

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Clémentine NINIVE

Née le 12 Octobre 1987 à Roubaix

Présentée et soutenue publiquement le : Mardi 21 Juin 2016

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.

Président de thèse : **Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe**

Directeur de thèse : Docteur MOULIAS Sophie

Médecine Générale

Remerciements...

Au Docteur Sophie Moulias, d'avoir accepté de diriger ma thèse, d'avoir été présente et disponible tout au long de ce travail.

Aux membres du jury :

Au Professeur Agathe Raynaud-Simon, d'avoir accepté de présider ma thèse.

Au Professeur Diane Descamps, d'avoir accepté d'être membre du jury et d'avoir pris le temps de lire ce travail.

Au Professeur Lydie Da Costa, d'avoir accepté d'être membre du jury et d'avoir pris le temps de lire ce travail.

Aux médecins que j'ai interrogés dans le cadre de mon travail :

Au Docteur Beaune, au Docteur Garrigues, au Docteur De Malherbe, au Docteur Chary, au Docteur Thévenet, au Docteur Garcia, au Professeur Teillet, au Docteur Grenet, au Docteur Arrouy, au Docteur Aubert, au Docteur De Jerphanion, au Docteur Teboul, au Docteur Daire, au Docteur Delahaye, au Docteur Quittelier, au Docteur Hammas, au Docteur Lambert, au Docteur Huynh, merci d'avoir accepté ces entretiens.

A mes formateurs durant mon cursus :

Au service de gériatrie aiguë de l'hôpital Antoine Béchère, en particulier au Docteur Mion ; merci pour tout le savoir que tu m'as transmis durant mon premier semestre, j'ai eu beaucoup de chance de débiter mon internat dans ton service. Merci à Ma-

rie, pour le semestre passé ensemble, j'ai été ravie de travailler avec toi et d'apprendre de toi ; ainsi qu'à toute l'équipe paramédicale dont je garde un si bon souvenir.

Au service des urgences de l'hôpital Antoine Béclère où j'ai effectué mes premières gardes d'interne, en particulier au Docteur Isabelle Chary pour votre bienveillance, votre gentillesse et votre savoir.

Au service des urgences de l'hôpital Beaujon, en particulier au Docteur Benchebra et au Docteur Huynh.

Au Docteur Santana chez qui j'ai effectué mon stage de niveau 1.

Au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges ; au Docteur Tran Van, au Docteur Varnoux, au Docteur Piel et au Docteur Matheron de m'avoir écoutée et d'avoir su m'aiguiller dans mes choix...Merci à toute l'équipe des sages-femmes qui m'ont appris à faire mes premiers accouchements et avec laquelle j'ai passé tant de bons moments !

Au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Neuilly, en particulier au Docteur Ricbourg et au Docteur Le Goff pour leur pédagogie ; merci à l'équipe des sages-femmes pour leur encadrement sans faille !

Au Docteur Baruch, mon tuteur, merci d'avoir été présent à mes côtés pendant ces trois années. Vos conseils m'ont été précieux.

Aux enseignants de la faculté de médecine Paris Diderot et à toute l'équipe du Département de Médecine Générale, merci pour votre disponibilité et votre dévouement.

A ma famille et mes amis :

A mes parents, merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années, merci de m'avoir écoutée et entourée, merci d'avoir cru en moi ; je vous en serais éternellement reconnaissante...

A maman, merci de m'encourager tous les jours que Dieu fait, merci de ton soutien inconditionnel, merci d'être si présente pour moi, merci d'être toujours positive quoi qu'il en soit...

A mes frères et soeurs, merci d'avoir été présents pendant toutes ces années, d'avoir supporté mes coups de stress, d'avoir toléré toute la place émotionnelle que je prenais dans la maison, merci pour ce que vous êtes, je vous souhaite tout le meilleur...

A mon filleul, ton sourire m'émerveille à chaque fois que je te vois !

A mes amis lillois, merci de m'avoir supportée pendant mes années d'externat... merci d'avoir préservé notre amitié malgré mes absences...

A mes amis parisiens, je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance !

A Mamichèle...

Merci à mes co-internes d'avoir partagé toutes ces expériences ensemble, en particulier à Claire, Séverine, Flore, Victoire, Raphaëlle, Amadou, Lamia, Bocary, Alexandre, Amélie et Négar...

*A mes patients et patientes, merci de me permettre de devenir le médecin que
je rêve d'être...*

« On a deux vies, et la deuxième commence le jour où l'on se rend compte qu'on en a qu'une... » Confucius.

Liste des Abréviations

BMI : Body mass index

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DU : Diplôme universitaire

SAMU : Service d'aide médicale urgente

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

SAU : Service d'accueil des urgences

AVC : Accident vasculaire cérébral

APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EP: Embolie pulmonaire

MMS: Mini mental status

CRH: Compte-rendu hospitalier

HAS: Haute autorité de santé

SSR: Soins de suite et rééducation

GIR: Groupes iso-ressources

CRU: Compte-rendu des urgences

Table des matières

I. INTRODUCTION	13
II. PRÉAMBULE	15
II.1. Communication ville - hôpital	15
II.2. Enjeux de la communication ville - hôpital	16
II.3. Contexte	18
II.4. Problématique et justification	21
II.5. Question de recherche et objectif	22
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	24
III.1. Type d'étude	24
III.2. Recueil de données	24
III.2.1. Population étudiée	24
III.2.2. Entretiens semi-dirigés	25
III.2.2.1. Conception de la carte mentale	25
III.2.2.2. Conception du guide d'entretiens	26
III.2.2.3. Réalisation des entretiens	27
III.2.3. Analyse des données	28
III.2.4. Création d'un outil	28
III.3. Choix de la méthode	29

IV. RÉSULTATS	30
IV.1. Recueil des données	30
IV.1.1. Population étudiée	30
IV.1.2. Réalisation du recueil	31
IV.2. Présentation des résultats	31
IV.2.1. Présentation des résultats des entretiens semi-dirigés	31
IV.2.1.1. Adressage des patients	32
IV.2.1.2. Motif d'adressage	33
IV.2.1.3. Antécédents	35
IV.2.1.4. Traitements	36
IV.2.1.5. Allergies	39
IV.2.1.6. Poids - taille	39
IV.2.1.7. Histoire de la maladie	39
IV.2.1.8. Examen clinique	41
IV.2.1.9. Examens complémentaires	42
IV.2.1.10. Mode de vie	44
IV.2.1.11. Personne à contacter	46
IV.2.2. Création de l'outil	48
IV.2.3. Présentation de l'outil et méthode DELPHI	49
IV.2.3.1. Deuxième tour de DELPHI	50
IV.2.3.1.1. Motif d'adressage	50
IV.2.3.1.2. Antécédents	51
IV.2.3.1.3. Traitements	52
IV.2.3.1.4. Poids - taille	54
IV.2.3.1.5. Résultats de l'examen clinique	55
IV.2.3.1.6. Examens complémentaires pratiqués	56

IV.2.3.1.7. Mode de vie	57
IV.2.3.1.8. Personne à contacter	60
IV.2.3.1.9. Prise en charge réanimatoire	60
IV.2.3.1.10. Troubles cognitifs	66
IV.2.3.1.11. Dernière hospitalisation	68
IV.2.3.1.12. Titre de la lettre	69
IV.2.3.1.13. Créatinine et clairance de la créatinine	70
IV.2.3.2. Troisième tour de DELPHI	70
IV.2.3.2.1. Poids habituel connu	70
IV.2.3.2.2. Mode de vie	71
IV.2.3.2.3. Coordonnées des enfants	72
IV.2.3.2.4. Personne de confiance	72
IV.2.3.2.5. Dernière hospitalisation	74
IV.2.4. Présentation des résultats extérieurs au contenu de la lettre	74
IV.2.4.1. Difficulté de rédaction d'une lettre d'adressage	74
IV.2.4.2. Communication ville - hôpital	76
V. DISCUSSION	79
V.1. Forces et faiblesses	79
V.1.1 Forces	79
V.1.2. Faiblesses	79
V.2. Intérêt de la création d'un outil	80
V.2.1. Pour le médecin traitant	80
V.2.1.1. Gain de temps	80
V.2.1.2. Intérêt personnel	81
V.2.1.3. Facilité de l'outil	83

V.2.2. Pour la communication ville - hôpital	84
V.2.2.1. Attentes respectives	84
V.2.2.2. Amélioration du dialogue ville - hôpital	86
V.3. Apport des nouvelles technologies	88
V.3.1. Place de l'informatique médicale	88
V.3.2. Développement des messageries sécurisées	90
V.3.3. Promotion des outils télématiques	92
V.3.4. Limites des nouvelles technologies	94
V.4. Perspectives d'amélioration	93
V.4.1. Élaboration d'un guide de recommandations de bonnes pratiques	95
V.4.2. Développement d'une application sur tablette	96
V.4.3. Communication directe	98
VI. CONCLUSION	100
VII. BIBLIOGRAPHIE	102
VIII. ANNEXES	107
VIII.1. Carte mentale	107
VIII.2. Guide d'entretiens semi-dirigés	107
VIII.2.1. Première version	107
VIII.2.2. Modifications du guide d'entretiens	108
VIII.3. Entretiens semi-dirigés	110
VIII.4. Lettre type	149
VIII.4.1. Première version	149

VIII.4.2. Deuxième version	151
VIII.4.3. Troisième version	153
VIII.5. Méthode DELPHI	154
VIII.5.1. Deuxième tour de DELPHI	154
VIII.5.2. Troisième tour de DELPHI	168

I. INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées est en constante augmentation. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 8% de la population métropolitaine en 2002. Ils seront selon l'Insee 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040 (1). Dans cette population dont l'effectif s'accroît, les particularités sont la coexistence d'une ou plusieurs pathologies avec des composantes psychologiques et/ou sociales. L'intrication de tous ces éléments dans un contexte physiologique particulier du fait du vieillissement rend compte de la difficulté de la prise en charge de ces personnes âgées (1).

Le vieillissement de la population s'accompagne ainsi de la multiplication du nombre de pathologies par patient (les personnes âgées sont très souvent polypathologiques), une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes contrastant avec un moindre taux d'institutionnalisation (1). Les services d'accueil des urgences accueillent ainsi un flux croissant d'année en année de personnes âgées adressées aux urgences par leur médecin traitant ou encore par les pompiers, une ambulance privée ou par transport médicalisé sur appel d'une tierce personne. Les informations et les éléments d'ordre médical, psychologique, environnemental et social vont permettre de repérer la fragilité qui est l'élément spécifique et déterminant de la prise en charge de la personne âgée (1). Par ailleurs, la moitié des personnes âgées de plus de 75 ans arrive aux urgences sans l'accompagnement d'un proche (1). Or, il n'est pas rare que le sujet âgé, possiblement désorienté dans le cadre d'un épisode aigu, soit dans l'incapacité de communiquer les éléments indispensables à sa prise en charge et à son devenir immédiat. Si les nouvelles technologies de l'information doivent se développer pour permettre un partage des don-

nées plus rapide, le courrier d'adressage n'en reste pas moins le moyen privilégié pour adresser un patient à un confrère. Il est l'outil de communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière qui se doivent de collaborer pour une meilleure qualité des soins (2). Or, aujourd'hui, beaucoup de patients âgés arrivent encore aux urgences sans courrier (12) ou avec un courrier sans information utile au médecin urgentiste (11).

L'objectif principal de ce travail était de créer un outil d'adressage des personnes âgées vers un service d'accueil des urgences ou en entrée directe dans les services hospitaliers, dans le cadre d'une étude qualitative à l'aide de la méthode DELPHI.

II. PREAMBULE

II.1. Communication ville-hôpital

Selon l'article L 4130 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », le médecin traitant doit: « orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients, veiller à l'application individualisée des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient, s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé » (3). De plus, l'entrée en vigueur de la loi du 13 Août 2004 sur la déclaration obligatoire d'un médecin traitant référent choisi par le patient, accentue ce rôle de pivot du médecin généraliste et le place au cœur des intervenants dans la prise en charge des patients de par son travail de coordination des soins. « La loi (...) confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, tenu et géré par le médecin traitant qu'il a choisi. Le médecin traitant a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste. (...) Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient (4). Il en va ainsi que le travail d'adressage d'un patient par le généraliste vers le spécialiste est au cœur des tâches de coordination que doit effectuer le médecin de premier recours. Pour se faire, les différents supports de communication (5) qui s'offrent à lui sont:

- La lettre d'adressage qui doit contenir les renseignements nécessaires à la prise en charge du patient. Elle est un moyen fiable pour le respect du secret médical.

- Le fax qui présente l'avantage d'être immédiat et de réduire ainsi le délai d'acheminement d'un courrier. L'inconvénient réside dans l'existence d'utilisateurs multiples du fax et les potentielles erreurs de numéros pouvant mettre en danger le secret médical.
- Le téléphone qui permet un échange direct entre praticiens. Le téléphone est pratique quand le numéro direct est connu. Il peut cependant être compliqué de joindre un spécialiste hospitalier avec un délai d'attente parfois long et un certain nombre d'interlocuteurs avant d'être mis en relation avec la bonne personne. Par ailleurs, l'identité du correspondant n'est jamais assurée pouvant mettre en péril la confidentialité.
- L'e-mail sur messagerie sécurisée qui est un moyen de communication confidentiel permettant l'échange de données médicales.
- La télémédecine qui permet de réaliser une consultation par écran interposé.

Or, malgré les moyens de communications variés et le développement des nouvelles technologies, la fragmentation des services de santé et le manque de coordination entre professionnels entraînent une communication insatisfaisante dont les résultats peuvent s'avérer délétères pour le patient.

II.2. Enjeux de la communication ville-hôpital

La place des patients dans le système de santé a changé au cours des dernières décennies. Même si des marges de progrès persistent, les patients jouent aujourd'hui un rôle plus actif, tant dans leur prise en charge que dans les politiques de santé (6). La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de soins dite « loi Kouchner », impose l'information exhaustive du patient sur tous les risques même exceptionnels, le consentement obligatoire, la possibilité pour le

patient qui craint de ne pouvoir être en situation d'exprimer sa volonté de nommer une personne de confiance qui le représentera et qui exprimera sa volonté à l'équipe médicale (7). Selon l'article L. 1111-4 de la loi, « toute personne prend, avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...) Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté » (8). On est dans une logique nouvelle, non pas de devoir des soignants mais de droits des malades où le patient devient acteur de son propre parcours médical. En tant qu'acteur de son parcours de soins, le patient se place comme un intermédiaire entre les différents intervenants et devient vecteur de l'information qui circule.

La coordination du parcours de soin est un gage de la qualité des soins ; d'après la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie, « Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours (...) Ses interventions, en particulier celles de première intention, contribuent de façon déterminante à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. (...) Parce que l'amélioration de la qualité des soins est associée à la coordination du parcours médical du patient » (4).

Si le patient est au cœur du système de soins de par son rôle d'acteur de son propre parcours, il n'en reste pas moins le premier à bénéficier de la bonne communication entre ses différents médecins.

II.3. Contexte

Une meilleure coordination de la prise en charge des personnes âgées constitue un enjeu majeur. En 2050, un Français sur trois aura plus de 60 ans, selon l'Insee (9).

En France, dans le cadre d'un adressage, une lettre est rédigée dans 95% des cas (10). Les lettres d'adressage sont donc l'outil de communication privilégié entre deux praticiens.

Une thèse (11) sur une revue de la littérature concernant les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes réalisée en 2010, montrait une qualité générale faible des lettres d'adressage. Sur la définition d'une liste de 11 critères les plus consensuels pour l'analyse des lettres d'adressage, l'auteur montrait que, pour chaque critère étudiable, sauf pour l'histoire de la maladie, le motif d'adressage et l'existence d'une hypothèse diagnostique de la part du généraliste, l'information était manquante dans plus de 50% des cas. La qualité d'une lettre d'adressage pré-suppose à limiter la redondance des examens complémentaires.

