, notre étude de terrain avec davantage de médecins généralistes sollicités et l'expérimentation réelle de la fiche de liaison gériatrique d'urgence nous font penser que notre projet est un processus moins lourd et plus acceptable.

L'expérimentation d'un outil semblable au DLU-Dom a été menée en 2017 sur le territoire du Réolais et a été étudiée par P. Caignard. Cet outil, appelé Enveloppe Santé, contient quatre feuillets : un feuillet administratif, un feuillet intervenants, un feuillet autonomie et un feuillet médical. Les différents feuillets sont à remplir en amont d'une hospitalisation, par le médecin traitant, la famille, parfois le patient lui-même, ainsi que par les différents intervenants à domicile. L'Enveloppe Santé doit rester au domicile du patient jusqu'à un adressage ultérieur à l'hôpital. Elle doit permettre au personnel hospitalier d'avoir accès à toutes les informations nécessaires à la prise en charge d'un patient vulnérable lors d'une hospitalisation prévue ou non. Mais là encore, la rédaction d'un courrier médical d'adressage reste nécessaire. Bien que ce projet ait enthousiasmé la plupart des participants, l'auteur reconnaît qu'un tel outil souffre de difficultés de mise en place. La nécessaire coordination entre les différents acteurs du soin n'est pas aisée et certains professionnels médicaux et paramédicaux émettaient des doutes sur son utilité en faisant doublon avec l'éventuel dossier laissé à domicile. Certains n'étaient pas motivés à changer leurs habitudes et évoquaient une charge de travail supplémentaire. La problématique de joindre les multiples documents demandés était aussi soulignée. (67)

Notre avis est qu'un outil synthétique a plus de chances d'être adopté par les médecins traitants qu'un outil nécessitant un cumul de documents, qui sera indéniablement vu comme de nouvelles contraintes de paperasserie, risquant ainsi de compromettre son utilisation. Nous trouvons regrettable que la HAS ait prévu une évaluation qualitative du DLU-Dom seulement auprès des professionnels de santé exerçant en service d'urgences via leurs retours d'expérience sur l'utilisation et le remplissage des différents items. Nous avons transmis notre travail aux auteurs de ces publications de la HAS à toutes fins utiles. La fiche de liaison gériatrique d'urgence regroupe moins d'informations que le DLU-Dom et l'Enveloppe Santé mais nous pensons que ses chances d'être utilisée sont meilleures.

CONCLUSION

Notre étude qualitative de terrain a permis d'explorer les habitudes et les difficultés des médecins généralistes lorsqu'ils souhaitent adresser en urgence en milieu hospitalier un patient âgé de 75 ans et plus ne résidant pas en EHPAD. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la thématique de la rédaction du courrier médical d'adressage aux urgences. Cette rédaction était systématique chez nos quinze participants et n'était pas considérée comme une tâche difficile ou chronophage pour la majorité d'entre eux. Mais certains reconnaissaient ne pas noter toutes les informations pouvant pourtant être nécessaires aux médecins urgentistes puis aux spécialistes en cas d'hospitalisation. De nombreuses études montrent que le contenu des courriers n'est généralement pas satisfaisant pour les médecins urgentistes. Le manque de temps et la disponibilité des informations notamment à domicile semblent être les principales explications à ces courriers incomplets.

Ainsi, il a été proposé à nos participants d'expérimenter une lettre type dont les items, issus d'une revue bibliographique, ont été considérés comme nécessaires et adaptés à l'urgence par un groupe d'experts lors d'une précédente thèse. Cet outil, nommé fiche de liaison gériatrique d'urgence, peut permettre à n'importe quel médecin d'adresser un patient âgé vers une structure d'urgences avec une transmission efficiente d'informations administratives, médicales, sociales et éthiques. Cette fiche comprend une première partie sur le recto avec les informations courantes, idéalement préremplie par le médecin traitant, et une deuxième partie sur le verso liée à la situation d'urgence, à remplir par n'importe quel médecin adresseur. La fiche peut être utilisée en version dactylographiée (PDF remplissable, modifiable et sauvegardable) et/ou manuscrite. L'expérimentation a été acceptée par quatorze participants et sept d'entre eux ont pu réellement tester la fiche.

Les avantages estimés lors de la découverte de la fiche et les avantages ressentis après expérimentation étaient multiples. Tous les items étaient jugés appropriés pour la grande majorité des participants. La standardisation permet d'améliorer la rigueur et d'éviter les oublis de transmission de certaines informations, notamment sur les aspects gériatriques, sociaux et éthiques. Le remplissage était simple, non contraignant et de durée très acceptable pour les médecins ayant expérimenté la fiche. Le remplissage de la première partie en dehors de l'urgence peut inciter à réévaluer les antécédents ou pathologies en cours ainsi que les traitements habituels. Il peut aussi être un moyen d'ouvrir le dialogue sur les aspects éthiques qui ne sont pas forcément simples à aborder. Enfin, le format, la mise en page et la lisibilité de cet outil permettent une vue synthétique de la situation.

L'actualisation de la fiche était considérée comme une contrainte, notamment pour les patients suivis à domicile. Il faut prévoir au minimum une révision annuelle. Idéalement, la fiche devrait être modifiée après chaque changement d'élément sur l'état basal.

La fiche doit être facilement accessible pour le médecin prenant en charge un patient en contexte d'urgence. Le dossier de soins infirmiers à domicile ou la pochette porte ordonnance peuvent être des lieux de rangement privilégiés. Afin de faciliter la préservation du secret médical chez les patients les plus vulnérables, il est proposé de glisser la fiche préremplie dans une enveloppe avec intitulé de confidentialité.

La mise à disposition à domicile de cet outil structuré et prérempli sera très utile pour n'importe quel professionnel de santé devant prendre en charge un patient âgé à domicile en urgence. En effet, le dossier médical, s'il est parfois présent chez les patients suivis habituellement à domicile, est régulièrement peu efficient pour disposer des informations utiles. Les patients, leurs familles et les services de secours à la personne doivent être encouragés à apporter cette fiche aux urgences.

Des adaptations de la fiche ont été effectuées suite aux remarques des participants pour aboutir à une version améliorée.