Or, il apparaissait que pour environ trois quarts des lettres d'adressage, le spécialiste se retrouvait dans l'incapacité de savoir s'ils avaient été réalisés ou non, amenant ce dernier à demander une seconde fois des examens complémentaires ayant déjà pu être réalisés. Dans moins de la moitié des cas, les lettres d'adressage ne précisaient pas le périmètre d'action du spécialiste attendu par le généraliste, ni la position particulière de cet adressage dans le parcours du patient. Les lettres d'adressage ne mentionnaient le traitement du patient que dans la moitié des cas environ, exposant le patient au risque de iatrogénie médicamenteuse ou d'interactions médicamenteuses potentiellement graves. Le critère d'analyse pour lequel les médecins généralistes étaient les plus performants était le motif d'adressage avec 81,60% de présence en moyenne. Or, ce critère n'apparaissait pas spontanément

dans la liste des critères proposés par les spécialistes. On illustre ici le décalage entre les attentes respectives des praticiens. La médecine de ville et la médecine hospitalière doivent collaborer pour une meilleure qualité des soins. Cette collaboration doit être valorisée par une meilleure connaissance des pratiques respectives.

Une autre thèse sur une étude prospective descriptive des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des personnes de plus de 69 ans aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor (Créteil) en 2005, montrait un nombre peu élevé de courriers accompagnant les sujets âgés adressés aux urgences. Sur les 355 patients admis en hospitalisation, seuls 158 malades, soit 45% des patients avaient de façon certaine une lettre lors de leur admission au service d'accueil des urgences (12). Ces résultats contrastaient avec d'autres travaux de thèse de médecine générale. L'un, réalisé au CHU de Brest, s'était intéressé à l'information contenue dans les lettres des médecins traitants adressant leurs patients âgés à un service hospitalier. Sur 224 patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés dans un service de médecine interne et maladies infectieuses, 136 malades, soit 60,7% avaient une lettre d'accompagnement (13). L'autre, était une étude rétrospective réalisée sur une population de malades admis en médecine gériatrique à Montpellier. 85,5% des patients avaient été adressés avec une lettre en hospitalisation (14).

Selon ce même travail de thèse en 2005 (12), L'auteur montrait que les informations générales contenues dans les lettres rédigées par les médecins de ville adressant un sujet âgé aux urgences étaient assez bien renseignées. En revanche, les informations concernant les syndromes gériatriques étaient souvent incomplètes. Ainsi, Seuls 18% des courriers posaient un problème de lecture et pouvaient être considérés comme partiellement illisibles, voire pour certains illisibles en totalité. En comparaison, un article concernant l'évaluation des patients adressés aux urgences par un

médecin généraliste révélait que 5% des courriers accompagnant les malades étaient difficiles à lire ou grammaticalement déficients (15). Bien qu'il fut présent dans la quasi-totalité des lettres d'adressage, le nom du patient était incorrect, incomplet ou mal orthographié dans environ 20% des cas. La date de naissance ou l'âge du malade étaient présents dans presque 80% des cas, mais incorrects dans environ un quart des cas. Dans plus de trois quarts des cas (78% environ), les antécédents en rapport avec le problème avant motivé la consultation aux urgences figuraient dans les courriers. Mais ces antécédents restaient incomplets dans la moitié des cas. De même, les autres antécédents qui constituaient l'histoire médicale du patient ainsi que les antécédents familiaux n'étaient rapportés que pour un tiers des malades et souvent incomplets. La présence du traitement complet avec sa posologie (noté sur la lettre ou sur une ordonnance jointe) n'était accessible que dans 57,1% des cas. Dans deux autres études, le traitement complet était présent dans 55 et 61% des cas (13, 14). En ce qui concerne les modifications thérapeutiques récentes, elles n'étaient indiquées que pour un tiers des patients environ et seulement la moitié de ces indications étaient précises.

L'histoire de la maladie était retracée dans 62% des courriers et s'avérait correcte rétrospectivement dans 74% des cas. Dans la littérature, l'histoire de la maladie était retracée dans 52 à 91% environ des courriers d'adressage aux urgences (14, 16, 17, 18, 19, 20). Le motif d'hospitalisation était indiqué dans la quasi-totalité des courriers étudiés (98,7%). L'examen clinique retrouvait les signes cliniques dans 83% des cas et étaient en rapport avec la pathologie principale motivant le recours aux urgences dans 94% des cas. Les signes vitaux étaient notés dans 53% des courriers. Concernant les items gériatriques, si 42,1% de la population de cette étude présentait des troubles cognitifs, seuls un peu plus de 30% des courriers s'intéressaient au sujet. Par ailleurs, lorsque le thème était abordé, cela correspondait bien à l'état du patient. 80% des courriers de cette étude n'abordaient pas le

sujet de l'autonomie du patient, alors que 43,5% des malades présentaient une altération de leur autonomie. La marche n'était que très peu abordée dans les courriers à raison de 12,3% et en général de façon peu précise. Pourtant, les chutes sont un motif fréquent de consultation aux urgences chez les sujets de plus de 75 ans. L'incontinence urinaire et fécale n'était que très rarement abordée dans les lettres, environ 4%. Seuls 14% des courriers environ évoquaient l'état nutritionnel du malade adressé aux urgences, alors que plus de 40% des patients admis en hospitalisation présentaient une dénutrition clinique et/ou biologique. Le poids n'était indiqué que dans deux lettres. Le taux de courriers renseignant sur l'état thymique du patient était faible : 5,8%. L'ensemble des informations sur la provenance du patient, son lieu de vie, son entourage ou les aides mises en place étaient souvent mal renseignées. L'indication du lieu de vie était mentionnée dans près de 40% des courriers, 22% comportaient des indications sur l'entourage et 10% des indications sur les aides. Dans cette étude, lorsque le médecin traitant était rappelé, il s'agissait de préciser les antécédents du patient, puis le contexte social, l'autonomie et/ou les fonctions cognitives, et enfin l'histoire de la maladie.

En comparaison, dans une étude prospective menée dans un service d'accueil des urgences d'un CHU à Angers (16), les auteurs montraient que les lettres évoquaient facilement la chronologie des troubles (90,8% des cas), le traitement (77,2%) et les antécédents (66,8%). Par ailleurs, les conditions de vie du patient n'étaient mentionnées que dans 19,9% des courriers. L'impossibilité de maintenir le patient dans sa structure de vie actuelle était mentionnée dans 8,9% des lettres, indépendamment des classes d'âge et du sexe.

II.4. Problématique et justification

Il apparaît ainsi que le contenu des lettres et les lettres en elles-mêmes sont très variables.

Si les médecins hospitaliers ne trouvent pas les informations dont ils ont besoin dans ces lettres, les médecins de ville sont très souvent confrontés à l'urgence au moment de l'hospitalisation d'un patient âgé voire à une hospitalisation décidée au domicile du patient. Si le dossier médical n'est pas toujours accessible dans ces cas-là, le médecin doit aussi gérer la famille du patient âgé fragilisé et se doit de répondre à leurs questions. Il doit aussi tenir compte de son emploi du temps personnel et notamment les visites suivantes ou les consultations au cabinet. Il doit finalement organiser le transfert du patient vers l'hôpital et décider d'un transport médicalisé ou pas.

II.5. Question de recherche et objectif

Dans ce contexte, si la rédaction d'une lettre d'adressage permet de poser sa réflexion, la multiplicité des tâches et l'angoisse du patient ou de l'entourage proche présent rend difficile la rédaction d'un courrier qui se trouve parfois ne pas être la priorité du moment. Nous avons pensé que la mise en place d'un courrier « type » pourrait être un fil guide pour le médecin de ville d'une part, permettre un gain de temps d'autre part, et améliorer la qualité des soins par une amélioration de la communication ville-hôpital.

Nous nous sommes interrogés sur les critères nécessaires à la pertinence des lettres d'adressage concernant les patients de 80 ans ou plus, adressés par leur médecin traitant aux urgences ou en entrée directe dans les étages.

L'objectif principal de ce travail était de créer un outil, une lettre « type » d'adressage des personnes âgées vers un service d'accueil des urgences ou en entrée directe dans les étages.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

III.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, urgentistes et gériatres.

III.2. Recueil de données

III.2.1. Population étudiée

Nous avons interrogé des médecins gériatres et urgentistes travaillant en milieu hospitalo-universitaire dans des centres hospitaliers avec un fort recrutement gériatrique.

Nous avons également interrogé des médecins généralistes travaillant en ville, seul en cabinet ou associé à d'autres médecins traitants. Ces médecins étaient en contact avec des spécialistes de ville ou d'hôpital en cas de nécessité d'avis spécialisés qu'ils estimaient dépasser leurs compétences.

Les critères de diversification étaient l'âge, le sexe, la formation ou cursus médical, la géographie (deux hôpitaux de l'APHP dans le département 92, cabinets médicaux dans le département 92).

Nous avons donc eu un recrutement raisonné puisque nous avons choisi les personnes pertinentes à interroger. Le recrutement était fait par des connaissances professionnelles intra hospitalières ou extra hospitalières. Un échantillon en variation maximale était recherché.

III.2.2. Entretiens semi-dirigés

III.2.2.1. Conception de la carte mentale

Nous avons conçu une carte mentale en pré requis de notre guide d'entretiens, l'idée étant qu'elle nous soit une aide afin d'organiser nos idées.

Nous avons donc retranscrits sur papier des items rangés par groupes et selon une suite logique, l'ensemble étant centré par le sujet : la lettre d'adressage.

Ainsi nous avons noté en premier des informations générales que sont :

- l'identification du patient (nom, prénom, âge ou date de naissance, poids, taille, BMI).
- la date du jour.
- la lisibilité.

Puis des éléments d'ordre médico-sociaux que sont :

- le motif d'adressage aux urgences.
- les antécédents médicaux, chirurgicaux, les facteurs de risque cardio-vasculaire.
- les allergies connues.
- les traitements en cours et le mode de prise (pilulier, par une tierce personne, autonome).
- le mode de vie : vit seul ou non, enfants, appartement avec ascenseur ou non, maison avec chambre à l'étage ou non, marche au moyen d'une canne, d'un déambulateur, ne marche plus, aides à domicile : préparation ou portage des repas, prise des repas, courses, ménage, aide à la toilette.
- l'histoire de la maladie : comparer avec l'état de base, l'autonomie antérieure, l'anamnèse, les derniers bilans biologiques.

- l'examen clinique en précisant les constantes vitales : fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, température.
- la conclusion avec la ou les hypothèses diagnostiques.
- les personnes à contacter : personne de confiance, famille, spécialistes.

Ci-joint en **annexe** notre carte mentale.

III.2.2.2. Conception du guide d'entretiens

Le guide d'entretien a été construit à partir de la carte mentale. Notre guide d'entretien n'était pas un questionnaire mais une liste de thèmes que nous souhaitions aborder dans un sens ou dans un autre. Il participait à nous libérer de l'angoisse de penser à tout. Nous nous étions documentés au préalable sur le sujet avant de l'élaborer afin d'aborder les thèmes qui nous semblaient être les plus pertinents. Notre guide s'est modifié au fur et à mesure des entretiens. En effet, des questions se sont ajoutées si nous pensions à des nouvelles interrogations par le déroulement de l'entretien et les interactions qui s'y passaient. D'autres questions étaient modifiées ou retirées si les réponses apparaissaient spontanément ou si nous n'en retirions pas d'intérêt. La modification du guide était un critère de qualité de notre travail. Par ailleurs, il pouvait y avoir des questions de substitution pour éviter les malaises lors des silences prolongés.

Ci-joint en **annexe** notre guide d'entretien et ses différentes modifications au fil des entretiens.

III.2.2.3. Réalisation des entretiens

La réalisation des entretiens semi-dirigés permettait l'interprétation des données mises sur papier en enrichissant la compréhension. L'idée étant que, sur les items de réponses préalablement envisagés (de par la carte mentale), nous devions en balayer un maximum et voir ce que les interlocuteurs ajoutaient ou au contraire ce qu'ils ne disaient pas.

Chaque entretien durait entre 25 et 35 minutes. Nous avons enregistré tous les entretiens par le logiciel AUDACITY préalablement téléchargé avec l'accord de chaque interlocuteur. Nous avons interrogé chaque médecin sur son lieu de travail, dans son bureau, au calme, sans présence d'une tierce personne. Nous avons laissé le choix de la date et du créneau horaire à chaque interviewé. Nous avons choisi des enquêtes avec une opinion sur le sujet. Afin d'établir un contrat de communication, nous avons répondu à deux questions avant de débiter l'entretien: pourquoi cette recherche ? Pourquoi cet interviewé ? Nous leur avons assuré leur anonymat complet ainsi que l'anonymat de leurs propos.

Afin de libérer au maximum l'interviewé en laissant libre cours à ses idées et en le soulageant de ses inquiétudes, nous avons utilisé des questions directives mais imprécises tout en lui expliquant que l'absence de réponse n'était pas un problème et qu'il n'y avait pas de bonne ni de mauvaise réponse. Nous nous sommes mis dans une position d'écoute et d'empathie, favorisée par l'enregistrement qui nous permettait de nous libérer de la prise de notes. Nous sommes partis d'une question large (question « brise glace ») pour en arriver à des questions plus précises. Les entretiens étaient marqués par des temps de silence que nous respections au maximum afin d'inciter les interlocuteurs à reprendre la discussion. Nous essayions aussi de faire reformuler au maximum afin d'approfondir les réponses lorsque cela nous semblait justifié. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, définie préalablement par l'absence de nouvelle donnée. Nous avons terminé les en-

tretiens en nous assurant de pouvoir prévoir un rendez-vous ultérieur afin de présenter nos résultats.

Ci-joint en **annexe** l'intégralité des entretiens semi-dirigés retranscrits par écrit.

III.2.3. Analyse des données

Nous avons intégralement retranscrits par écrit les entretiens.

Par soucis de confidentialité, chaque entretien était numéroté (entretien N°1, entretien N°2 etc).

Chaque entretien était relu plusieurs fois par l'interviewer afin de se familiariser avec les idées contenues.

Puis nous avons procédé au codage des données afin d'identifier les idées principales selon un codage descriptif.

Nous avons recontextualisé en regroupant par thèmes les idées selon un codage thématique.

Le codage des données a été effectué par une seule investigatrice.

III.2.4. Création d'un outil

A partir du codage des données, nous avons créé un outil.

Notre outil était une lettre « type » d'adressage des personnes âgées de plus de 80 ans, indépendamment du sexe, adressées aux urgences par leur médecin traitant ou en entrée directe dans les services hospitaliers.

Nous avons créé l'outil à partir de l'analyse thématique des données. Une première version a ainsi été réalisée par l'interviewer qui devait ensuite aller présenter son outil aux interlocuteurs précédemment interrogés et élargir à d'autres médecins géné-

ralistes, gériatres et urgentistes dans le but de perfectionner son outil selon la méthode DELPHI. L'outil était modifiable après présentation des résultats jusqu'à obtention de la lettre type définie par la convergence aussi forte que possible des avis. Il n'y avait aucune prétention de représentativité car les résultats ne reposaient que sur l'expertise des participants.

III.3. Choix de la méthode

La méthode DELPHI vise à recueillir par l'entremise d'un questionnaire ouvert, l'avis justifié d'un panel d'experts dans un domaine particulier ou différents domaines. La procédure est basée sur la rétroaction afin d'éviter la confrontation des experts et de préserver leur anonymat. En ce sens, les résultats d'un premier questionnaire sont communiqués à chaque expert et sont accompagnés d'une synthèse des réponses générales et particulières. Chaque interlocuteur est ensuite invité à donner son avis et à répondre à un deuxième questionnaire élaboré en fonction des premiers avis recueillis, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une convergence aussi forte que possible des réponses.

IV. RÉSULTATS

IV.1. Recueil des données

IV.1.1. Population étudiée

Au total, six médecins ont été interrogés au départ, dont deux médecins généralistes, deux gériatres et deux urgentistes.

Une des deux gériatres était praticien hospitalier contractuel en unité de gériatrie aiguë, âgée de 31 ans, avec un DES de médecine générale suivi d'un DESC de gériatrie, travaillant en unité de gériatrie aiguë depuis la fin de son internat. Nous l'avons interrogée au calme, dans son bureau à l'hôpital.

La seconde gériatre était chef de clinique en unité de gériatrie aiguë, âgée de 33 ans, avec un DES de médecine interne suivi d'un DESC de gériatrie, travaillant en unité de gériatrie aiguë depuis la fin de son internat. Nous l'avons interrogée au calme, dans son bureau à l'hôpital.

Le premier urgentiste interrogé était praticien hospitalier, chef de service, âgé de 42 ans, avec un DES de médecine générale suivi d'une capacité de médecine d'urgence et d'une capacité de médecine de catastrophe, travaillant dans un service d'urgences médico-chirurgicales. Nous l'avons interrogé au calme, dans son bureau à l'hôpital.

Le second urgentiste était une femme, praticien hospitalier, âgée de 53 ans, avec un DES de médecine générale suivi d'une capacité de médecine d'urgence, travaillant dans un service d'urgences médico-chirurgicales. Nous l'avons interrogée au calme, dans son bureau à l'hôpital.

Le premier médecin généraliste était une femme, âgée de 53 ans, avec un DES de médecine générale suivi d'un assistantat pendant trois ans, avec un DU de cancéro-

logie et chimiothérapie, un DU d'oncologie médicale, un DU de soins palliatifs, une capacité de gériatrie. Elle était installée en ville depuis 1998, seule en cabinet, avec une patientèle essentiellement gériatrique. Nous l'avons interrogée à son cabinet, sans tierce personne.

Le second médecin généraliste était un homme, âgé de 40 ans, avec un DES de médecine générale suivi d'un clinicat en réanimation puis en endocrinologie. Praticien hospitalier à temps partiel en endocrinologie, vacataire pour des gardes au SAMU, il travaillait en cabinet de ville, avec une associée. Sa patientèle était répartie de façon homogène de 0 à 104 ans. Nous l'avons interrogé à son cabinet au calme, sans tierce personne.

IV.1.2. Réalisation du recueil

Le recueil de données s'est déroulé entre le 15-04-2015 et le 14-08-2015.

Nous avons réalisé six entretiens semi-dirigés de personne à personne jusqu'à obtenir saturation des données.

Chaque entretien durait entre 25 et 35 minutes.

IV.2. Présentation des résultats

IV.2.1. Présentation des résultats des entretiens semi-dirigés

Ces entretiens semi-dirigés ont constitué le premier tour de DELPHI :

IV.2.1.1. Adressage des patients

L'intégralité des entretiens a rapporté la nécessité de l'adressage des patients par courrier et/ou par appel téléphonique.

E2 : « par lettre...toujours...toujours systématiquement...que j'envoie aux urgences ou en consultations vous avez toujours une lettre »

E2 : « et donc en général je lui passe un coup de fil aux urgences »

E6 : « j'ai fait un petit courrier, j'ai décroché le téléphone »

E5 : « c'est rare qu'ils nous appellent »

Si les données de la littérature rapportent une majorité d'adressage des patients par lettre d'adressage, certains patients sont encore adressés aux urgences sans courrier d'accompagnement.

E3 : « bah il arrive que des patients soient adressés sans courrier venant de la ville »

E5 : « quand les lettres sont faites »

E1 : « je dirai la moitié du temps on a des lettres et la moitié du temps on n'a pas de courrier d'adressage »

E4 : « la plupart du temps on a quand même un courrier du médecin traitant »

IV.2.1.2. Motif d'adressage

L'intégralité des entretiens a également rapporté la nécessité du motif d'adressage sur les lettres d'adressage :

E1 : « c'est juste je pense qu'il faut être clair dans je vous l'envoie pour telle raison...et je préconise ça »

E1 : « on a pas toujours le motif de recours au service des urgences, c'est parfois embêtant parce que le dossier c'est bien mais si on sait pas pourquoi les gens sont là c'est pas toujours suffisant »

E2 : « et pourquoi j'envoie quelqu'un à quelqu'un d'autre »

E3 : « et aussi...bah le motif en fait, le motif initial qui justifie l'hospitalisation »

E4 : « voilà, donc le motif précis »

E5 : « je vous adresse monsieur ou madame machin pour tel problème »

E6 : « mmm la raison pour laquelle je l'envoie »

Par ailleurs, la forme de la lettre semble être un motif d'appréciation important, en l'occurrence pour le motif d'adressage :

E1 : « y a un type de lettre qui est insupportable c'est « merci d'hospitaliser » »

En ce sens, le rôle des services d'accueil des urgences est d'accueillir les patients et d'établir des hypothèses diagnostiques mais pas de recevoir des malades parce qu'ils doivent être hospitalisés.

E6 : « enfin faire des questions dans le courrier avec les réponses à ces questions si on y a déjà répondu et puis laisser des questions en suspens et la raison pour laquelle on l'envoie...en fait en gros c'est un courrier dans lequel il y a une question à la fin, y a quelque chose à résoudre; c'est pas simplement « je vous envoie madame Michu parce qu'elle a soif » »

E6 : je laisse toujours une question ouverte...j'en sais rien, si je l'envoie pour un méléna, toujours poser la question, plutôt que dire « je vous l'envoie pour une fibro », « y a t-il un intérêt à faire un examen endoscopique ? »

E5 : « de dire d'une façon parfois un peu plus franche « le maintien à domicile n'est plus possible »...il doit dire tout de suite « voilà c'est plus possible à la maison » et pas de trouver une phrase compliquée en disant « un bilan pourrait être nécessaire avant d'envisager un retour à la maison mais qui semble être difficile parce que telle chose telle chose » »

IV.2.1.3. Antécédents

L'intégralité des interviewés a mentionné la présence des antécédents dans une lettre d'adressage.

E1 : « ses antécédents sont »

E3 : « les antécédents précis du patient »

E5 : « ses antécédents c'est ça »

Si l'ensemble des interlocuteurs s'accordent sur l'importance de mentionner les antécédents dans une lettre, les avis divergent sur les précisions à apporter à ce paragraphe.

Les deux médecins généralistes ont rapporté la nécessité de mentionner les antécédents mais n'ont pas rapporté la notion de précision ou de datation des faits :

E2 : « j'ai beaucoup de choses de mémoire...et puis c'est un problème ponctuel ; à partir du moment où vous avez donné les antécédents... »

Une des deux gériatres mentionnait la précision indispensable des antécédents alors que la seconde pensait que ce serait une perte de temps.

E4 : « les principales comorbidités, pas la peine de faire un listing je pense des cinquante milliards d'antécédents »

E4 : « ça fait perdre du temps finalement à tout le monde, et au médecin généraliste qui écrit la lettre et au médecin urgentiste qui va prendre le temps de

lire tout ça ; nous après on peut récupérer ces informations dans un second temps c'est pas ça le plus urgent »

E3 : « les antécédents précis du patient...mais vraiment précis parce que voilà en fait quand le patient arrive à l'hôpital on est amené à faire des choix...et quand on connaît pas précisément les antécédents c'est difficile de dire « bah voilà j'enlève son Kardégic* mais je ne sais pas si il a un stent actif ou un stent nu » »

Le premier urgentiste interrogé ne rapportait pas de critère de précision alors que le second rapportait la notion de datation des faits.

E5 : « moi j'aime bien connaître les dates...d'intervention chirurgicale, depuis quand les gens sont malades, d'hypertension artérielle, depuis quand ils sont diabétiques...y a un peu d'imprécision »

IV.2.1.4. Traitements

Tous les interviewés ont rapporté la présence des traitements dans les lettres d'adressage.

E1 : « les traitements...parce que c'est un peu compliqué surtout chez les personnes âgées, on sait que l'arrêt brutal d'un traitement ça peut être un facteur de déséquilibre d'un certain nombre de choses et puis c'est vrai que c'est compliqué quand on connaît pas les traitement des gens »

E1 : « la poursuite des traitements, même la mise en route d'un nouveau traitement c'est un peu compliqué sans savoir ce qu'ils prenaient avant... »

E3 : « je crois que la dose des médicaments est très importante...en fait c'est pas pareil d'avoir 1,25mg de Cardensiel* ou 5mg de Cardensiel*...et le moment de la prise aussi...quand ils arrivent et qu'on ne sait pas si ils l'ont pris, si le patient a des troubles cognitifs...c'est compliqué d'avoir 5mg par jour et pas l'heure de la prise »

E5 : « y a un peu d'imprécision quant aux posologies des médicaments parfois »

E4 : « les médicaments, surtout les plus importants on va dire, l'homéopathie c'est pas très grave »

E6 : «.... les traitements... »

Les deux urgentistes recherchaient des précisions quant aux posologie et horaires de prise médicamenteuse. L'un des deux suggérait de joindre au courrier une ordonnance :

E1 : « ne serait-ce juste de penser de dire au patient de prendre une ordonnance de médicaments... »

E1 : « hyper souvent les gens disent « ah bah on y a pas pensé » ... alors que si leur médecin leur disait « pensez bien à prendre votre ordonnance » »

Une des deux gériatres recherchait beaucoup de précisions quant aux posologies alors que la seconde pensait surtout au « timing » des médecins de ville :

E4 : est ce que pour eux ce sera pas trop compliqué...il manque toujours des petites choses mais on les appelle »

Elle suggérait cependant de joindre une ordonnance :

E4 : « si il trouve une ordonnance »

Les deux médecins généralistes ne parlaient pas de posologie ou d'horaires de prise. Une des deux médecins généralistes disait qu'elle écrivait les traitements sur son courrier :

E2 : « non je mets sur mon courrier ».

Puis elle revenait sur ses propos en précisant qu'elle agissait différemment selon qu'elle soit au cabinet ou à domicile :

E2 : « j'imprime la dernière ordonnance si je suis au cabinet mais...j'ai beaucoup de choses de mémoire ».

IV.2.1.5. Allergies

Un seul médecin a mentionné les allergies dans un courrier d'adressage. Il s'agissait d'un médecin généraliste.

E6 : « je mentionne systématiquement les allergies »

IV.2.1.6. Poids - taille

Un seul médecin a rapporté le poids et la taille dans une lettre d'adressage. Il s'agissait d'un médecin généraliste avec une patientèle essentiellement gériatrique.

E2 : « pour moi ce qui est indispensable c'est le poids, la taille... »

A l'inverse, l'un des médecins hospitaliers, médecin urgentiste, affirmait que le poids leur était d'une faible utilité clinique, bien que recommandé.

E1 : « nous le poids on s'en sert pas beaucoup »

E1 : « on nous conseille de les faire peser quand ils sont admis à l'UHCD, pour l'instant c'est fait pour un patient sur dix je dirai...ça commence! »

IV.2.1.7. Histoire de la maladie

Un seul médecin sur les six a rapporté l'histoire de la maladie dans une lettre type.

E3 : « bon l'histoire de la maladie donc voilà... »

Les autres regroupaient le motif d'adressage avec les plaintes du patient :

E1 : « je vous adresse Monsieur ou Madame X pour telle raison »

E1 : « ne pas mettre pourquoi on l'envoie ça n'a pas de sens »

E1 : « il faut être clair dans je vous l'envoie pour telle raison...et je préconise ça »

E2 : « le problème actuel et ce que j'attends »

E6 : « la raison pour laquelle je l'envoie...je laisse toujours une question ouverte »

E6 : « en gros que celui qui reçoit le malade n'ait pas à se reposer les question »

E5 : « je vous adresse Monsieur ou Madame machin pour tel problème »

E4 : « un courrier d'une page avec le motif principal »

IV.2.1.8. Examen clinique

Quatre médecins sur six ont mentionné l'examen clinique dans les lettres d'adressage ou l'état clinique actuel.

Ceux qui ne le mentionnaient pas étaient un médecin urgentiste et un médecin généraliste.

E4 : « ...effectivement les constantes, ce que lui a remarqué pendant son examen... »

E5 : « l'examen clinique c'est ça »

E3 : « et l'examen clinique au moment où il a été vu par le médecin et les constantes quand il a été vu par le médecin...toujours pareil c'est savoir si le monsieur il était déjà en état de choc ou pas en état de choc ou si il avait 96% de sat ou 80% c'est pas pareil... »

E2 : « l'état clinique »

E1 : « on va avoir un examen clinique qui est très détaillé alors que finalement si le médecin m'envoie le patient je pars du principe qu'il l'a examiné, qu'il me l'envoie pour des raisons particulières donc si finalement la raison pour laquelle il l'envoie est suffisamment claire...si il marque pas de selles depuis 48 heures, vomissements depuis deux jours, ok c'est un syndrome occlusif j'ai pas besoin du détail...on va les ré examiner donc ça fait un peu double emploi »

Le médecin généraliste qui ne le rapportait pas, donnait beaucoup de précision sur le motif d'adressage :

E6 : « et pourquoi on l'envoie..en gros que celui qui reçoit le malade n'ait pas à se reposer les questions qu'on s'est déjà posées, enfin qu'il n'ait pas de réponse à chercher à des questions que nous on s'est déjà posées et où finalement on a déjà eu des réponses et donc en gros donner des questions dans le courrier...laisser des questions en suspens et la raison pour laquelle on l'envoie voilà en gros c'est ça »

E6 : « y a une question à la fin, quelque chose à résoudre; c'est pas simplement « je vous envoie Madame Michu parce qu'elle a soif » »

IV.2.1.9. Examens complémentaires

Deux médecins mentionnaient les résultats des examens complémentaires pratiqués dans une lettre type. L'un était médecin gériatre, l'autre était médecin généraliste.

E3 : « si il y a eu des examens bactériologiques en ville, par exemple un ECBU et le dernier bilan »

E6 : « dire ce qu'on a déjà fait pour éviter de reproduire les examens ça coûte cher et puis ça sert pas à grand chose »

Un médecin urgentiste ne rapportait pas les examens complémentaires dans une lettre « type » mais précisait que ça manquait :

E5 : « ce qui peut manquer c'est les résultats des examens complémentaires »

Un autre médecin urgentiste interrogé ne rapportait pas le résultat des examens complémentaires stricto sensu mais intégrait certains résultats dans les antécédents du patient :

E1 : « mais je pense que ça justement ça fait partie des antécédents qu'il faut noter...quelqu'un qui a une créatinine de base avec clairance à 50, il a une insuffisance rénale donc c'est un antécédent »

Un des deux médecins généralistes relatait surtout le manque d'accès à un plateau technique suffisant en ville :

E6 : « on a aucun moyen technique 24-24 en ville qui permette de s'y substituer »

E6 : « en fait en gros c'est souvent qu'on a besoin d'un plateau technique qu'on leur envoie »

E6 : « ou alors un vendredi 14 Août comme aujourd'hui 15h ou 16h, on a plus de labo d'ouvert on a plus rien d'ouvert, les gens vont aller aux urgences »

IV.2.1.10. Mode de vie

Quatre médecins sur six rapportaient le mode de vie dans une lettre « type ».

E1 : « et leurs conditions de vie chez eux parce que c'est un des facteurs importants parce qu'il va nous permettre d'anticiper un peu déjà l'orientation »

E1 : « il vit dans telles conditions »

E1 : « la condition de vie des gens fait qu'ils pourront ou non rentrer à domicile...on imagine quelqu'un qui a 85-90 ans qui a une pneumopathie sans aucun signe de gravité, en théorie on pourrait quasiment le faire rentrer chez soi et là les conditions de vie vont être hyper importantes...si y a des aidants, si il est entouré...si y a une surveillance possible...si c'est quelqu'un qui est isolé, qui a pas de médecin, qui a pas d'aidant ou très peu d'aidants...il est hors de question qu'il rentre à domicile et finalement ce sont les conditions de vie qui peuvent dans un certain nombre de cas conditionner le retour à domicile ou pas »

E1 : « et puis je pense que c'est un élément médical comme un autre »

E3 : « le mode de vie nous importe, l'autonomie nous importe »

E4 : « donc les aides en place, tout ce qui est environnemental et familial »

E4 : « si c'est quelqu'un qui est marié...si c'est quelqu'un qui est isolé...soit qui a pas d'enfant soit qui n'a plus de contact avec sa famille...les conditions de vie à la maison, savoir si c'est quelqu'un qui a pleins d'aides »

E5 : « son mode de vie c'est ça...sa dépendance c'est ça...taudis ou pas, luxe ou pas enfin j'exagère un peu mais tu vois »

E5 : « on connaît peut-être pas suffisamment l'état de dépendance des patients...enfin bon en général on sait si ils sont veufs ou pas veufs...mais voilà on connaît pas bien leur dépendance »

Un des gériatres mentionnait les conditions de vie dans une lettre « type » mais doutait de l'importance des précisions quant au mode de vie sur une lettre d'adressage :

E3 : « je ne suis pas sûre qu'il faille que ça figure forcément dans le détail sur la lettre d'accueil »

E3 : « ça nous importe beaucoup l'autonomie dans le détail, ça fait partie du coeur de notre métier mais c'est pas forcément un truc dont on a besoin le jour de l'arrivée du patient »

E3 : « le détail comptera plus tard »

Les deux médecins généralistes ne rapportaient pas les conditions de vie ou le mode de vie dans une lettre d'adressage.