Certains praticiens n'ayant finalement pas expérimenté la fiche évoquaient le fait de devoir changer leurs habitudes comme un frein. Pour limiter cette appréhension et faciliter l'adoption de cet outil, il est nécessaire de bien expliquer les avantages de cette fiche pour eux-mêmes et pour leurs confrères libéraux et/ou hospitaliers pouvant être amenés à prendre en charge leurs patients âgés en urgence. L'objectif principal est avant tout de favoriser une bonne continuité des soins dans l'intérêt de leurs patients âgés.

Douze médecins sur les quinze de l'étude avaient l'intention d'utiliser (ou d'expérimenter s'il n'avaient pas pu le faire durant la période allouée) la fiche de liaison gériatrique d'urgence dans leur future pratique. Cet outil fait donc preuve d'une bonne acceptabilité. Son fonctionnement avec son remplissage en deux temps convient à la majorité d'entre eux. Ils désirent mettre en place la fiche préférentiellement pour leurs patients âgés de 75 ans et plus qu'ils suivent en visite à domicile.

La diffusion de cet outil par courriel aux médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques est prévue grâce au soutien des chefs de service des équipes mobiles gériatriques des CH de Bayonne et de Pau. La fiche devrait également être téléchargeable sur les sites internet de ces centres hospitaliers. La possibilité d'intégration de la fiche dans l'outil numérique Paaco-Globule est en cours de réflexion. Selon l'évolution du DMP, la fiche pourrait y trouver toute sa place. Une intégration de la fiche dans les modèles de courriers proposés par les éditeurs des logiciels médicaux avec remplissage automatique de certains items encouragerait certainement les médecins généralistes à utiliser cet outil pour davantage de patients âgés, notamment ceux suivis habituellement au cabinet.

En se substituant à la rédaction du traditionnel mais souvent déficient courrier médical, la fiche de liaison gériatrique d'urgence améliore la transmission d'informations et donc la continuité des soins des personnes âgées entre les soins primaires et les urgences. Un passage aux urgences constitue souvent un moment à risque pour les personnes âgées. Cette porte d'entrée en hospitalisation est à éviter. Cependant, si l'urgence de la situation impose cette prise en charge, la fiche de liaison gériatrique d'urgence doit permettre de l'optimiser.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Institut national de la statistique et des études économiques. Pyramides des âges Bilan démographique 2020 [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5007688?sommaire=5007726
- 2. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1316
- 3. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. Paris: Insee; 2016 [cité 29 janv 2021]. (Insee Première; vol. 1619). Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228
- 4. Institut national d'études démographiques. Baby boom [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/lexique/baby-boom/
- Haute autorité de santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires Note méthodologique et de synthèse documentaire. Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
- 6. Le Garrec MA, Bouvet M. Comptes nationaux de la santé 2012 [Internet]. DREES; 2013 [cité 29 janv 2021]. (Études et statistiques). Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000770.pdf
- 7. Haute autorité de santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
- 8. Bouchon J-P. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? Rev Prat. 1984;34:888-92.
- 9. Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie. Réussir les ECNi. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. 383 p.
- 10. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011;9(4):387–90.
- 11. Fédération des observatoires régionaux des urgences. Activité des structures d'urgence 2019. Panorama des Observatoires régionaux des urgences [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2021/01/PANORAMA_FEDORU_2019_VF_compressed.pdf
- 12. Observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine. Activité des structures d'urgences 2019. Panorama de la région Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2019 [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://www.oruna.fr/system/files/public/2020_07_02_PANORAMA_WEB_compressed.pdf
- 13. Code de la santé publique. Article R1112-11 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908173/
- 14. Code de la santé publique. Article R4127-45 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000025843580/2012-05-09/
- 15. Code de la santé publique. Article R1112-1-1 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924480/2017-01-01
- 16. Haute autorité de santé, Collège national professionnel de gériatrie, Société française de gériatrie et gérontologie, Fédération française des maisons et pôles de santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
- 17. Haute autorité de santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

- 18. Code de la santé publique. Article R1112-1-2 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924484/2017-01-01
- 19. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007;7:133.
- 20. Chauvière G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences [Thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2013.
- 21. Chaumel F. Etude prospective descriptive des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des personnes de plus de 69 ans aux urgences [Thèse d'exercice]. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2005.
- 22. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. Arch Fam Med. 1995;4(5):403–9.
- 23. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? Br J Gen Pract. 1997;47(415):107-8.
- 24. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. S Afr Med J. 1996;86(12):1540–2.
- 25. Navarro CM, Miranda IAN, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002;31(5):537–43.
- 26. Haute autorité de santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Guide d'utilisation du dossier de liaison d'urgence (DLU). Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
- 27. CHU de Toulouse. Lettre de liaison: adressage des patients [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/-lettre-de-liaison-adressage-des-patients-
- 28. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Fiche Urgence Pallia (= SAMU Pallia) [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia
- 29. Chauvot G. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2017.
- 30. Haute autorité de santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode «Recommandations par consensus formalisé». Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
- 31. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57.
- 32. Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le règlement général sur la protection des données RGPD [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees
- 33. Institut national de la statistique et des études économiques. La grille communale de densité [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2114627
- 34. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff: Armand Colin; 2016.
- 35. Chauvot G, Ranchou B. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. Rev Geriatr. 2018;43(1):13-21.
- 36. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. E-santé: les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans [Internet]. Paris: DREES; 2020 [cité 16 mars 2021]. (Études et résultats; vol. 1139). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1139.pdf

- 37. Favre J, Maunoury T. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant: admission directe ou par les urgences? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2 Droit et Santé; 2014.
- 38. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences: une patientèle au profil particulier [Internet]. Paris: DREES; 2017 [cité 17 mars 2021]. (Études et résultats; vol. 1007). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1007.pdf
- 39. Fouquet A, Tregoat J-J, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. [Internet]. IGAS; 2011 [cité 23 avr 2021]. Report No.: RM2011-064P. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000408.pdf
- 40. Casabianca J. De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2019.
- 41. Ruchaud T. Évaluation des difficultés des médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2019.
- 42. Bravetti O. Identification des facteurs non médicaux influençant la décision d'une hospitalisation d'un patient en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2018.
- 43. Ninive C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste: analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot Paris 7; 2016.
- 44. Debecque G, Chaperon A, Porte A, Lassié P, Ribéreau-Gayon R, Brouste Y, et al. Évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences. Journal Européen des Urgences. 2004;17(Suppl 1):S52.
- 45. Dardenne J. Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées au service des urgences [Thèse d'exercice]. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2006.
- 46. Commont A. Lien Ville-Hôpital: étude des échanges interprofessionnels et proposition d'une lettre de liaison pour les médecins adressant un patient aux urgences [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille; 2019.
- 47. Mesnil C. Étude préliminaire descriptive des lettres d'adressage des médecins référents aux urgences de Lariboisière [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot Paris 7; 2016.
- 48. Tzebia KC. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie; 2015.
- 49. Gros D. Etude descriptive et prospective des courriers d'admission aux urgences du centre hospitalier Lyon-Sud: analyse des besoins du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
- 50. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication Breakdown in the Outpatient Referral Process. J Gen Intern Med. 2000;15(9):626–31.
- 51. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res. 2009;9:143.
- 52. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile: quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste? Une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2018.
- 53. Desechalliers C. Le dossier médical du patient dépendant vu à domicile: quelles pratiques? Quelles difficultés? Quel avenir? [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie; 2016.