L'un d'eux le reconnaissait :

E2 : « et effectivement à chaque fois je ne...mets pas le mode de vie c'est vrai »

Pourtant il précise bien l'importance pour l'hôpital de connaître l'état de base de la personne :

E2 : « il faut que le médecin urgentiste il sache comment la personne était la veille...et quel est son entourage à la maison »

E2 : « ça paraît évident ; est-ce qu'elle va pouvoir rentrer chez elle...si la vieille dame elle vit toute seule elle va pas rentrer avec son syndrome confusionnel, elle va mourir sinon »

E2 : « et donc tout ça parfois on oublie de le dire ; parce qu'on est un peu focalisé sur... »

E2 : « il y a un couple médecin-patient...on devient en fait tolérant à leur façon d'être »

IV.2.1.11. Personne à contacter

Deux médecins sur les six interrogés ont rapporté la personne de confiance ou la personne à contacter dans une lettre « type ». Ils étaient urgentiste et gériatre.

E1 : « on a la chance d'avoir au moins les coordonnées de l'accompagnant »

E1 : « je pense que l'important c'est pas de savoir de qui on a le numéro, c'est d'avoir un numéro, après par ce biais là on peut retrouver tout le monde »

E4 : « dans un courrier c'est compliqué de tout noter, c'est sur que si tu notes la personne de confiance qui est...je sais pas son épouse, sa fille, avec le numéro de téléphone...t'as pas toujours le temps quand tu fais un courrier en urgence...si tu peux le faire tant mieux »

Deux médecins ne rapportaient pas nécessairement l'importance de la personne à contacter de par la présence d'une tierce personne accompagnant le malade vers le service d'accueil des urgences :

E1 : « beaucoup de gens sont accompagnés quand même »

E4 : « la plupart du temps quand y a une personne de confiance elle vient aux urgences avec le patient »

Une des gériatres interrogées ne rapportait pas la personne de confiance mais le nom ou les coordonnées du médecin traitant :

E3 : « les coordonnées du docteur, le nom du docteur pour pouvoir le joindre »

Un des deux urgentistes ne mentionnait pas la personne de confiance mais insistait sur la qualité de vie, le mode de vie et les aides à domicile :

E5 : « y a le mode de vie...on sait si ils sont veufs ou pas veufs, si ils ont du monde autour d'eux »

E5 : « mode de vie, seul ou pas seul, aides »

Un des deux médecins généralistes parlait d'une « situation sociale » mais pas de la personne à contacter :

E6 : « bon après si y a une situation sociale un peu particulière voilà qui nécessiterait...je sais pas une personne âgée en particulier...à domicile ça devient compliqué »

IV.2.2. Création de l'outil

A partir du codage des données précédentes, nous avons créé une première version de notre outil. Il s'agissait d'une lettre « type » d'adressage des personnes âgées de 80 ans ou plus, indépendamment du sexe, adressées vers un service d'accueil des urgences par leur médecin traitant ou en entrée directe dans les étages.

Notre outil devait être attractif visuellement et facile d'utilisation dans le but d'apporter un gain de temps aux médecins de ville qui se trouvent, dans ces situations d'urgence où ils adressent leur patient aux urgences, pris par le temps doublé d'une charge émotionnelle forte où ils doivent gérer le patient et bien souvent la famille du patient.

Cet outil regroupait des items généraux qui, nous l'avons vu, sont très souvent rapportés dans les lettres d'adressage, et des items socio-gériatriques qui, de par les différences de pratique, de temps et d'attentes entre les praticiens de ville et les praticiens hospitaliers, manquent souvent à l'appel.

Ci-joint en **annexe** la lettre « type » dans ses différentes versions.

IV.2.3. Présentation de l'outil et méthode DELPHI

Après création de la première version de notre outil, nous sommes allés présenter nos résultats aux médecins précédemment interrogés et nous avons élargi à d'autres médecins généralistes, gériatres et urgentistes selon la méthode DELPHI. Notre procédure était basée sur la rétroaction contrôlée puisque nous rappelions aux interlocuteurs l'étape précédente afin de leur permettre de réviser leur jugement antérieur. Nous avons réalisé ainsi 3 tours de DELPHI jusqu'à l'obtention d'une convergence aussi forte que possible des réponses. Au total, six urgentistes, six gériatres et six médecins généralistes ont été interrogés en plus des six premiers médecins interrogés. Là aussi, les entretiens étaient numérotés dans l'ordre dans lequel ils avaient été réalisés, par soucis de confidentialité.

Les entretiens se sont déroulés entre le 16 février 2016 et le 20 Avril 2016 par entretien direct de visu ou par entretien téléphonique. Là encore, les entretiens étaient enregistrés grâce au logiciel AUDACITY et retranscrits intégralement par écrit par l'interviewer. Quand les entretiens avaient lieu par téléphone, l'interviewer enregistrait la communication de façon à pouvoir la retranscrire ensuite.

IV.2.3.1. Deuxième tour de DELPHI

IV.2.3.1.1. Motif d'adressage

Un des médecins urgentistes interrogés considérait que le motif d'adressage et les plaintes du patient pouvaient éventuellement se rassembler en une seule et même partie. Un des gériatres et deux des médecins généralistes interrogés le précisaient également.

E7 : « après est-ce que le « pour » et la plainte du patient ne vont pas être un peu redondants dès le départ... »

E7 : « parce que généralement ils marquent « pour douleur abdo fébrile » et la plainte de la patiente ça va être la douleur abdo »

E7 : « je sais pas c'est à voir avec eux »

E11 : « alors ensuite distinguer plaintes et examen clinique et « pour », finalement on va probablement retrouver un peu les même choses... »

E14 : « les plaintes du patient c'est redondant avec le premier item « pour » »

E16 : « les plaintes du patient oui si on pense qu'elles peuvent être différentes de la raison pour laquelle on l'adresse... »

Deux autres médecins urgentistes interrogés considéraient qu'il s'agissait de deux choses distinctes :

E9 : « non parce que tu vois tu peux avoir..tu l'adresses toi par exemple pour suspicion d'AVC et tu veux mettre ses plaintes »

E9 : « le motif c'est une phrase..et après les plaintes de la patiente c'est différent »

E8 : « après pourquoi lui il voit la patiente et pourquoi il nous l'adresse c'est pas toujours la même chose...la patiente elle peut l'appeler parce qu'elle se sent pas très bien et lui trouve un truc et il nous l'adresse »

Enfin, un autre urgentiste et un gériatre ne parlaient pas de redondance mais de forme de la lettre :

E15 : « je n'aurais pas mis « pour » j'aurais mis motif...quelque chose de plus... comment dire...tu vois ce que je veux dire tu fais une thèse donc... »

E18 : « (...) symptômes et pas plaintes du patient... »

Les autres médecins interrogés n'en parlaient pas.

IV.2.3.1.2. Antécédents

Deux des médecins interrogés cherchaient à modifier le titre de ce paragraphe en précisant que la mention « connus » n'avait pas vraiment de sens.

E7 : « je mettrais juste les antécédents parce que je suis pas sûre que connu ça serve à quelque chose »

E18 : « je serais toi je simplifierais »

Un des gériatres interrogés se posait la question de détailler certains antécédents qu'il qualifiait de « typiquement gériatriques » :

E11 : « alors est-ce qu'il faut détailler dans les antécédents les deux trois trucs typiquement gériatriques qui nous intéressent genre démence...anticoagulants...enfin les petits trucs qui changent un peu la prise en charge »

Un autre médecin gériatre insistait sur la mention « mettre courrier automatisé associé » :

E12 : « donc ils ont juste à sortir un premier courrier du patient qui va contenir ses antécédents donc ça, ça va aller vite »

IV.2.3.1.3. Traitements

L'ensemble des urgentistes interrogés rapportaient l'importance de l'ordonnance jointe ou la précision des traitements quant aux posologies et horaires de prise.

E7 : « le traitement si y a l'ordonnance c'est quand même vachement mieux parce qu'ils ne recopieront jamais.. »

E7 : « parce que si c'est juste pour marquer les médicaments et qu'on a pas les posologies c'est toujours un peu galère »

E8 : « faut mettre les posologies...les noms on s'en fiche à la limite...enfin on s'en fiche non mais sans les doses on peut rien en faire..ou adresser une photocopie de l'ordonnance »

E9 : « ah bah l'ordonnance...ou le traitement écrit mais c'est vrai que le mieux c'est de joindre l'ordonnance c'est quand même plus facile que de tout écrire »

Un des gériatres interrogés ne rapportait rien au sujet des traitements. Un autre se posait la question des changements récents. Il revenait ensuite sur sa position en précisant que tout n'était pas faisable pour les médecins de ville. Finalement, il se basait essentiellement sur les traitements qu'il qualifiait d'indispensable par leur aspect préjudiciable en cas de rupture de traitement à court terme. Il ajoutait que les patients avaient parfois leur ordonnance ou que, le cas échéant, il était facile d'en joindre un double. Un autre gériatre rapportait aussi de joindre l'ordonnance, mais que souvent, les patients ou la famille l'avaient avec eux :

E11 : « est ce qu'il faut faire apparaître les changements récents...c'est comme tout quoi plus on rajoute des choses et plus on va rendre le machin fastidieux à remplir...le médecin il va pas avoir le temps... »

E11 : « je pense qu'il y a des médicaments où c'est plus préjudiciable de les oublier en urgence que d'autres quoi »

E11 : « ensuite l'ordonnance généralement les patients l'ont ou joindre un double c'est pas ce qui a de plus compliqué »

E12 : « les traitements, effectivement l'ordonnance ; généralement les patients ou les familles arrivent assez souvent avec »

IV.2.3.1.4. Poids - taille

Deux des médecins interrogés se sont arrêtés sur le poids. L'un était gériatre, l'autre était médecin généraliste.

L'un affirmait qu'il fallait parler du poids habituel connu. L'autre rejoignait le premier en se posant la question s'il s'agissait du poids habituel ou pas...

E13 : « ainsi qu'une précision sur le poids qui devrait être le poids habituel connu »

E11 : « le poids c'est le poids habituel ? parce qu'ils ne vont pas le peser j' imagine »

Un autre médecin généraliste s'arrêtait sur cet item mais sa réflexion n'allait pas dans le même sens que celle de ses collègues précédemment cités. Si les deux premiers médecins considéraient le poids comme un item principal dans l'adressage des patients âgés, lui, reconnaissait qu'il n'avait pas toujours connaissance du poids de ses patients.

E16 : « le poids c'est bien mais on l'a pas toujours.. »

IV.2.3.1.5. Résultats de l'examen clinique

La plupart des médecins interrogés ne reparlaient pas de l'examen clinique.

Un des médecins urgentistes en parlait en précisant qu'il avait finalement peu d'importance :

E8 : « en fait c'est pas tant les résultats de l'examen clinique que finalement la conclusion »

E8 : « les choses clé de l'examen clinique »

E8 : « l'examen clinique c'est bien d'avoir les grands trucs »

Un autre médecin urgentiste interrogé pensait que le mot « résultats » n'avait pas sa place dans la mesure où il s'agissait forcément des résultats de l'examen clinique... Il pensait que supprimer les mots inutiles permettrait d'alléger et d'aérer la lettre :

E15 : « y a pleins de choses que j'aurais supprimé en fait...ça va aérer ta lettre...par exemple « résultats de l'examen clinique », on s'en fout du mot résultats... »

E15 : « le médecin de toute façon il va faire quelque chose de concis donc il va te marquer le résumé de ton examen clinique... »

Un des gériatres rejoignait le précédent urgentiste sur l'importance de supprimer les mots inutiles afin de rendre la lettre plus digeste :

E18 : « pareil je mettrais examen clinique et pas résultats »

tats IV.2.3.1.6. Examens complémentaires pratiqués et résultats

Un des médecins urgentistes suggérait d'ajouter entre parenthèses de joindre une copie des résultats des examens complémentaires pratiqués. Un autre urgentiste s'accordait sur cet avis. Le dernier urgentiste se basait essentiellement sur les examens pratiqués comme comparaison avec l'état antérieur.

E7 : « examens complémentaires pratiqués et résultats est-ce que c'est pas plus simple de les donner en fait ; souvent ils ont les résultats...donc le plus simple c'est peut-être qu'il y ait la feuille d'examens avec »

E7 : « peut être marquer à côté « au mieux joindre les résultats »

E8 : « alors ça c'est plutôt mettre une copie, les résultats...parce que mettre les résultats on s'en fiche »

E9 : « ou tu peux mettre les résultats principaux...ça nous suffit »

E9 : « on va les refaire ici mais si tu veux ça nous sert de base »

Un des gériatres interrogés rapportait juste l'intérêt de les citer.

E11 : « et des examens complémentaires c'est déjà beaucoup plus aléatoire mais c'est bien de le préciser »

Un des gériatres interrogés suggérait également de joindre une copie des examens pratiqués :

E12 : « les examens complémentaires...avoir la photocopie... »

Là aussi, un des médecins urgentistes et un des gériatres rapportaient l'inutilité du mot « résultats » :

E15 : « comme pour « résultats des examens complémentaires » j'aurais viré le mot résultats... »

E18 : « idem pour les examens complémentaires... »

IV.2.3.1.7. Mode de vie

Tous les médecins hospitaliers interrogés s'accordaient sur l'importance et la nécessité de préciser le mode de vie et l'autonomie du patient dans les lettres d'adressage.

E7 : « c'est bien nous ça nous suffit après peut-être que les gériatres n'ont pas la même ...ont besoin de plus de renseignements mais nous aux urgences ça nous suffit »

E10 : « non sinon c'est ...enfin je n'ai pas grand chose à dire »

E9 : « c'est des facteurs importants »

E11 : « et donc effectivement le paragraphe mode de vie et l'autonomie ça je pense que c'est intéressant »

E11 : « c'est des infos qu'on a besoin d'avoir rapidement si on veut décider »

**E11 : « ces infos-là c'est plus primordial pour les malades un peu instables
quoi »**

**E12 : « toutes les aides à domicile ils cochent ça c'est bien, le niveau d'auto-
nomie je pense que c'est aussi hyper important »**

Un des médecins urgentistes ajoutait même l'importance du rythme des aides à domicile...

**E15 : « lorsque tu détailles le mode de vie...ça serait bien...parce que ça par
exemple on sait jamais et c'est une question que nous on pose souvent aux
urgences...les aides à domicile le rythme... »**

**E15 : « euh par exemple c'est pas la même chose quand y a quelque chose
d'organisé tous les jours de la semaine par rapport à celui qui a...truc tous les
mardi matins pendant 2 heures... »**

**E15 : « on trouve ça très intéressant parce que quand on voit par exemple qu'il
y a déjà pleins de choses d'organisées tous les jours le matin l'après-midi le
soir et que le patient vient pour maintien à domicile difficile...on se dit ma foi
avec déjà tout ce qu'il y a en place ça va être hyper difficile alors que si y a
qu'un seul passage dans la semaine on se dit allons-y... »**

En revanche, un des médecins généralistes interrogés se posait la question de son utilité dans le cadre d'un adressage aux urgences et mentionnait le facteur temps :

E14 : « la partie mode de vie, si j'avais un externe pour avoir tous ces détails et remplir les cases je le ferais avec plaisir ! dans le cadre d'un adressage aux urgences est-ce utile... »

Parmi les médecins gériatres, l'un d'entre eux se posait la question de l'importance de détailler le mode de vie pour les médecins urgentistes mais ne reparlait pas du facteur temps qui incombe aux généralistes :

E18 : « le mode de vie est très détaillé. C'est très bien pour nous en gériatrie mais je me posais la question pour les urgentistes... »

IV.2.3.1.8. Personne à contacter

Parmi les médecins interrogés, un gériatre trouvait justifié de parler de personne de confiance plutôt que de personne à contacter dans la mesure où la personne à contacter n'est pas forcément la personne de confiance...

E18 : « La personne à contacter c'est pas forcément la personne de confiance...peut-être ce serait mieux de mettre personne de confiance et numéro de téléphone... »

Si les autres médecins interrogés précisait l'importance de cet item, ils n'émettaient pas de critique sur la formulation utilisée.

IV.2.3.1.9. Prise en charge réanimatoire

Nous avons pris parti d'ajouter une question sur le caractère potentiellement réanimatoire de la prise en charge.

Quasiment tous les médecins interrogés se sont montrés sceptiques quant au caractère tantôt subjectif de cette question tantôt « délicat ». Certains ont cependant suggéré de remplacer cette question par une question sur l'émission de directives anticipées par le patient.

E7 : « la notion de prise en charge réanimatoire elle est extrêmement subjective »

E7 : « où est ce qu'on place le curseur de réanimation c'est toujours un peu compliqué »

E7 : « ah bah oui y en a qui parlent de réanimation active et non active »

E7 : « par contre poser une question sur les directives anticipées »

E8 : « je pense que c'est délicat pour un médecin généraliste de se positionner sur la prise en charge réanimatoire »

E8 : « c'est une décision qu'on ne prend pas seul »

E8 : « d'informer si y a des directives anticipées du patient ça oui »

E9 : « why not..mais c'est compliqué...avec la famille... »

E10 : « cette question-là me chiffonne »

E10 : « non cette question me gêne sur la prise en charge réanimatoire »

E11 : « euh comme ça ponctuel c'est pas forcément très facile si ça n'a pas été réfléchi avant »

E11 : « je suis en train de penser à autre chose mais ça dépend si c'est à la connaissance du...c'est personne de confiance et directives anticipées »

E12 : « c'est difficile de se...comment dire...de donner la réponse tout seul »

E12 : « encore faut-il que le médecin ait le temps de...d'avoir cette discussion parce que c'est pas une discussion que tu peux avoir en deux minutes quoi.. »

E13 : « sur la question de la réanimation c'est un truc que perso je ne remplis pas...pour plusieurs raisons..si je confie un patient à un autre médecin ce

n'est plus à moi d'intervenir dans une décision...ensuite j'aurais l'impression de condamner mon patient »

E13 : « par contre formuler cette question autrement puisque avec mes patients on évoque la fin de vie quand ils vont bien..cette partie doit être plus orientée sur le souhait du patient connu ou pas, pas sur le souhait du médecin »

E14 : « la prise en charge réanimatoire c'est une question casse-gueule à laquelle tout le monde répondra oui ! »

E15 : « bah alors dans ce cas il faut marquer directives anticipées émises par le patient »

E17 : « euh...ce genre de questions...moi je ne vois pas ce que ça vient foutre dans une lettre « type » hein... »

E17 : « sincèrement le coup du réanimateur moi ça me choque un peu... »

E17 : « c'est pas le médecin qui décide hein... »

E18 : « Alors aussi je pense que la phrase « pensez vous que madame monsieur puisse faire l'objet d'une prise en charge réanimatoire » n'est pas terrible...je mettrais plutôt une ligne « directives anticipées » »

Certains gériatres reconnaissent le bien fondé de la question :

E11 : « en même temps c'est bien, en même temps faut faire attention à la façon dont c'est perçu »

E11 : « ça reste intéressant...c'est d'ailleurs un des trucs qui pénalise les malades qui arrivent aux urgences le week-end quand on ne peut pas joindre leur médecin traitant et qu'on sait pas bien jusqu'où il faut aller quoi... »

E12 : « ça peut permettre un premier dialogue entre le médecin et la famille »

E12 : « maintenant je suis quasi sûre qu'elle ne sera jamais remplie parce que comme je te dis ça peut pas être rempli en deux minutes...mais l'intérêt de cette affirmation dans ta lettre c'est que ça permet un premier dialogue »

E12 : « si c'est quelqu'un qui est autonome à la maison j'ai envie de te dire que le médecin il va pas se poser de question il va mettre oui d'emblée »

E12 : « moi je trouve que oui c'est pertinent »

Parmi les médecins urgentistes interrogés, seul l'un d'eux affirmait sans aucun doute l'importance de cette question. Il rapportait l'importance fondamentale d'impliquer les médecins généralistes dans cette réflexion et dans cette prise de décision dans la mesure où le médecin traitant est celui qui connaît le patient. Quant au côté assez subjectif de cette question, il affirmait qu'une décision telle que celle-ci se (re)discutait en milieu hospitalier. Finalement, il rejoignait les autres médecins

interrogés en suggérant de modifier la question par l'émission des directives anticipées mais n'en restait pas moins persuadé du bon sens de cette question :

E15 : « c'est ce qu'on peut parfois reprocher au médecin traitant c'est de se l'être jamais posée... »

E15 : « le médecin traitant doit se poser la question et doit nous dire « je pense qu'il n'y a pas de réanimation » »

E15 : « c'est des choses qui peuvent être discutées... »

E15 : « ah non au contraire c'est le médecin généraliste qui connaît le mieux le malade »

E15 : « ah bah dans ce cas il faut marquer directives anticipées émises par le patient parce que ça veut dire que le médecin généraliste en a aussi parler avec le patient »

E15 : « c'est pas l'équipe hospitalière qui a le plein pouvoir »

E15 : « au contraire moi je trouve que le médecin généraliste a une grand part dans cette décision »

E15 : « moi je pense qu'il faut au contraire beaucoup plus sensibiliser les médecins traitants à parler de ça »

Un des médecins généralistes interrogés rejoignait lui aussi la position de l'urgentiste précédent, quant à la nécessaire implication des médecins traitants dans cette réflexion.

E16 : « la prise en charge réanimatoire...d'accord...oui c'est bien... »

E16 : « ça oblige à donner des détails qu'on met pas forcément...souvent on parle de maintien à domicile difficile, qu'on ne peut plus y arriver... »

E16 : « c'est bien c'est souvent des choses que les internes nous demandent quand ils nous appellent... »

E16 : « non...c'est une réflexion qu'il faut avoir en amont...jusqu'où on veut aller...est-ce qu'on est encore sur une quantité de vie qu'on veut gagner ou une qualité de vie... »

E16 : « certains s'en fichent..ils préféreraient partir pendant une infection plutôt que de continuer dans ces conditions... »

IV.2.3.1.10. Troubles cognitifs

Nous n'avons pas ajouté de question spécifique sur les troubles cognitifs. Si le mode de vie et l'autonomie du patient ressortait en majorité des entretiens semi-dirigés, il n'en était pas de même pour les troubles cognitifs qui sont pourtant un item gériatrique primordial au maintien du patient à domicile.

A notre second tour de DELPHI, un des gériatres interrogés se demandait s'il fallait faire un item spécifique pour avoir la certitude que ça apparaisse.

E11 : « y en a qui l'écrivent pas ou qui l'écrivent un peu dans le mode de vie ou qui le suggèrent sans l'écrire...mais c'est une donnée qui est importante quoi...que ce soit diagnostiqué ou pas »

E11 : « effectivement quand y a l'étiquette maladie d'alzheimer elle apparaît dans un coin, quand y a pas l'étiquette c'est plus aléatoire...donc du coup est-ce qu'il faut pas le cibler spécifiquement pour être sur que ça apparaisse »

Les autres médecins gériatres interrogés affirmaient que les troubles cognitifs devaient apparaître dans les antécédents médicaux ou dans le motif d'adressage s'ils en étaient la cause mais se refusaient à en faire un item spécifique, sauf l'un d'eux qui se montrait partagé et ne concluait pas.

E10 : « ça fait partie des antécédents je pense...non je ne mettrais pas de case spécifique »

E12 : « si pour les médecins c'est quelque chose de notable avec une démence avérée...ce sera noté dans les antécédents, si c'est le motif ce sera noté dans... »

E12 : « à mon avis c'est pas la peine de faire un item spécifique »

E12 : « c'est extrêmement stigmatisant comme item je trouve »

E18 : « non car c'est stigmatisant donc ça fait partie des antécédents et ne doit pas être un item spécifique...moi je dirais non ! »

Un seul urgentiste se posait la question de le préciser quelque part dans le courrier, les autres urgentistes n'en parlaient pas.

E7 : « peut être quelque part il faudrait spécifier la notion de troubles cognitifs existants ou pas...on peut penser qu'on devrait les retrouver dans les antécédents c'est même une maladie active »

IV.2.3.1.11. Dernière hospitalisation

Un des médecins urgentistes interrogés et un médecin gériatre rapportait la dernière hospitalisation connue. Parmi les médecins généralistes, un seul le précisait.

E9 : « ce qui est aussi important c'est la dernière hospitalisation connue...et où »

E9 : « tu vois si il est sorti y a deux jours de Sainte Perrine ça change tout »

E12 : « ou ce qui peut être pas mal aussi c'est que le médecin rajoute si le patient est déjà connu...d'un hôpital par exemple ou d'un service hospitalier »

E13 : « la date de dernière hospitalisation me paraît aussi importante, date et lieu... »

Un gériatre n'en trouvait pas l'intérêt mais reconnaissait qu'il était de la génération Orbis et profitait du partage des informations médicales. Un autre médecin gériatre ne le citait pas spontanément mais là aussi, reconnaissait qu'il travaillait sur Orbis ; par ailleurs, il trouvait le principe intéressant...

E10 : « non...parce que normalement si...sauf peut-être des hospitalisations un peu récentes mais sinon...normalement l'information médicale fait que les dossiers suivent...pour la génération d'Orbis... »

E11 : « mais oui sur le principe c'est intéressant »

IV.2.3.1.12. Titre de la lettre

Deux des médecins hospitaliers interrogés reprochaient à l'interviewer le titre de la lettre. L'un était gériatre, l'autre était urgentiste.

E12 : « adressage...ça se dit ? »

E12 : « ah bah je sais pas moi j'ai trouvé ça bizarre »

E15 : « alors moi y a une chose...comment dire que je n'aime pas du tout c'est le mot adressage...je n'aime pas ce mot enfin ça c'est personnel probablement... »

E15 : « et...non moi j'aurais mis lettre de liaison, lettre d'information tu vois mais adressage...d'abord c'est pas un mot qu'on utilise...la logique c'est aussi d'utiliser un vocabulaire qu'on utilise... »

IV.2.3.1.13. Créatinine et clairance de la créatinine

Parmi les médecins interrogés, seul un médecin généraliste affirmait qu'il faudrait mentionner spécifiquement la créatininémie et la clairance de la créatinine. Il ne précisait pas s'il fallait en faire un item spécifique ou le faire figurer parmi les antécédents ou les résultats des examens complémentaires.

E13 : « alors rapidement et spontanément je dirais qu'il manque la créatininémie et la clairance de la créat habituelles et connues »

E13 : « la créat et la clairance sont des constantes aussi fondamentales que le pouls la tension et le poids et je considère qu'elles devraient être obligatoires sur les ordonnances après 80 ans... »

Parmi les spécialistes interrogés, seul un gériatre le citait mais sans en affirmer l'importance de le faire figurer dans une lettre.

E18 : « sincèrement ma réponse c'est que je pense que ça n'a pas sa place... »

IV.2.3.2. Troisième tour de DELPHI

IV.2.3.2.1. Poids habituel connu

L'un des médecins gériatres interrogés cherchait à préciser la date de dernière pesée du patient. Les autres médecins interrogés soulignaient l'importance de cet item mais ne parlaient pas de date.

E26 : « je sais pas si ça fera de trop mais préciser la date parce qu'ils vont nous mettre « il fait 90 kilos » et puis il va arriver et il va faire 60 kilos tu vas dire c'est quand même bizarre qu'il pèse trente kilos de moins donc il faut peut-être... »

Par ailleurs, ce même gériatre suggérait de placer cet item à hauteur de l'examen clinique mais en le laissant distinct du paragraphe pour le laisser en évidence.

E26 : « tu vois tu le décales un petit peu trois lignes du dessous et tu le mets à côté de l'examen clinique...tu le laisses à droite comme ça c'est bien visible... »

IV.2.3.2.2. Mode de vie

Parmi les médecins interrogés, un des gériatres affirmait qu'il fallait préciser l'étage auquel habite le patient lorsque celui-ci vit en appartement bien que la présence d'un ascenseur soit précisée dans la lettre.

E19 : « au sujet du mode de vie, il y a l'ascenseur pour les appartements mais pas l'étage... »

E19 : « oui...mais en fait si il vit au rez-de-chaussée y a pas d'ascenseur mais on s'en fout! donc éventuellement... »

IV.2.3.2.3. Coordonnées des enfants

Un des médecins urgentistes suggérait de placer les coordonnées des enfants en tête de lettre de par l'importance de cet item en terme d'apport pour le médecin.

E22 : « les coordonnées des proches évidemment...alors même tu vois moi les coordonnées des proches je les mettrais plus haut parce que plus ça va et moins c'est rempli... »

E22 : « et si on a les coordonnées des proches sans rien à côté on peut les appeler donc ça nous aide déjà... »

Un des gériatres interrogés supposait également de placer cet item en tête de fiche.

E26 : « mets peut-être plus les coordonnées en haut... »

E26 : « moi c'est un des premiers trucs que j'aurais mis... »

E26 : « la personne de confiance elle est un peu noyée au milieu de tout le mode de vie qui est hyper important je te l'avais dit mais la personne de confiance je la trouve trop noyée... »

IV.2.3.2.4. Personne de confiance

Lors de notre second tour de DELPHI, un des médecins gériatres avait suggéré de transformer la mention « personne à contacter » par la mention « personne de confiance » ; à notre troisième tour, deux gériatres dont un déjà interrogé pendant le second tour s'interrogeaient sur la pertinence de cette formulation. Ils n'en percevaient pas moins cependant l'importance de son sens.

Par ailleurs, un des médecins généralistes affirmait qu'il fallait la citer.

E20 : « je pense que c'est important de mettre la personne de confiance en fait... »

E25 : « pour la personne de confiance en fait...je sais bien que c'est quelque chose qui...est la base... »

E25 : « mais je sais pas si la plupart des médecins savent si y a une personne de confiance et j'aurais peut-être parlé plus de référent familial histoire que ce soit pas un frein à ce qui...qu'il y ait un référent ou quelqu'un de l'entourage et qu'on ait vraiment les coordonnées de la personne à appeler... »

E26 : « enfin tu vois personne de confiance c'est un beau mot pour le dire mais c'est pas rempli dans les trois quarts des cas à l'hôpital... »

E26 : « personne ne remplit la partie personne de confiance... »

E26 : « donc moi je mettrais...je sais pas comment le libeller...soit personne de confiance comme ça tu restes un peu dans les clous soit personne à joindre. »

E26 : « non je pense qu'il faut que tu laisses personne de confiance parce que c'est...il faut maintenant que ça rentre dans les habitudes de tout le monde je veux dire même en ville hein... »

E26 : « ou alors tu mets personne de confiance ou personne à joindre par défaut... »

IV. 2.3.2.5. Dernière hospitalisation

Un des médecins gériatres interrogés ajoutait le dernier compte-rendu d'hospitalisation. Les autres médecins n'en parlaient pas.

E19 : « on pourrait peut-être ajouter le dernier compte-rendu...dans la partie dernière hospitalisation... »

IV.2.4. Présentation des résultats extérieurs au contenu de la lettre

IV.2.4.1. Difficulté de rédaction d'une lettre d'adressage

La totalité des médecins hospitaliers interrogés a reconnu les difficultés qui incombent à la rédaction d'une lettre de par la taille du support et le contexte associé. De façon contradictoire, les médecins libéraux ne parlaient pas de la difficulté liée à la rédaction de la lettre mais revendiquaient le manque de temps.