- 54. Société francophone de médecine d'urgence. 10ème Conférence de Consensus Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte long. In Strasbourg; 2003 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
- 55. Kong Win Chang A-C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.
- 56. Fourquet J, Poët D. Les Français et les directives anticipées [Internet]. IFOP; 2017 [cité 6 avr 2021] p. 10. Report No.: 115025. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3875-1-study_file.pdf
- 57. Ramanayake RPJC. Structured Printed Referral Letter (Form Letter); Saves Time and Improves Communication. J Family Med Prim Care. 2013;2(2):145–8.
- 58. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract. 2015;69(11):1257–67.
- 59. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2006.
- 60. Viallon A, Akarzouz D, Leveques Y, Garcia F, Robert F, Gonthier R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. Journal Européen des Urgences. 2007;20(1, Suppl):S21.
- 61. Code de la santé publique. Article R4312-35 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496690/
- 62. Melville C, Hands S, Jones P. Randomised trial of the effects of structuring clinic correspondence. Arch Dis Child. 2002;86(5):374–5.
- 63. Ki-Lab. Globule Le dossier communicant en santé et social [Internet]. Le dossier communicant. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: http://www.globule.net
- 64. Millet J. Utilisation d'une fiche standardisée de transfert d'informations par les médecins généralistes adressant leurs patients dans un Service d'Accueil des Urgences: étude prospective observationnelle [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier 1; 2011.
- 65. Haute autorité de santé. DLU-Dom: dossier de liaison d'urgence domicile Argumentaire. Recommander les bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
- 66. Haute autorité de santé. Guide d'utilisation: Dossier de liaison d'urgence à domicile (DLU-Dom) Guide. Recommander les bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
- 67. Caignard P. Enveloppe Santé: outil de coordination ville/hôpital pour personnes âgées fragiles, expérimentation sur le territoire du Réolais [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2018.

ANNEXES

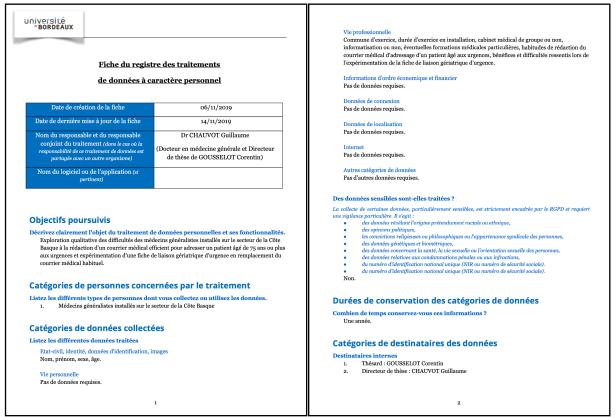
Annexe 1 : Version expérimentée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence > Recto

Première partie pouvant être remplie en amont de l'adressage aux urgences					
Identification du médecin rédacteur de cet Nom / prénom médecin : Adresse médecin : Téléphone médecin :	te première partie : ET/OU Cachet médecin :				
Date de remplissage de cette première part	ie:				
Identification du patient : Nom patient : Prénom patient : Né(e) le : Sexe patient : M F	Cadre de vie: Vit seul: Oui Non > avec qui? En institution hors EHPAD (RPA): Oui Non Lieu de vie adapté: Oui Non Adresse patient:				
Personne à prévenir si besoin :					
Nom / prénom personne à prévenir : Téléphone personne à prévenir : Identification du médecin traitant (si différent Nom / prénom médecin traitant : Téléphone médecin traitant :					
Téléphone personne à prévenir : Identification du médecin traitant (si différent Nom / prénom médecin traitant : Téléphone médecin traitant : Antécédents (médicaux, chirurgicaux, psyc					
Téléphone personne à prévenir : Identification du médecin traitant (si différent Nom / prénom médecin traitant : Téléphone médecin traitant : Antécédents (médicaux, chirurgicaux, psycontes) Allergies connues : Oui > lesquelles ?	Traitements habituels avec posologies (à la date de remplissage de cette première partie):				

Version expérimentée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence > Verso

	ne de liaison gériatrique d'urgence se substituant au courrier médical habitue Adressage aux urgences d'une personne âgée de 75 ans et plus (hors EHPAD
Deuxième partie à remplir au mo	oment de l'adressage aux urgences
Identification du médecin rédacteu Nom / prénom médecin : Adresse médecin : Téléphone médecin :	r de cette deuxième partie (si différent de celui de la première partie) :
Date de remplissage de cette deuxiè	me partie : Heure :
Identification du patient à rappeler Nom patient : Prénom patient : Age patient :	r:
Destinataire(s) et/ou professionnel((s) de santé prévenu(s) :
Motif d'adressage aux urgences :	
Première médication éventuelle don	ınée :
Renseignements complémentaires é	ventuels :
	En vous remerciant de votre prise en charge,
	Confraternellement,
	Dr
	Page 2/2

Annexe 2 : Fiche du registre des traitements de données à caractère personnel





Annexe 3 : Note d'information sur la conformité de l'étude au RGPD

INFORMATIONS SUR LA CONFORMITÉ AU RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES DE L'ÉTUDE DE GOUSSELOT CORENTIN EN VUE DE SA THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le sujet de l'étude portant uniquement sur les données personnelles de professionnels de santé collectées directement auprès des personnes concernées (identité et pratiques de soin), je vous informe au titre des articles 12 et 13 du Règlement Général sur la Protection des Données :

- que le responsable du traitement des données est le Dr CHAUVOT Guillaume, Docteur en médecine générale et Directeur de thèse de GOUSSELOT Corentin, joignable par courriel à .com;
- que la base juridique du traitement des données repose sur le consentement du participant ;
- que l'étude a pour objectifs :
 - d'explorer le vécu, la perception, les difficultés éventuelles ressenties des médecins généralistes lors d'une consultation ou d'une visite débouchant sur l'adressage d'un patient âgé de 75 ans et plus aux urgences, et notamment sur leurs habitudes concernant le courrier médical rédigé,
 - de proposer d'expérimenter un document dénommé « Fiche de liaison gériatrique d'urgence » sur deux mois en remplacement du courrier médical habituel,
 - d'évaluer l'utilisation réelle de la « Fiche de liaison gériatrique d'urgence », les bénéfices ressentis et les difficultés rencontrées dans l'objectif d'une amélioration de cet outil pour un emploi efficace et bénéfique pour les médecins généralistes;
- que les entretiens feront l'objet d'un enregistrement audio après recueil d'un consentement écrit, qu'ils seront pseudonymisés puis retranscrits par le thésard dans un fichier informatisé afin de permettre l'analyse des données;
- qu'il n'y a pas de caractère obligatoire de répondre à certaines questions et qu'un éventuel refus de réponse ne sera préjudiciable que pour la finalité de l'étude mais en rien pour le participant;
- que les données collectées avant analyse seront seulement communiquées au thésard et au responsable du traitement des données ;
- que les données collectées seront conservées le temps de mener l'étude, durée qui n'excèdera pas une année;
- que vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et que vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données;
- que pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données par courriel à <u>dpo@u-bordeaux.fr</u>;
- que vous avez le droit d'adresser une réclamation à la CNIL si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés.

	- · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Je vous rem	ercie vivem	ient de votr	e participation.

GOUSSELOT Corentin

Je soussigné Dr certifie avoir lu, compris et être en accord avec les informations ci-dessus. J'accepte de participer à l'étude de GOUSSELOT Corentin dans le cadre de sa thèse de médecine générale, et donne mon accord pour que nos entretiens fassent l'objet d'un enregistrement audio.

Signé le / / .

Annexe 4 : Dernière version du canevas pour les premiers entretiens > Page 1

CANEVAS POUR LES PREMIERS ENTRETIENS - VERSION MODIFIÉE

Bonjour, je vous remercie vivement d'accepter de prendre un peu de temps pour cette étude. Je m'appelle Corentin GOUSSELOT et je suis médecin généraliste remplaçant. Je mène ce travail dans le cadre de la réalisation de ma thèse de médecine générale. Mon travail consiste à explorer les habitudes et les éventuelles difficultés des médecins généralistes lors de l'adressage aux urgences d'un patient âgé de 75 ans et plus ne résidant pas en EHPAD, et notamment par rapport à la rédaction du courrier médical. Je suis là pour recueillir vos habitudes, vos idées et vos opinions, en aucun cas pour juger vos pratiques ou vos connaissances.

Tout d'abord, je vous remets cette note d'information par rapport à la conformité de cette étude au Règlement Général sur la Protection des Données. Je vous laisse la consulter. Cet entretien sera pseudonymisé avant de le retranscrire et de l'analyser. Je souhaiterais que notre entretien puisse faire l'objet d'un enregistrement audio. Si vous êtes d'accord, je vous laisse signer cette note d'information.

1/ Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la dernière fois où vous avez adressé un patient de 75 ans ou plus aux urgences (hors résident en EHPAD) ?

Possibles relances sur:

- consultation au cabinet ou visite à domicile
- motif
- degré d'urgence
- raison de l'adressage aux urgences
- support de rédaction du courrier médical
- moyen éventuel utilisé pour prévenir la structure d'urgences de l'arrivée du patient (téléphone, fax, messagerie sécurisée...)

2/ Plus généralement, quelles sont vos habitudes de fonctionnement et vos éventuelles difficultés lors des consultations ou visites durant lesquelles vous décidez d'adresser un patient âgé aux urgences ?

Bien faire la distinction entre consultation au cabinet et visite à domicile. Réponses attendues par rapport aux habitudes lors de l'adressage d'un patient âgé.

Possibles relances sur:

- support de rédaction du courrier médical (cabinet versus domicile)
- logiciel médical utilisé si informatisé
- moyen éventuel utilisé pour prévenir la structure d'urgences de l'arrivée du patient (téléphone, fax, messagerie sécurisée...)
- difficultés éventuelles ressenties régulièrement lors de ces consultations ou visites (éventuel caractère chronophage, éventuel caractère non programmé, échanges avec le milieu hospitalier, moyen de transport...)
- disponibilité des informations sur le patient à domicile
- points d'insatisfaction et/ou de satisfaction par rapport à ce mode de fonctionnement

Dernière version du canevas pour les premiers entretiens

> Page 2

3/ Quels sont les éléments que vous vous efforcez de faire figurer dans vos courriers d'adressage d'un patient âgé aux urgences ?

Possibles relances sur:

- identification du médecin rédacteur
- date et heure
- identification du patient
- cadre de vie du patient
- personne à prévenir si besoin
- antécédents
- allergies connues
- traitements habituels (avec posologies ?)
- communication
- autonomie (avec éléments de dépendance ?)
- éthique
- destinataire/professionnel de santé prévenu
- motif d'adressage
- histoire de la maladie, symptômes, constantes
- modifications thérapeutiques récentes
- résultats éventuels de biologie et d'examens complémentaires
- éventuels documents joints au courrier
- hypothèse(s) diagnostique(s)
- première médication éventuelle donnée

4/ Quelles sont vos difficultés éventuelles à la rédaction du courrier médical pour adresser un patient âgé aux urgences en général ?

Bien faire la distinction entre consultation au cabinet et visite à domicile.

Possibles relances sur :

- éventuel caractère chronophage (cabinet versus domicile)
- caractère manuscrit ou dactylographié
- quantité des informations transmises (cabinet versus domicile)
- qualité des informations transmises (cabinet versus domicile)
- sentiment de ne pas faire figurer volontairement des informations qui pourraient être utiles pour n'importe quelle raison (manque de temps, caractère manuscrit, informations pouvant impacter négativement la prise en charge...)
- sentiment d'oublier involontairement certains éléments de manière fréquente

5/ Pensez-vous qu'il puisse y avoir d'autre(s) moyen(s) de transmission d'informations que la rédaction du courrier médical pour adresser un patient âgé aux urgences ?