E1 : « je pense que les courriers d'adressage c'est assez compliqué à faire parce que...il y a un certain nombre de médecins qui font les courriers au domicile des patients »

E1 : « je comprends que le temps soit limité »

E1 : « ils n'ont pas forcément non plus accès à tout »

E2 : « parce qu'il y a des fois où on est un petit peu pris par le temps ou par l'urgence, ou obnubilé par quelque chose et vous pouvez très bien dans un courrier oublier de mettre « il a du kardégic* » ou « il a du sintrom* »...simple-ment parce que voilà oubli ! et si on avait peut être un courrier type...peut être qu'on l'oublierait pas »

E3 : « après il faut être réaliste aussi, il faut que ça puisse tenir dans le temps de consultation pour un médecin traitant »

E3 : « en fait ça doit être compliqué je pense pour un médecin généraliste de faire une lettre d'adressage parce que le support est petit et il y a beaucoup de choses... »

E4 : « je peux comprendre que dans l'urgence on fait un courrier très rapide et on l'envoie comme ça aux urgences »

E4 : « dans un courrier c'est compliqué de tout noter »

E5 : « mais c'est pas toujours facile hein, le médecin généraliste, il n'est pas là 24h sur 24, il a ses visites, il fait des choses...et voilà il a pas toujours les dossiers sous la main »

IV.2.4.2. Communication ville - hôpital

La totalité des entretiens réalisés au cours de ce travail a fait ressortir les discordances de la communication entre la ville et l'hôpital.

Les interlocuteurs plus âgés rapportaient que ces problèmes avaient toujours existé tandis que les plus jeunes se refusaient à parler de conflit et semblaient davantage chercher des solutions pour une amélioration des pratiques.

E2 : « c'est comme d'hab hein c'est un manque de communication ville-hôpital, hôpital-ville, ça marche jamais ça, ça fait trente ans que ça dure »

E2 : « franchement les urgences font leur boulot bien, le mieux du monde mais le problème c'est que j'ai pas de retour, que je sais pas où ils sont passés mes patients »

E3 : « les spécialistes peuvent exiger des courriers d'entrée des patients...ils ne fournissent pas forcément le courrier à la sortie du patient »

E4 : « il manque cruellement une transmission dans pleins de situations entre la ville et l'hôpital, que ce soit de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville »

E4 : « après il faudrait demander aux médecins généralistes à qui j'ai envoyé des patients si ils sont contents de la façon dont ils ont reçu les informations... et là dessus je ne pas persuadée qu'on soit optimum loin de là »

E4 : « ça met le doigt sur une problématique qu'on connaît...le fameux manque d'informations, de transmissions entre la ville et l'hôpital ; donc faire ce travail en amont de l'hospitalisation...je pense que c'est nécessaire »

E5 : « moi déjà quand j'étais interne y avait des tensions entre la ville et l'hôpital »

E5 : « moi je pense, le dialogue, je pense qu'il n'y en a plus ou très peu »

E6 : « alors il y a le dialogue entre la ville et les urgences c'est un truc à part... euh...on a jamais de retour »

E6 : « bon voilà avec les urgences y a zéro communication »

E6 : « l'assistance publique préfère imprimer du papier...qu'on ne reçoit jamais d'ailleurs »

E6 : « y a un réel problème de management et de modernisation de la solution de communication entre la ville et l'hôpital »

E6 : « c'est un vaste débat, c'est ouvert depuis vingt ans que je suis dans la boutique, vingt cinq ans... »

E6 : « y a un dénigrement permanent des hospitaliers vis à vis des libéraux »

E6 : « je pense que le réel problème c'est une communication rapide »

V. DISCUSSION

V.1. Forces et faiblesses

V.1.1 Forces

De nombreux travaux de thèse ou dans la littérature ont permis l'analyse des lettres d'adressage y compris des personnes âgées vers les services d'accueil des urgences ou dans les services hospitaliers.

Certains de ces travaux suggéraient de faire une lettre ou un courrier « type » mais aucun travail n'avait encore réalisé cet outil. Notre étude a donc permis de marquer un point de départ.

Par ailleurs, les travaux précédemment réalisés sur l'analyse des courriers portaient sur des études quantitatives. Le choix d'une étude qualitative a permis de faire émerger des problématiques non évoquées jusque-là.

L'objectif d'obtenir un échantillon en variation maximale a été atteint. La population interrogée était variée aussi bien en terme de professions, d'âge ou de type d'exercice. Cela a permis d'avoir des réponses les plus hétérogènes possibles et d'arriver à saturation des données.

V.1.2. Faiblesses

La relecture des entretiens semi-dirigés ainsi que le choix des codes lors de l'analyse des données n'ont été faits que par une seule personne, ce qui a pu entraîner un biais d'interprétation.

De même, le manque de formation à la technique d'entretien de l'interviewer a pu constituer un biais en influençant peut-être les médecins interrogés dans leurs réponses. Le respect parfois insuffisant des temps de silence a peut-être écourté les temps d'entretiens, pouvant être perçu comme un manque d'incitation à reprendre la discussion.

Le premier entretien semi-dirigé pourrait être considéré comme « entretien pilote » dans la mesure où certaines questions étaient des questions fermées. Il s'agit là aussi du manque de qualification de l'interviewer.

Enfin, Nous avons réalisé nos entretiens sur le lieu de travail des interlocuteurs ce qui pourrait être considéré comme une contrainte stressante pour l'interviewé.

V.2. Intérêt de la création d'un outil

V.2.1. Pour le médecin traitant

V.2.1.1 Gain de temps

L'intégralité des interviewés, quelle que soit leur activité, rapportait la complexité que représentent les lettres d'adressage pour les médecins de ville :

La totalité des médecins hospitaliers reconnaissent la difficulté pour le médecin traitant de faire un courrier succinct et informatif sans connaître les attentes des médecins hospitaliers ; Ils s'entendaient également sur le temps limité que le médecin généraliste peut accorder à la rédaction de sa lettre mais regrettaient un contenu trop incomplet des lettres d'adressage.

Les médecins généralistes revendiquaient le manque de temps de par l'anxiété surajoutée par la pression des familles, le devoir de les informer, les autres visites à venir, l'organisation du transport du patient vers l'hôpital et le choix du moyen de transport.

Dans ce contexte, la création de cet outil leur apporterait un gain de temps.

E21 : « ça fait gagner du temps... »

V.2.1.2. Intérêt personnel

Si le fait de rédiger une lettre permet de poser sa réflexion, cet outil serait aussi un fil guide permettant aux médecins généralistes de joindre des informations auxquelles ils ne pensent pas forcément initialement bien qu'étant dans le vif du sujet.

Une trame pré-définie avec des items systématiques spécifiques de la personne âgée leur permettrait de structurer leur raisonnement et d'apporter les réponses attendues par les médecins hospitaliers.

En ce sens, les médecins hospitaliers comme les médecins généralistes affirmaient le bien fondé d'une lettre « type ». Certains médecins généralistes en sont demandeurs parce qu'ils ne savent pas ce que les médecins hospitaliers et bien souvent les urgentistes en majorité, attendent de leur courrier. Ils ignorent le contenu de l'information utile à ces derniers.

E1 : « on s'est déjà tous fait prendre au piège ! on met des choses qui nous paraissent importantes et qui finalement seront...pas forcément les informations les plus importantes »

E20 : « ben moi je trouve ça intéressant sur ces deux items que moi je ne remplis pas habituellement... »

Nous avons pensé comme alternative à notre lettre « type », à faire une lettre « tout à cocher » où les médecins généralistes auraient eu à cocher au sein d'une liste de pathologies par exemple, les antécédents de leurs patients.

Après création de l'outil, l'interviewer au cours de son second tour de DELPHI, a posé la question aux médecins généralistes et a recueilli leur avis à ce sujet.

L'interviewer quant à lui, avait une idée prédéfinie sur les lettres « tout à cocher » et pensait que le caractère « tout à cocher » était contre-productif en terme de réflexion médicale...

Leurs réactions se voulaient plutôt positives quant à l'idée et au gain de temps potentiel mais, si l'un d'eux rejoignait le questionneur sur le raisonnement médical, d'autres craignaient que le système « tout à cocher » leur fasse oublier des informations essentielles.

E13 : « il faut se rappeler qu'en situation d'urgence, certains items sont précieux...antécédent d'AVC, d'épilepsie etc...ça peut être pas mal d'être systématique et de cocher des cases... »

E14 : « je crois qu'il faut aller à la rapidité et à la facilité...le cochage est excellent mais il faut accepter la perte d'informations mais au moins on a les infos minimum...pour la réflexion je ne suis pas certain que ça change grand chose, le médecin qui souhaite adresser le patient va le faire mais t'auras du mal à rentrer dans sa logique... »

E17 : « bah c'est bien c'est pratique mais en même temps on risque d'oublier quelque chose du coup...vous voyez...c'est le seul hic...c'est le risque...c'est pour ça que dans un sens je préfère chercher dans le dossier... »

V.2.1.3. Facilité de l'outil

L'intérêt de créer une lettre « type » était de faire de ce courrier un outil attractif visuellement et qui donne envie aux médecins généralistes de l'utiliser. Un outil non attractif ne serait pas utilisé par les praticiens de ville qui y préféreraient leur courrier automatisé.

L'autre intérêt reposait sur la facilité d'utilisation de cet outil.

De cette façon, dans le but de faciliter le travail du médecin généraliste et de ne pas lui faire perdre de temps, nous avons regroupé l'item « mode de vie et autonomie » sous forme de cases à cocher. Cet item recouvre les items gériatriques indispensables à la prise en charge optimale d'une personne âgée aux urgences ou en service hospitalier.

Dans ce même souci de facilité, nous avons suggéré entre parenthèse de joindre l'ordonnance, le courrier automatisé concernant les antécédents du patient, la photocopie des résultats d'examens complémentaires. Là aussi, il s'agit d'éléments auxquels le médecin de ville peut penser mais il n'a pas toujours le temps de tout écrire.

E5 : « c'est logique et le fait d'avoir un truc ça facilite »

E16 : « très bien non moi je trouve que ça pourrait être un modèle qu'on devrait s'imprimer et garder dans nos sacoches »

E17 : « euh...sinon le reste est bien oui c'est pas mal... »

V.2.2. Pour la communication ville-hôpital

V.2.2.1 Attentes respectives

Le gain de temps apporté aux médecins généralistes serait aussi un gain de temps collectif puisqu'il permettrait d'une part, aux urgentistes et aux médecins gériatres hospitaliers d'avoir plus d'informations d'emblée et, d'autre part, aux médecins de ville de recevoir moins d'appels pour récupérer les informations manquantes.

E5 : « et puis ça évite de perdre du temps quand on a toutes les informations, de téléphoner, le médecin n'est pas là, c'est sa remplaçante, etc...je trouve qu'aux urgences on perd beaucoup de temps avec ce genre de choses »

E3 : « il y a beaucoup de choses que...moi j'aimerais avoir »

E12 : « c'est que du bonheur quoi parce qu'on a beaucoup d'informations qui sont notées »

E22 : « ok...en gros si jamais t'avais toutes ces informations-là ce serait le rêve ! »

E24 : « y a à peu près tout ce qu'on veut savoir sur la personne âgée...qui se présente aux urgences... »

Si les médecins hospitaliers savent ce qu'ils attendent d'un courrier, les médecins généralistes ne savent pas ce que les hospitaliers en particulier les urgences attendent d'eux lors de l'adressage d'un patient vers l'hôpital. Notre courrier « type » est le résultat des attentes communes.

E2 : « nos amis urgentistes pour savoir ce qu'ils attendent de nous »

E2 : « on réclame rien aux urgences...non...on n'entend pas parler d'eux...bah ils nous disent rien »

E6 : « on a jamais de retour je sais pas »

E6 : « avec les urgences y a zéro communication on a jamais de retour »

V.2.2.2. Amélioration du dialogue ville - hôpital

La communication et la circulation de l'information médicale entre l'hôpital et les médecins généralistes sont des enjeux majeurs de la qualité du système de soins.

Une étude réalisée en 2009 (21) avait étudié la qualité de la communication entre la ville et l'hôpital par un questionnaire distribué à 50 médecins généralistes de Paris et de Seine-Saint-Denis. Si la communication était satisfaisante en terme quantitatif - les médecins généralistes déclaraient recevoir des informations pour 8 patients sur 10 adressés à l'hôpital - elle n'était ni constante suivant le motif de recours à l'hôpital, ni efficace selon le type d'informations. Les médecins généralistes avaient le sentiment que les médecins hospitaliers ne collaboraient pas avec eux.

Un travail de thèse datant de 2010 (22) sur la coopération ville-hôpital rapportait que les médecins généralistes déploraient un manque de coopération avec les médecins hospitaliers, des difficultés pour les joindre ou faire hospitaliser leurs patients dans les services adaptés et un retard à l'information.

Plus que le contenu des lettres d'adressage, c'est le manque de coordination entre la ville et l'hôpital qui est ressorti de l'intégralité de nos entretiens. Les urgentistes rapportent un problème de communication orale, les médecins généralistes regrettent le retour des informations venant de l'hôpital et plus encore, la rapidité des informations. Certains médecins généralistes préfèrent travailler aujourd'hui avec des structures privées uniquement dans le but d'avoir un retour rapide de l'information et via des messageries sécurisées.

Outre la coordination entre la ville et l'hôpital, il est ressorti un réel « conflit » entre les médecins libéraux et les médecins urgentistes.

E2 : « franchement les urgences font leur boulot bien, le mieux du monde mais le problème c'est que j'ai pas de retour, que je sais pas où ils son passés mes patients »

E6 : « alors il y a le dialogue entre la ville et les urgences c'est un truc à part... euh...on a jamais de retour »

Dans ce contexte, il apparaît que les lettres d'adressage s'avèrent être un enjeu du conflit. Elles en sont la cause mais aussi la solution...Les lettres d'adressage représentent le symbole du conflit et le vecteur de l'information qui circule.

E6 : « ça ne peut faire que progresser »

E3 : « une amélioration des connaissances et du coup une mise en phase des pratiques »

E3 : « un meilleur lien entre les deux qui est vraiment très important pour les patients »

E10 : « effectivement je pense que des lettres comme ça ça peut favoriser le dialogue entre la ville et l'hôpital »

La personne âgée, de par sa fragilité, transite entre la ville et l'hôpital. A ce niveau, les lettres d'adressage doivent permettre de faciliter la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins et à la prise en charge globale de la personne âgée en améliorant la valeur informative des courriers accompagnant les personnes âgées vers le milieu hospitalier et ce, par l'augmentation du nombre et de la qualité des informations.

E2 : « par l'élaboration d'un courrier type...le but étant toujours la meilleure prise en charge possible de...nos patients »

E3 : « j'aime pas tellement le conflit parce que ça fait partie...des choses qui amènent à une mauvaise prise en charge des patients »

E19 : « c'est pertinent je pense que ça peut vraiment apporter une plus-value dans la prise en charge... »

V.3. Apport des nouvelles technologies

V.3.1. Place de l'informatique médicale

Les nouvelles technologies d'information et de communication et parmi elles, internet, modifient les modalités d'échanges d'information, de recherche documentaire et même les relations interpersonnelles.

Les médecins et les soignants sont en retrait par rapport au grand public quant à l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication dans leur vie privée et par rebond dans leur vie professionnelle (23).

Les médecins sous-estiment très certainement l'importance de ces technologies pour leur pratique quotidienne comme pour leur communication avec leurs collègues, avec les autres professionnels de santé ou avec leurs patients.

Par ailleurs, les premières recherches effectuées dans le but d'informatiser les processus métiers en médecine ont commencé il y a plus de cinquante ans (24). Des systèmes informatisés se sont progressivement répandus dans divers domaines en santé et sont maintenant largement présents dans nombre d'hôpitaux, de cabinets médicaux (...) Mais les logiciels en santé sont loin d'être considérés comme optimaux. Leur utilisation semble souvent laborieuse. Ils communiquent difficilement entre eux (24).

Durant les entretiens semi-dirigés, si les médecins hospitaliers déploraient le manque d'informations contenues dans les lettres d'adressage, les médecins généralistes eux, regrettaient une communication moderne et une transmission rapide des informations.