Possibles relances sur :

- contact téléphonique
- courriel
- messagerie sécurisée de santé
- DMP

Dernière version du canevas pour les premiers entretiens

> Page 3

Je vais vous montrer une fiche de liaison gériatrique d'urgence qui a été réalisée par un autre thésard. Cette fiche a pour objectif principal de se substituer au courrier médical. Je vous laisse la découvrir dans son ensemble puis nous en parlerons.

6/ Que pensez-vous de prime abord de cette fiche qui pourrait remplacer le courrier médical habituel ?

Possibles explications sur :

- fonctionnement des 2 parties
- caractère manuscrit ou dactylographié

Possibles relances sur:

- estimation de gain ou de perte de temps
- lieu de conservation idéal par le patient de cette fiche
- quantité des informations demandées
- qualité des informations demandées
- diminution du risque d'oubli de certains éléments
- mise en page et lisibilité des informations
- taille des cadres à remplir
- éventuelle intégration dans le logiciel médical pour remplissage automatique de certains items
- inconvénients ou risques à utiliser cette fiche par rapport au courrier médical

7/ Accepteriez-vous d'essayer de remplir cette fiche sur 2-3 mois pour un maximum de patients de 75 ans et plus au moment où vous déciderez de les adresser aux urgences, en remplacement de votre courrier médical ? Si oui, nous nous reverrons une seconde et dernière fois pour que vous me donniez votre ressenti après avoir expérimenté cette fiche. Evidemment, je ne vous demanderai pas de me montrer les fiches que vous aurez rempli.

Si oui : Merci beaucoup de votre investissement.

Si non : Est-ce que vous pouvez m'expliquer la ou les raisons de votre refus ?

8/ Avant de terminer cet entretien, j'aurais besoin de connaître :

- votre âge
- vos éventuelles formations médicales particulières
- votre durée d'exercice en installation.

Bien noter également :

- nom et prénom
- sexe
- commune d'exercice
- cabinet médical individuel ou de groupe
- informatisation ou non
- durée de l'entretien
- type de lieu
- éventuels dérangements durant l'entretien

Je vous remercie vivement de votre participation.

Annexe 5 : Dernière version du canevas pour les seconds entretiens > Page 1

CANEVAS POUR LES SECONDS ENTRETIENS - VERSION MODIFIÉE

Bonjour, je vous remercie vivement d'accepter de prendre un peu de temps pour la suite de cette étude. Au vu du contexte pandémique actuel, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien par visioconférence/téléphone.

Tout comme notre première interview, cet entretien sera pseudonymisé avant de le retranscrire et de l'analyser. Il va faire l'objet d'un enregistrement, conformément à l'accord que vous m'aviez donné lors de notre premier rendez-vous.

1/ Depuis que l'on s'est vu il y a x mois, combien de patients âgés de 75 ans et plus (hors résidents en EHPAD) estimez-vous avoir adressé aux urgences ? En avez-vous adressé depuis le cabinet ou seulement depuis le domicile ?

2/ Avez-vous pu expérimenter la fiche de liaison gériatrique d'urgence ?

Si non: Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi?

Possibles relances sur :

- pas d'adressage de patient de 75 ans ou plus aux urgences
- oubli total ou oubli lors de l'adressage
- non disponibilité de la fiche lors de l'adressage
- manque de temps lors de l'adressage

Passer directement à la question 13.

Si oui : Combien pensez-vous en avoir remplies et de quelle manière les avez-vous utilisées ? Possibles relances sur :

- moment de remplissage du recto et du verso (intégralité lors de l'adressage, recto en amont pour quelle occasion ?)
- si remplissage du recto en amont, pour quels types de patients ? (les patients vus uniquement en visite à domicile, les plus à risque d'être hospitalisés, selon le temps disponible...)
- support de rédaction de la fiche (version papier et/ou version PDF remplissable)
- lieu de rédaction du recto et du verso (cabinet, domicile)
- sauvegarde éventuelle

3/ Est-ce que des éléments demandés sur la fiche vous ont posé problème ?

Possibles relances sur:

- en institution hors EHPAD (RPA...)
- lieu de vie adapté (à remplacer par source de difficultés pour un retour à domicile ?)
- traitements habituels avec posologies (cadre rempli avec intégralité des traitements, cadre rempli avec traitements les plus importants, posologies écrites, cadre non rempli ?)
- personne à prévenir si besoin (nom/prénom, téléphone)
- personne de confiance (différence faite avec la personne à prévenir ?)
- directives anticipées
- destinataire/professionnel de santé prévenu
- hypothèse(s) diagnostique(s)
- éléments non remplis éventuels

Dernière version du canevas pour les seconds entretiens

> Page 2

4/ Avez-vous utilisé le cadre pour les renseignements complémentaires éventuels en bas de la fiche sur le recto et/ou le verso ? Si oui, pour y faire figurer quel(s) type(s) d'élément(s) ?

Possibles relances sur:

- poids de base
- fonction rénale
- éléments de dépendance
- passage d'aides à domicile

5/ Est-ce que vous estimez avoir fait figurer plus d'informations sur cette fiche que dans votre courrier habituel pour un adressage d'un patient âgé de 75 ans et plus (hors résident en EHPAD) ?

Possibles relances sur:

- type d'informations
- réduction du risque d'oubli de certains éléments
- utilité de ces informations pour l'urgentiste

6/ Est-ce que le remplissage de certains éléments était limité par la taille des cadres ?

Possibles relances sur:

- adresse patient
- antécédents
- traitements habituels avec posologies
- histoire de la maladie, symptômes, constantes, modifications thérapeutiques récentes le cas échéant, résultats éventuels de biologie et d'examens complémentaires, hypothèse(s) diagnostique(s), motif de transfert...
- 7/ Combien de temps estimez-vous avoir mis à remplir cette fiche en moyenne ? Est-ce une durée acceptable pour vous ? Si adressage aux urgences, estimez-vous avoir gagné ou perdu du temps en utilisant cette fiche ?
- 8/ Si vous avez utilisé la version PDF remplissable à l'ordinateur, avez-vous rencontré des problèmes informatiques particuliers ?
- 9/ Si adressage aux urgences, avez-vous eu un quelconque retour de cette fiche de la part du milieu hospitalier ?
- 10/ Avez-vous expliqué à vos patients le but de cette fiche ? Est-ce que vous leur avez demandé de la conserver à un endroit précis ?