E2 : « je veux dire j'aimerais bien dans les 48h avoir un mail qui me dit... »

E2 : « ce serait sympa d'avoir un petit mail qui me dit voilà... »

E6 : « je sais pas, ils ont tous nos adresses mail, nos fax etc on a jamais le CRU ni rien »

E6 : « on ne reçoit pas les comptes-rendus en temps et en heure légaux hein, c'est dans les sept jours qu'on devrait les avoir...il faut deux mois pour avoir un compte-rendu »

E6 : « euh nous entre nous en ville on a des moyens de communication modernes, des emails... »

V.3.2. Développement des messageries sécurisées

Les messageries sécurisées sont un système réservé aux professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social habilités par une loi à collecter et à échanger des données de santé à caractère personnel. Complémentaires au Dossier Médical Personnel qui permet le partage de données de santé, les messageries sécurisées constituent une étape supplémentaire pour la e-santé, en facilitant l'échange de données dématérialisées entre professionnels de santé et en respectant la confidentialité autour du patient. Elles contribuent ainsi à faciliter la coordination des soins et à améliorer les échanges entre l'hôpital et la ville (25).

La première messagerie sécurisée qui fut conçue était Apicrypt en 1996.

Depuis 1996, cette messagerie a pour objectif de faire gagner du temps aux professionnels de santé en leur évitant la ressaisie dans leur logiciel des comptes-rendus papiers reçus. Elle permet par conséquent aux professionnels de santé d'avoir un dossier médical patient plus complet (26). Elle a pour objectif la mise en réseau de près de 60 000 professionnels de santé médicaux et paramédicaux, tout en préservant la confidentialité des informations transmises par un cryptage de haut niveau des données informatiques.

Selon les informations fournies par le site internet du système Apicrypt du 1er septembre 2014 au 1er septembre 2015, la moyenne du nombre de courriers reçus par

an pour les médecins généralistes serait de 1925, ce qui équivaldrait à 96h de gain de temps par an par médecin généraliste soit 360 consultations par médecin. De même, si l'on considère la moyenne des cinq spécialités principales, 2370 courriers seraient émis par an, soit 1975€ d'économies réalisées en un an (26).

L'inconvénient de ce système est que le destinataire doit être équipé du même système de messagerie sécurisée pour décrypter les mails.

Apicrypt en chiffres :

61 millions de messages échangés en un an

133 spécialités médicales et paramédicales

nous font confiance depuis 1996

Plus de 58 000 utilisateurs

41 500 utilisateurs libéraux

13 600 utilisateurs hospitaliers actifs

1 720 EHPAD (137 300 lits)

1 160 établissements de soins

3 560 Laboratoires

5 100 biologistes

Si les médecins hospitaliers ne parlaient pas spontanément des messageries sécurisées, les médecins généralistes eux, bramaient l'absence d'utilisation de ces systèmes.

E2 : « j'ai une messagerie cryptée qui marche très bien avec les hôpitaux... »

E6 : « ils pourraient quand même nous rentrer dans leur base de données ; et on serait dans leur base de données, ils cliquent et hop tu l'envoies par Api-crypt, par mail sécurisé et je saurais ce qu'il s'est passé »

E14 : « la forme moderne et non dérangeant de la communication en 2016 me semble être le courrier électronique »

V.3.3. Promotion des outils télématiques

Les échanges entre hôpital et médecins de ville concernent les mouvements des patients, ainsi que les multiples courriers et comptes-rendus émis par les uns et les autres ; les courriers des médecins généralistes vers l'hôpital sont rarement satisfaisants car ils fournissent trop souvent une information succincte ne donnant pas les éléments souhaités. Les courriers de l'hôpital vers le médecin généraliste sont également souvent inadaptés.

E4 : « enfin que celui qui lit les sept pages me dise comment il fait parce que (...) tu parcours comme ça brièvement mais tu vas à la conclusion »

E6 : « ils sont trop longs, euh...y a parfois des résultats marqués en attente... des conclusions qui font dix lignes... »

Dans la majorité des cas, il s'agit moins d'un courrier que d'un résumé d'hospitalisation destiné plus au médecin hospitalier lui-même qu'au médecin généraliste.

Dans ce contexte, informatiser les échanges au moyen des outils télématiques revient donc à remettre en question les contenus de ces échanges afin de les rendre plus pertinents, plus attractifs, et d'améliorer la qualité des données transmises (23).

A Lille, une étude récente (27, 28) dans un service du CHRU de Lille avait dénoté pas moins de 52 documents différents par patient. L'étude, menée sur le réseau ville - hôpital d'Armentières, avait recensé plus de 40 modalités d'échange de documents (lettres, ordonnances, comptes-rendus...). L'expérimentation s'était effectuée sur la ville d'Armentières entre le centre hospitalier, 44 médecins généralistes (soit 90% des généralistes du secteur) ainsi que les 3 laboratoires d'analyses biologiques du secteur (100%), de 1997 à 2000.

La communication ville-hôpital se faisait grâce à une plate-forme d'intermédiation baptisée RITHME (réseau intranet hôpital médecins de ville), permettant à tous les professionnels de santé du secteur d'avoir accès aux informations concernant leurs patients.

Il convient de préciser que la CNIL avait autorisé la mise en place de cette plate-forme à titre expérimental pour la mise en oeuvre d'un réseau de communication d'informations médicales entre le centre hospitalier d'Armentières, les médecins de ville et les laboratoires d'analyse.

V.3.4. Limites des nouvelles technologies

Si les professionnels de santé souhaitent utiliser les nouvelles technologies d'information et de communication pour assurer une meilleure continuité des soins et une meilleure prise en charge des patients, il apparaît d'une part, que toutes les solutions techniques ne sont pas encore disponibles, et, d'autre part, un écart conséquent entre les vitesses de modernisation de la ville et de l'hôpital.

E6 : « c'est toujours très amusant de voir la vitesse de tortue avec laquelle l'hôpital avance quand les structures adjacentes avancent comme des lévriers »

E6 : « en gros y a deux mondes qui évoluent en parallèle, qui parlent modérément entre eux »

Ces différences se placent au coeur du conflit entre la ville et l'hôpital et font des nouvelles technologies un enjeu majeur des politiques de santé de par leur capacité d'amélioration de la transmission des informations. Cependant, ces systèmes restent encore minoritaires dans la pratique clinique et, il semblerait moins anxiogène pour l'hôpital public de rester sur un mode de transmission qui a fait ses preuves depuis plus de 100 ans (29).

E6 : « l'assistance publique visiblement préfère imprimer du papier »

E6 : « enfin du côté hospitalier j'entends, on est resté au bon vieux temps de la communication par les pigeons voyageurs quoi »

E6 : « y a un refus systématique de l'évolution parce que changer c'est anxiogène... »

A ce niveau, il apparaît clairement deux mondes distincts, d'un côté, le monde hospitalier et de l'autre, la médecine de ville ; deux mondes qui doivent apprendre à coopérer, échanger l'information et faciliter le parcours des patients ;

E6 : « mais y a deux mondes en fait, deux mondes qui évoluent »

A chacun son allure, à chacun ses pratiques. On sait que le patient est le premier à bénéficier de la bonne communication entre ses différents praticiens ; la qualité de la communication est garante de la continuité des soins et donc de la qualité du service médical rendu.

A ce niveau, une étude américaine (30) montrait qu'une partie des problèmes post-hospitalisation était due à la mauvaise circulation de l'information médicale.

L'objectif étant toujours d'aspirer à une médecine de meilleure qualité, et au vu des limites précédemment citées, il nous apparaissait légitime de développer un outil de communication entre la ville et l'hôpital, sur une base manuscrite.

V.4. Perspectives d'amélioration

V.4.1. Élaboration d'un guide de recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonne pratique (31) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide d'études de pratiques ou,

en l'absence de telles études, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème.

L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique ne doit pas être un objectif en soi, mais s'intégrer dans un programme de bonne pratique allant de l'identification des points d'amélioration d'une prise en charge à l'évaluation de ce programme. Un programme de bonne pratique peut s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu. Le but des recommandations de bonne pratique est d'améliorer la prise en charge des patients et donc des soins qui leur sont apportés.

Dans un travail de thèse (11) réalisé en 2010, l'auteur imaginait le processus d'adressage comme faisant partie de la formation médicale.

Il imaginait pour la formation médicale initiale, des exercices visant à mesurer les capacités à résumer des situations complexes en un temps court (15 à 20 minutes) tout en limitant au maximum la perte d'informations liée à la réduction du format d'écriture (dossier versus lettre). Les lettres écrites étaient alors comparées à une grille de lecture objective recensant la présence ou non des différents items jugés obligatoires.

Pour la formation médicale continue, il imaginait l'analyse des lettres d'adressage comme un outil utile pour l'évaluation des pratiques professionnelles, dans des réunions multidisciplinaires associant spécialistes et généralistes. Le spécialiste amenait les cinq ou dix dernières lettres qu'il avait reçues ou le généraliste amenait des copies des derniers courriers d'adressage qu'il avait rédigés. L'idée était de faire un travail critique en groupe, sur le contenu et l'exactitude des informations médicales incluses dans les lettres, permettant une amélioration des pratiques notamment sur le plan de la coordination.

V.4.2. Développement d'une application sur tablette

Si la médecine de ville semble vouloir se moderniser plus rapidement que l'hôpital, le monde de la santé se lie de plus en plus au numérique et, depuis quelques années, se développe sur les mobiles.

La m-santé (32) regroupe les services autour de la santé disponibles sur mobile. Elle est utilisée par les particuliers mais de nombreuses applications sont orientées vers les professionnels. Ainsi, au Royaume Uni, le système de santé publique incite les médecins à utiliser ces applications comme outils pour leur pratique.

En France, un site visant à labelliser un certain nombre d'applications médicales en santé a été créé en 2012 : www.dmd-sante.com. Une équipe de médecins liste et teste les applications, les classe entre applications « pro » et « patient », et leur attribue une note sur de nombreux critères afin de les labelliser.

Selon un sondage réalisé par le Groupe Pasteur Mutualité en Mai 2015 (33), sur un échantillon de 1002 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans ou plus, les applications mobiles en santé rendraient les patients acteurs de leur santé pour plus de 6 français sur 10. Pour plus d'un français sur 2, l'émergence de ces outils modifiera la relation qu'entretiennent les patients avec leur médecin. 58% d'entre eux estiment également que ces applications représentent un progrès pour la médecine. Face aux difficultés rencontrées en matière d'accessibilité aux soins, près de 7 français sur 10 pensent que les applications médicales sont à même de faciliter les consultations à distance des français habitant dans des déserts médicaux. Enfin, seule une petite majorité des français (52%) jugent que ces outils peuvent participer à la réduction des dépenses de santé.

Dans ce contexte, nous avons pensé que développer une application sur tablette sur la base de notre lettre « type » pourrait constituer à l'avenir, une perspective d'amélioration du contenu de l'information et de modernisation de la transmission de l'information, toujours dans le même souci de faire une médecine de qualité où l'intérêt principal reste une meilleure prise en charge des patients et une meilleure qualité des soins apportés.

V.4.3. Communication directe

Une autre perspective d'amélioration pourrait être l'envoi direct de la lettre de liaison par messagerie sécurisée, du médecin généraliste directement vers le service d'accueil des urgences ou vers les services hospitaliers afin de limiter les pertes humaines des lettres de liaison.

Cet argument est d'autant plus fort que la personne qui transite entre la ville et l'hôpital est la personne âgée. Dans ce contexte, la charge émotionnelle ajoutée à la pathologie aiguë pourraient être des facteurs d'oubli du courrier rédigé.

VI. CONCLUSION

L'objectif principal de travail était de créer un outil pour les médecins généralistes, d'adressage des personnes âgées vers les services d'accueil des urgences ou en entrée directe dans les étages.

Les entretiens réalisés au cours de ce travail montrent que les items généraux d'une lettre de liaison sont généralement bien renseignés alors que les informations concernant les items gériatriques sont souvent incomplètes.

Par ailleurs, les entretiens ont fait ressortir en immense majorité le « conflit » existant entre la ville et l'hôpital avec pour cause, les failles d'une communication précaire entre deux mondes différents. Le milieu hospitalier reproche aux médecins libéraux un contenu trop incomplet de leur lettre d'adressage et une inaptitude à les joindre ; les médecins de ville regrettent l'absence de communication rapide et moderne sans retour complet des informations et dans les délais médico-légaux.

La personne âgée transite entre la ville et l'hôpital et se trouve au centre des carences existant entre ces deux pratiques.

Dans ce contexte, la mise au point de notre lettre de liaison concernant l'adressage d'une personne âgée entre le milieu libéral et hospitalier nous semble être un moyen fiable de palier à ces défauts. La sensibilisation des médecins généralistes aux spécificités gériatriques par l'utilisation de cet outil améliorerait la valeur informative des lettres.

De nombreux travaux ont permis l'analyse des lettres d'adressage y compris des personnes âgées vers les services d'accueil des urgences ou dans les services hospitaliers. Aucun de ces travaux n'avait réalisé d'outil de liaison. Les travaux réalisés portaient sur des études quantitatives. Le choix d'une étude qualitative a permis de faire émerger des problématiques non évoquées jusque-là.

La mise au point d'une lettre de liaison apporterait un gain de temps aux médecins généralistes. Elle permettrait de répondre aux attentes respectives des praticiens libéraux et hospitaliers par la promotion de la communication entre la ville et l'hôpital.

Ce travail ouvre des perspectives d'études supplémentaires à mener dans les prochaines années.

D'abord, la diffusion de cet outil avec une étude ultérieure évaluant l'amélioration des pratiques.

Ensuite, il apparaît que ce travail pourrait avoir des extensions dans le domaines de la formation médicale initiale et continue par l'élaboration d'un guide de recommandations de bonnes pratiques.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Société francophone de médecine d'urgence. (page consultée le 18/11/2014).
Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, [en ligne].
http://www.sfm.u.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf
- (2) Rosnay, C. Dulong de Rosnay. Relation ville-hôpital, vision d'un jeune médecin généraliste. *Oncologie* 12, n^o 2 (5 février 2010): 130-34. doi:10.1007/s10269-009-1853-3
- (3) Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, Situation en 2013. *Ordre National des Médecins*. www.conseil-national.medecin.fr. 1er juin 2013.
- (4) Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- (5) Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation ville-hôpital. Thèse, Paris, 2015
- (6) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 20/11/2015). Patients et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée », (en ligne).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990671/fr/vers-des-patients-acteurs-de-leur-sante

- (7) Rameix S. Académie d'éducation et d'études sociales (AES). La relation médecin-patient : enjeux moraux et politiques. 15 Juillet 2013.
<http://aes-france.org/?La-relation-medecin-patient-enjeux>
- (8) Code de la santé publique. Article L 1111-4. www.legifrance.gouv.fr
- (9) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 20/11/2015). Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient, (en ligne).
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient
- (10) Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et Résultats. 2008 ; 649.
- (11) Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale. Thèse, Paris, 2010
- (12) Chaumel F. Etude prospective descriptive des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des personnes de plus de 69 ans aux urgences. Thèse, Paris, 2005
- (13) Morvan JP. Informations contenues dans les courriers des médecins traitants adressant leurs patients de plus de 75 ans à l'hôpital. Thèse, Brest, 2001

- (14) Conill F. Lettres d'admission à l'hôpital (étude rétrospective à partir de 400 dossiers d'hospitalisation en médecine gériatrique). Thèse, Montpellier, 1997
- (15) Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments : assessment by specialists and general practitioner, Br. J. Gen. Pract., 1993 ; 43 (368) : 111-3.
- (16) Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand hôpital. 1999 ; 11 (4) : 465-82
- (17) Lachman PI, Stander IA. The referral letter : a problem of communication », S. Afr. Med. J, 1991 ; 79 : 98-100
- (18) Morisson WG, Pennycook AG. A study of the content of general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. Br. J. Clin. Pract, 1991 ; 45 (2) : 95-6
- (19) Navarro CM, Miranda IA, Onofe MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine : standard versus non-standard letters. Int. J. Oral Maxillofac. Surg, 2002 octobre ; 31(5) :537-43
- (20) Pringle M. Referral letters — ensuring quality. Practitioner, 1991 ; 235 (1503) : 507-10.