Possibles relances sur:

- éducation du patient à montrer la fiche à un autre médecin que le médecin traitant (médecin remplaçant, SOS médecins, médecin de garde, médecin du SMUR, urgentiste, professionnels du secours à la personne)
- mises en garde particulières (secret médical)
- réactions éventuelles des patients

Dernière version du canevas pour les seconds entretiens

> Page 3

11/ Est-ce que le remplissage de cette fiche vous a donné l'occasion de discuter avec des patients âgés de certains points que vous n'aviez pas encore ou peu abordé avec eux ?

Possibles relances sur:

- personne à prévenir
- protection juridique
- directives anticipées
- personne de confiance
- 12/ Globalement, préférez-vous utiliser cette fiche ou rédiger un courrier médical ?
- 13/ En deux mots, quel est le principal avantage et le principal inconvénient de cette fiche pour vous ?
- 14/ Est-ce que vous voyez un intérêt à utiliser cette fiche pour les patients âgés vus habituellement au cabinet et pas seulement en visite ?
- 15/ Nous n'aurons plus besoin de nous revoir mais souhaiteriez-vous essayer d'utiliser ce système à l'avenir ?

Si oui : De quelle manière ?

Possibles relances sur :

- moment de remplissage du recto et du verso (intégralité lors de l'adressage, recto en amont pour quelle occasion ?)
- si remplissage du recto en amont, pour quels types de patients ? (les patients vus uniquement en visites à domicile, les plus à risque d'être hospitalisés, selon le temps disponible...)
- support de rédaction de la fiche (version papier et/ou version PDF remplissable)
- lieu de rédaction du recto et du verso (cabinet, domicile)
- sauvegarde éventuelle
- quid des mises à jour de la fiche

Si non: Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi?

16/ Avez-vous des remarques particulières ou des suggestions autres que ce que vous m'avez dit pour améliorer cette fiche ?

Bien noter également :

- durée de l'entretien
- type de lieu
- éventuels dérangements durant l'entretien

Je vous remercie vivement de votre participation et du temps que vous avez consacré à cette étude. Je vous enverrai les résultats si vous le souhaitez.

Annexe 6 : Version améliorée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence > Recto

	Première partie à remplir idéalement <u>en dehors de tout contexte d'urgence</u>					
Identification du médecin rédacteur de cette prer Nom / prénom médecin : Adresse médecin : Téléphone médecin : Date de remplissage ou de mise à jour de cette pa						
Identification du patient : Nom patient : Prénom patient : Né(e) le : Sexe patient : M F	Cadre de vie : Vit seul : Oui Non > avec qui ? En structure hors EHPAD (résidence pour personnes âgées) : Non Oui > nom : Adresse patient :					
Personne à prévenir si besoin : Nom / prénom personne à prévenir :	Téléphone :					
Identification du médecin traitant (si différent du médec Nom / prénom médecin traitant :	cin rédacteur) : Téléphone :					
Allergies connues : Oui > lesquelles ?						
Communication : Langue autre que le français, troub						
Non Non Communication : Langue autre que le français, troub	le phasique ou dysarthrique habituel ? type de mesure et coordonnées utiles ?					

Version améliorée de la fiche de liaison gériatrique d'urgence > Verso

Adressage aux urgences d	<u>Fiche de liaison gériatrique d'urgence</u> l'une personne âgée de 75 ans et plus (hors EHPAD)				
Deuxième partie à remplir <u>au moment de l'adressage aux urgences</u>					
Identification du médecin rédacteur de cette deuxième p Nom / prénom médecin : Adresse médecin : Téléphone médecin : Date de remplissage de cette deuxième partie :	partie : ET/OU Cachet médecin : Heure :				
Identification du patient : Nom patient : Prénom patient : Age patient : Médecin(s) hospitalier(s) éventuellement contacté(s) avan	nt l'adressage :				
Motif d'adressage aux urgences :					
résultats éventuels de biologie et d'examens complémen hypothèse(s) diagnostique(s) :	ntaires (pensez à les joindre si possible),				
Première médication éventuelle donnée :					
	dans l'immédiat :				
Première médication éventuelle donnée : Logement source de difficultés pour un retour à domicile d Non Oui > pourquoi ? Renseignements complémentaires éventuels :	dans l'immédiat :				

Annexe 7 : Document de liaison d'urgence du DLU-Dom > Recto

Nom d'usage, prénom		
Nom d'usage, prénom	Date de naissance :// adre de vie adapté : accessibilité	
Nom de naissance C Sexe Adresse :	adre de vie adapté : accessibilité Equipement (salle de bain)	
Sexe Adresse : E	Equipement (salle de bain)	
Adresse : E		non
	nvironnement familial: 🗆 Seule 🗀 En couple 🗆	
	The second of th	Avec des proch
	La personne a le statut d'aidant	
Intervenant(s) régulier(s) au domicile (au moins une intervention par semaine)*: □ SSIAD, □ SAAD, □ SPASAD □ SAMSAH-SAVS □ HAD□ SESSAD	Personne à prévenir Nom, prénom : Lien de parenté :	
Nom :	2 ·	
Fonction :	Adresse :	
	Personne de confiance	
Joignable entre:	Nom, prénom :	
2 :	Lien de parenté :	
Email :	2 :	
Autres Intervenant(s) au domicile	Protection juridique	
☐ Infirmier libéral	□Tutelle □Curatelle □Curatelle renforcée	
	familiale □Mandat de protection future □ justice	Sauvegarde de
Nom: Tel:	Nom de la personne exerçant la mesure:	
☐ Auxiliaire de vie	Lien de parenté :	
Nom : 🕿 Tel :	2 :	
☐ Aidants (famille, ami, voisin)		
Nom:		
	/Médecin traitant	
Autres, préciser leurs coordonnées (par exemple	Nom, prénom :	
coordonnateur de parcours, assistante sociale, kiné,	2 :	
prestataires oxygène, prothèses)	Email:	
	Adresse : Autres médecins spécialistes/Centre	••••
	ou établissement de référence**, HA	D CMP
	Nom, prénom, spécialité :	
Pharmacien habituel	**************************************	
Nom, prénom :	Nom, prénom, spécialité :	
2 :	2 :	
Email :	Nom, prénom, spécialité :	

peuvent ou non être la même personne reperent des retainsjet en 30 et a joinnit en amont de la sortie da 30. La personne reperent et la personne peuvent ou non être la même personne.

(2) Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

*Intervenant principal, le plus à même de complèter les informations nécessaires à la prise en charge en urgence

*Intervenant principal, per lus à même de complèter les informations nécessaires à la prise en charge en urgence.

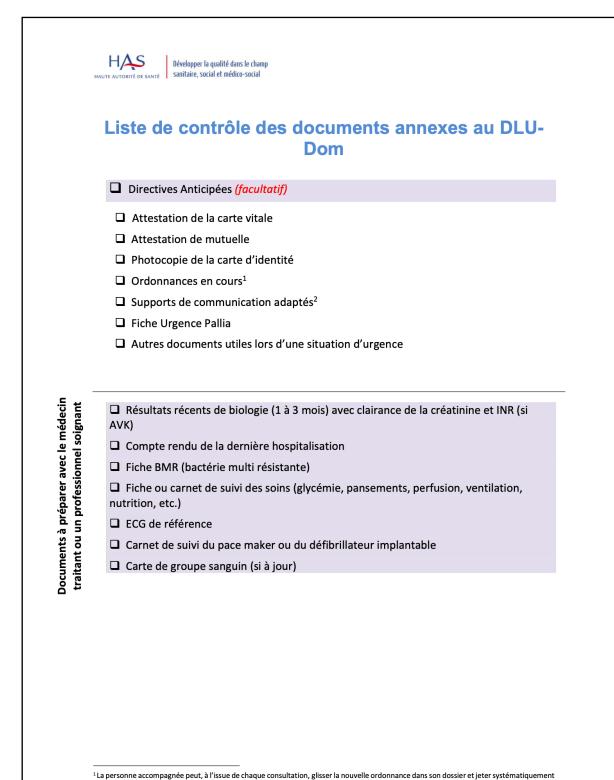
^{**}Information à préciser pour les personnes souffrant de pathologies rares ou mal connues avec notamment des protocoles thérapeutiques ou spécifiques voire des médications utilisées qui ne sont pas indiquées (voire contre indiquée), par exemple les personnes épileptiques.

Document de liaison d'urgence du DLU-Dom

> Verso

	Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom			
	Pathologies en cours/ Antécédents personnels (médico-chirurgicaux, néonatologiques, addictologiques)			
	-			
	Projet thérapeutique/soins palliatifs (3):			
	Situation de handicap			
	□ Mental □ Psychique □ Troubles du neuro développement □ Locomoteur □ Auditif □Visuel □ Langage Communication □ Autres : Score ADL et/ou GIR			
	Préciser les points de vigilance ou adaptations recommandées			
	☐ présence d'un accompagnant recommandée			
	☐ Autre :			
	Allergies et antécédents iatrogènes :			
	Constantes vitales habituelles : Pouls : PA : SpO2 : Fréquence respiratoire :			
	Spoz. Trequence respiratoire.			
	☐ Directives anticipées : qui se trouvent dans ☐ DMP ☐ à domicile ☐ NSP ☐ Autre, préciser			
	Points de vigilance			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie			
	□ BMR ⁽³⁾ Vaccinations: Mois/année			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation - Autres (cf. commentaires)			
	□ BMR ⁽³⁾ Vaccinations: Mois/année			
	Chute Fugue Escarres Fausses routes Epilepsie			
	BMR (3)			
	Chute Fugue Escarres Fausses routes Epilepsie			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation / Autres (cf. commentaires)			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation /			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation / Autres (cf. commentaires)			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation			
	□ BMR (3) □ Chute □ Fugue □ Escarres □ Fausses routes □ Epilepsie Vaccinations : Mois/année □ Agressivité □ Automutilation			

<u>Document de liaison d'urgence du DLU-Dom</u> > Liste des documents annexes



² Pour les personnes qui souffrent d'un trouble du langage ou de la communication.

¹¹⁷

Annexe 8 : Fiche de liaison d'urgence du DLU-Dom > Recto

		H	
Fiche « al	ler » du DOMICILE ve	rs le SERVICE D'URG	ENCE
Cette fiche doit être rempl	lie de préférence par un méde	cin, à défaut par toute perso	nne présente au
	oment où la décision de faire a	••	
Rempli par (nom, prénom, for Date :/			
om, prénom et date de naissa	nce de la personne trans	férée :	
ourquoi la personne doit-elle a	aller aux urgences ?		
volution ou changements con	statés cas darniars iques	(traitament médicamentaux	. accompagnoment ricgu
volution ou changements cons licidaire, douleur récente)	•		
ate de la dernière hospitalisat			
ate de la definiere nospitalisat		··············	
Etat du patient ☐ habituel	□différent		
☐ Conscient et éveillé ☐ Évei	illable 🔲 Inconscient		
Date et heure de la dernière prise d	lu traitement habituel		
Date et heure de la dernière prise d			
Date et heure de la dernière prise d Date et heure du dernier repas			
·			
Date et heure du dernier repas			
Date et heure du dernier repas	ées par un professionnel	☐ famille/aidant	
Date et heure du dernier repas Constantes du patient : mesure			Saturation en O2
Date et heure du dernier repas Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle	ées par un professionnel Température	famille/aidant Fréquence respiratoire	
Date et heure du dernier repas Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgeno	famille/aidant Fréquence respiratoire	Saturation en O2
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgeno	famille/aidant Fréquence respiratoire ces	Saturation en O2
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Date et heure du dernier repas Constantes du patient : mesure	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgeno	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe 3 « le 15 » Gervice d'Urgence	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe « le 15 » Service d'Urgence	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre	Saturation en O2
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe 1 « le 15 » 2 Service d'Urgence commentaires	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre /Préciser:	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence Commentaires Liste des prothèses et objets	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence Ciste des prothèses et objets Lunettes	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre /Préciser:	Saturation en O2 enants à domicile s Retour (SU)*
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence Commentaires Liste des prothèses et objets	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2 enants à domicile s Retour (SU)*
Constantes du patient : mesure Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence Ciste des prothèses et objets Lunettes Prothèses dentaires	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire Ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2 renants à domicile s Retour (SU)*
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe « le 15 » Service d'Urgence Ciste des prothèses et objets Lunettes Prothèses dentaires Haut Bas	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2 renants à domicile s Retour (SU)*
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe a « le 15 » Service d'Urgence Currentes Liste des prothèses et objets Lunettes Prothèses dentaires Haut Bas Prothèses auditives	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom :	famille/aidant Fréquence respiratoire Ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2 renants à domicile s Retour (SU)*
Constantes du patient : mesur Pouls Tension Artérielle Personnes informées du transfe « le 15 » Service d'Urgence Liste des prothèses et objets Lunettes Prothèses dentaires Haut Bas Prothèses auditives Droite Gauche	ées par un professionnel Température ert au Service des Urgene Médecin traitant Personne référente/ Nom:	famille/aidant Fréquence respiratoire ces Interv /Entourage Autre Préciser:	Saturation en O2 enants à domicile s Retour (SU)*

Fiche de liaison d'urgence du DLU-Dom

> Verso

<u>H</u> >	→ T		
Fiche « retour » : du SERVICE D'URGENCE vers le DOMICILE en complément du résumé du passage aux urgences adressé au médecin traitant			
Rempli par (nom, prénom, fonction):	Date / Heure :		
Patient	☐ Vérification de la possibilité du retour à domicile		
ton order on data de reference	immédiat (accessibilité, présence d'un aidant)		
Nom, prénom, date de naissance	☐ Sortie vers une structure plus adaptée		
	Préciser laquelle :		
	Personnes/service(s) intervenant au domicile		
Etablissement :	contacté(es) pour l'organisation du retour à		
Service :	domicile:		
Tél. / Fax :	Personne référente/Aidant :		
E-mail :	Service intervenant au domicile (préciser SAAD, SSIA SPASAD, SAVS, SAMSAH, SESSAD, HAD etc.)		
Médecin du SU qui a validé la sortie :	Disfirming libéral/Control de saine infirmieur		
Nom, prénom :	☐ Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers		
Tél. :			
	Pharmacien habituel		
Documents joints :			
☐ Ordonnance(s) de sortie	Autre, préciser :		
☐ Autre, préciser	Autre, preciser :		
Document(s) adressé(s) au médecin traitant :			
☐ Ordonnance(s) de sortie			
☐ Courrier remis à l'usager ☐ Email ☐ DMP			
☐ Copie du résumé du passage aux urgences (RPU).			
☐ Courrier remis à l'usager ☐ Email ☐ DMP			
Examens ou consultations programmés (lieu, date	e et heure) :		
Recommandations pour le retour à domicile			
Nécessité de revoir le médecin traitant : □ non □	oui délai :		

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ:

Introduction : Le courrier médical rédigé par les médecins généralistes pour adresser un patient âgé aux urgences est souvent déficient. Il nécessite une standardisation.

Objectifs: Explorer les habitudes et les difficultés des médecins généralistes de rédaction du courrier médical d'adressage en urgence de patients âgés de 75 ans et plus ne résidant pas en EHPAD. Faire expérimenter à ces médecins une lettre standardisée nommée fiche de liaison gériatrique d'urgence, idéalement à préremplir, dont le contenu avait été validé par un groupe d'experts, afin de juger de son acceptabilité et de l'améliorer.

Matériel et méthode : Étude qualitative par la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés de médecins généralistes installés sur le secteur de la Côte Basque avec un échantillonnage en variation maximale. Les médecins étaient revus en entretiens individuels s'ils acceptaient d'expérimenter la fiche. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés de manière continue selon la méthode de l'analyse thématique.

Résultats: Quinze médecins ont participé et ont fait part de plusieurs difficultés pour rédiger leur courrier médical, essentiellement lorsqu'ils étaient en visite à domicile. Quatorze médecins ont accepté d'expérimenter la fiche. Sept médecins n'ont pas pu l'expérimenter durant la période restreinte allouée pour diverses raisons mais cinq d'entre eux désiraient quand même la tester à l'avenir. Les sept autres médecins l'ont expérimentée de différentes manières, en version dactylographiée ou manuscrite, et ils désiraient tous l'utiliser à l'avenir pour leurs patients âgés vus en visite à domicile. Le principal avantage était de limiter le risque d'absence de certaines informations à transmettre, notamment sur les aspects gériatriques, sociaux et éthiques.

Conclusion : La fiche satisfait les médecins généralistes et est un outil efficient pour transmettre les informations nécessaires à la prise en charge en urgence d'un patient âgé.

ABSTRACT:

Title: Habits and difficulties in writing medical letter from general practitioners when referring an elderly patient to the emergency service and experimentation of an emergency geriatric liaison form. **Introduction:** The medical letter written by general practitioners to refer an elderly patient to the emergency department is often deficient. It needs to be standardised.

Objectives : To explore the habits and difficulties of general practitioners in writing medical letter for emergency referral of patients aged 75 and over who do not live in a nursing home. Have these doctors try out a standardised letter called geriatric emergency liaison form, ideally to pre-fill, whose content had been validated by a group of experts, in order to judge its acceptability and improve it.

Material and method: Qualitative study by conducting individual semi-structured interviews with general practitioners based on the Basque Coast, with a maximum variation sampling. Doctors were individually interviewed again if they agreed to try out the form. The interviews were recorded, fully retranscribed and analysed continuously using the thematic analysis method.

Results: Fifteen doctors participated and reported several difficulties in writing their medical letter, mainly when they were on home visit. Fourteen doctors agreed to try out the form. Seven doctors were not able to try it out during the limited period allocated for various reasons, but five of them still wanted to test it in the future. The other seven doctors tried it out in different ways, either typed or handwritten, and they all wanted to use it in the future for their elderly patients seen in home visit. The main advantage was to limit the risk of missing certain information to be transmitted, especially on geriatric, social and ethical aspects.

Conclusion : The form satisfies general practitioners and is an efficient tool for transmitting the information necessary for the emergency management of an elderly patient.

DISCIPLINE: Médecine Générale

<u>MOTS-CLÉS</u>: Lettre de liaison - Courrier d'admission - Fiche standardisée - Patient âgé - Urgence - Médecin généraliste - Lien ville/hôpital - Coordination des soins

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

U.F.R. des sciences médicales de l'Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33000 Bordeaux