- (21) Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant?. La presse médicale, 2009.
- (22) Giraud M. Coopération ville-hôpital (le point de vue des médecins généralistes). Thèse, 2010, Grenoble.
- (23) Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir M-C, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Les Cahiers du numérique 2/2001 (Vol. 2), p 37-55
- (24) Venot A, Burgun A, Quantin C. Informatique médicale, e-santé - fondements et applications. Springer, 2013
- (25) Agence des systèmes d'information partagés de santé. (page consultée le 25/11/2015). Messageries sécurisées de santé : ouverture de l'espace de confiance à toutes les messageries sécurisées, (en ligne). e-santé.gouv.fr
- (26) Apicrypt. (page consultée le 25/11/2015). Le système Apicrypt, (en ligne). <https://www.apicrypt.org>
- (27) Beuscart R, Souf A, Delerue D. Serveurs régionaux : une réponse à la communication entre professionnels de santé?. in Informatique et gestion médicalisée, Degoulet P, Fiesch M, Informatique et santé, Springer-Verlag France, 1997, Tome 9
- (28) Souf N, Tiers G, Donsez D, Beuscart R. The Inter-Regional Information System Initiative : the Healthcare Working Group. Jamia, 1996

- (29) Loudon I. The principle of referral : the gatekeeping role of the GP. British Journal of General Practice, 2008
- (30) Arora, Vineet M, Megan L Prochaska, Jeanne M Farnan, Michael J D'Arcy, Korry J Schwanz, Lisa M Vinci, Andrew M Davis, David O Meltzer, Julie K Johnson. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors : a mixed methods study. Journal of Hospital Medicine 5, Septembre 2010
- (31) Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/12/2016). Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique, (en ligne). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
- (32) [hôpital.fr](http://hopital.fr). (page consultée le 15/12/2016). Le développement des applications mobiles dans le secteur de la santé, (en ligne). <http://www.hopital.fr/Actualites/Le-developpement-des-applications-mobiles-dans-le-secteur-de-la-sante>
- (33) Groupe Pasteur Mutualité. (page consultée le 15/12/2016). Sondage : les français et les applications médicales sur smartphones, (en ligne). <https://www.gpm.fr/>

VIII. ANNEXES

VIII.1. Carte mentale

Carte Mentale

Conclusion :

Hypothèse(s) diagnostique(s)

Date, lieu

Motif d'adressage

Contacts :

Personne de confiance

Famille, enfants, coordonnées

Spécialistes

Identification du patient :

Nom Prénom

Age ou date de naissance

Poids, état nutritionnel

LETTRE D'ADRESSAGE

Examen clinique :

Préciser les constantes
chirurgicales :

Antécédents médico-

FRCV, Allergies

Etat cognitif

Histoire de la maladie :

Comparer à l'état de base

Autonomie antérieure

Anamnèse

Derniers examens complémentaires

Ou CRH
pas

Mode de vie :

Vit seul ou pas

Appartement (ascenseur ?)

Maison (chambre à l'étage ?)

Marche : autonome, canne, déambulateur, ne marche plus

Aides à domicile : préparation des repas, courses, ménage, toilette, prise des re-

Traitements habituels :

Prise : pilulier, autonome, IDE

VIII.2. Guide d'entretiens semi-dirigés

VIII.2.1. Première version

GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

- 1) Question brise-glace : Décrivez en quelques mots votre activité professionnelle
- 2) Comment travaillez-vous avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée?
- 3) - MG : Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez adressé un patient au SAU? Est-ce que vous avez téléphoné et/ou fait une lettre?
- Urgentistes/Gériatres : La dernière fois que vous avez reçu quelqu'un, comment ça s'est passé? Est-ce qu'on vous a appelé? Ou fait une lettre?
- 4) Quelles sont les informations importantes concernant la personne âgée nécessaires à l'organisation de son hospitalisation?

NB: Prévoir des questions de relance: est-ce que vous piochez dans le dossier? etc. Penser à ma carte mentale + ++

5) En fait, ce serait quoi pour vous une lettre idéale?

NB: *Idem questions de relance*

6) - MG : Est-ce que vous avez une lettre « type » dans votre ordinateur? Qu'est ce que vous notez obligatoirement sur un courrier?

- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous attendez le plus d'une lettre quand vous recevez un patient?

7) Est-ce que vous avez des choses à rajouter?

VIII.2.2. Modifications du guide d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIENS SEMI DIRIGES

MODIFICATIONS APRES ENTRETIEN N°2

1) Question brise glace : Décrivez en quelques mots votre activité professionnelle

2) Comment travaillez-vous avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée?

3) - MG : Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez adressé un patient au SAU?

Relance : De quelle façon vous l'avez adressé?

- Urgentistes/Gériatres : Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez reçu quelqu'un, comment ça s'est passé?

Relance : De quelle façon on vous l'a adressé?

4) Est-ce que vous vous rappelez d'une situation conflictuelle lorsqu'on vous a / lorsque vous avez adressé un patient?

5) - MG : Qu'est-ce que vous mettez dans une lettre?

- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous aimeriez avoir dans une lettre?

6) En fait ce serait quoi pour vous une lettre idéale?

7) - MG : Concrètement comment ça se passe quand vous adressez quelqu'un?

Relance : Est-ce que vous avez une lettre type dans votre ordinateur? Qu'est-ce que vous notez obligatoirement sur une lettre?

- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous attendez le plus d'une lettre quand vous recevez un patient?

8) Qu'est-ce que ça vous inspire ce sujet de recherche?

9) Est-ce que vous avez des choses à rajouter?

MODIFICATIONS APRES ENTRETIEN N°3

- 1) Question brise glace : Décrivez en quelques mots votre activité professionnelle
- 2) Comment travaillez-vous avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée?
- 3) - MG : Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez adressé un patient au SAU?
Relance: De quelle façon vous l'avez adressé?
- Urgentistes/Gériatres : Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez reçu quelqu'un, comment ça s'est passé?
Relance : De quelle façon on vous l'a adressé?
- 4) Qu'est-ce que vous pensez du dialogue entre la ville et l'hôpital?
- 5) Est-ce que vous vous rappelez d'une situation conflictuelle lorsqu'on vous a / lorsque vous avez adressé un patient?
- 6) - MG : Qu'est-ce que vous mettez dans une lettre?
- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous aimeriez avoir dans une lettre?
- 7) En fait ce serait quoi pour vous une lettre idéale?
- 8) - MG : Concrètement comment ça se passe quand vous adressez quelqu'un?
Relance : Est-ce que vous avez une lettre type dans votre ordinateur? Qu'est-ce que vous notez obligatoirement sur une lettre?
- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous penseriez d'un éventuel courrier « type »?
- 9) Qu'est-ce que ça vous inspire ce sujet de recherche?
- 10) Est-ce que vous avez des choses à rajouter?

MODIFICATIONS APRES ENTRETIEN N° 4

- 1) Question brise glace : Décrivez en quelques mots votre activité professionnelle
- 2) Comment travaillez-vous avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée?
- 3) - MG : Pouvez vous me raconter une situation où vous avez adressé un patient au SAU?
Relance : De quelle façon vous l'avez adressé?
- Urgentistes/Gériatres : Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez reçu quelqu'un, comment ça s'est passé?
Relance : De quelle façon on vous l'a adressé?
- 4) Qu'est-ce que vous pensez du dialogue entre la ville et l'hôpital?

5) Est-ce que vous vous rappelez d'une situation conflictuelle lorsqu'on vous a / lorsque vous avez adressé un patient?

6) - MG : Concrètement comment ça se passe quand vous adressez quelqu'un?

Relance : Est-ce que vous avez une lettre type dans votre ordinateur? Qu'est-ce que vous notez sur une lettre?

Pourriez-vous m'imprimer une de vos lettres d'adressage?

- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous aimeriez avoir dans une lettre?

7) En fait ce serait quoi pour vous une lettre idéale?

8) Qu'est-ce que vous penseriez d'un éventuel courrier « type »?

9) - MG : Qu'est-ce que vous pensez des compte-rendus d'hospitalisation des patients qui rentrent à domicile?

- Urgentistes/Gériatres : Qu'est-ce que vous pensez de vos compte-rendus d'hospitalisation adressés aux médecins généralistes pour les patients qui rentrent à domicile?

Relance : Que pensez-vous du contenu, de la densité des courriers?

10) Qu'est-ce que ça vous inspire ce sujet de recherche?

11) Est-ce que vous avez des choses à rajouter?

VIII.3. Entretiens semi-dirigés

Entretien N° 1

Juste une première question, est-ce que vous pouvez me décrire votre activité professionnelle ?

Alors je peux essayer ouai! Je suis médecin urgentiste, moi j'ai une activité on va dire mixte, clinique et administrative de fait, de plus en plus administrative et de moins en moins clinique malheureusement... on reçoit les patients, des urgences médico chirurgicales à la fois en consultation aux urgences et en hospitalisation dans les étages...

D'accord, du coup sur votre secteur, il y a déjà beaucoup de personnes âgées...

Ouai

Donc vous êtes amenés à voir...

On a le taux le plus élevé au niveau de l'APHP en terme de personnes âgées, en tout cas si on regarde les plus de 85 ans et on a... un taux de personnes âgées de plus de 75 ans qui est supérieur à 30%

D'accord

Sur la masse de patients consultant aux urgences...

D'accord

Et donc de fait vous travaillez forcément avec les spécialistes, enfin là aux urgences vous faites souvent appel aux spécialistes pour les personnes âgées ?

Ah oui on est en interaction permanente on va dire avec les gériatres

D'accord et donc est-ce que vous pouvez me parler de la dernière fois que vous avez reçu une personne âgée aux urgences, comment ça s'est passé ? Est-ce qu'on vous a fait un courrier ? Est-ce qu'on vous a appelé ?

Ah non ni l'un ni l'autre

Pas de lettre, rien ?

Si on prend la dernière fois c'était pendant une garde, c'était une personne de maison de retraite sur laquelle on avait rien...

Pas de lettre d'adressage, Pas de dossier de liaison ?

Rien... la feuille des pompiers!

Mmm

On avait le numéro de téléphone de la maison de retraite et voilà, donc on a appelé pour avoir des infos mais...

Et ça arrive souvent ?

Ça dépend vraiment de... Alors pour tout ce qui est institution, la plupart du temps on a au moins un dossier de liaison

Mmm

Pas toujours le motif de recours au service des urgences, c'est parfois embêtant parce que le dossier c'est bien mais si on sait pas pourquoi les gens sont là c'est pas toujours suffisant... et après ça dépend vraiment des motifs on a des... Je dirais la moitié du temps on a des lettres et la moitié du temps on a pas de courrier d'adressage.

Du coup quand c'est une institution vous avez un dossier de liaison et quand c'est un médecin traitant ?

Alors quand c'est un médecin traitant on a quasiment systématiquement un courrier d'adressage le problème c'est que souvent c'est la famille qui a appelé les pompiers ou une ambulance...

D'accord et donc pour vous pour recevoir un patient et organiser son hospitalisation, c'est quoi les informations nécessaires pour l'organisation de l'hospitalisation ?

Les traitements... Parce que c'est un peu compliqué surtout chez les personnes âgées, on sait que l'arrêt brutal d'un traitement ça peut être un facteur de déséquilibre d'un certain nombre de choses et puis c'est vrai que c'est compliqué quand on connaît pas les traitements des gens

Mmm bien sur

La poursuite des traitements, même la mise en route d'un nouveau traitement c'est un peu compliqué sans savoir ce qu'ils prenaient avant... les antécédents c'est quand même assez important... pourquoi les gens arrivent quand même... et leurs conditions de vie chez eux parce que c'est un des facteurs importants parce qu'il va nous permettre d'anticiper un peu déjà l'orientation.

D'accord

Je pense que déjà si on a les traitements, les antécédents, le motif et les conditions de vie...

Mmm

Est-ce que ça arrive qu'une lettre ne soit pas datée ?

... C'est très rare ; oui ça arrive mais c'est très rare

Ok

Par contre on peut avoir des lettre datées de plusieurs jours avant

Mmm

C'est quelque chose qui arrive assez fréquemment c'est une lettre qui date d'il y a 5-6 jours, 1 semaine, et là les raisons sont toujours un peu bizarres... Les familles nous disent bah ça allait ou il ne voulait pas venir ; on a attendu maintenant ça va mieux. Mais sans avoir prévenu le médecin finalement non plus donc y a pas eu de retour au médecin généraliste qui a envoyé le patient aux urgences et qui lui je pense pensait que le malade était déjà à l'hôpital!

D'accord et par exemple des contacts de personnes à prévenir... ça vous en avez souvent ou....

La plupart du temps on a au moins un contact... Après les gens qui sont en EHPAD c'est facile on a au moins l'EHPAD...

Oui

Beaucoup de gens sont accompagnés quand même... On a la chance d'avoir au moins les coordonnées de l'accompagnant... je dirais le plus dur quasiment c'est quand c'est les médecins traitants qui envoient les gens... en ambulance, là on a pas forcément d'accompagnant, on peut ne pas avoir de coordonnées, effectivement oui probablement que dans les courrier d' adressage on aurait les coordonnées de la personne de confiance ou l'aidant principal enfin qui que ce soit je pense que l'important c'est pas de savoir de qui on a le numéro, c'est d'avoir un numéro, après par ce biais là on peut retrouver tout le monde!

Et après est-ce que c'est pas un peu... enfin biaisé dans le sens où on est dans une population assez aisée ?

C'est extrêmement biaisé, on est dans une population aisée qui a beaucoup d'aidants familiaux, pas familiaux... bien sur que c'est biaisé mais...je dirais que c'est biaisé dans l'accueil d'une personne, moi je pense que les conditions de vie de quelqu'un... le numéro de l'aidant ça fait partie des conditions de vie

Mmm

Le fait de pouvoir contacter l'aidant ça rentre dans les conditions de vie des gens c'est...

Mmm

Nous finalement le fait de ne pas avoir le numéro des aidants dans les courriers c'est pas un énorme problème mais oui dans l'absolu faudrait le mettre.

Du coup je vais vous poser une question...un peu redondante mais pour vous ce serait quoi une lettre idéale ?

... Je vous adresse monsieur ou madame X pour telle raison... ses traitements sont... ses antécédents sont... Il vit dans telles conditions et... sa personne de confiance est...

Oui d'accord et alors, enfin c'est peut être plus pour les étages mais pour vous le poids c'est pas important ?

...

C'est peut être plus pour les étages ? Pour les gériatres

Ouai parce que nous le poids on s'en sert pas beaucoup... De plus en plus on dit qu'il faut les peser aux urgences finalement mais... mais non on en fait pas grand chose de ce poids

Mmm

Souvent dans les dossiers des maisons de retraite le poids y est

Oui... Et on vous conseille quand même de les peser ici ?

On nous conseille nous de les faire peser quand ils sont admis à l'UHCD, pour l'instant c'est fait pour un patient sur dix je dirais... ça commence!

D'accord, d'accord!

Et donc pour vous c'est quoi l'élément le plus important pour un courrier d'adressage pour une personne âgée ?

... Y a pas un élément indispensable, y a aucun élément en soit qui est suffisant donc...ne pas mettre pourquoi on l'envoie ça n'a pas de sens mais d'un autre côté sans ses traitements ça va être hyper compliqué pour la suite de la prise en charge enfin voilà y a pleins de choses qui sont ... tout est un peu intriqué. Je pourrais pas sortir un élément indispensable

D'accord et est-ce que quand vous recevez un patient d'un médecin généraliste qui vous l'adresse avec un courrier, est-ce que souvent il vous décrit l'état de base de la personne parce que parfois les personnes sont difficilement interrogeables et du coup on a du mal à savoir quel est l'état de base, l'autonomie...

... Non c'est assez rarement noté l'état de base après on sait aussi que souvent ce qui est... enfin voilà nous quand on voit les gens on sait que le grand motif c'est l'altération de l'état général, la fameuse altération de l'état général, on sait que c'est quand même plus une rupture avec l'état antérieur qu'autre chose

Oui... Et par exemple les derniers bilans biologiques parce que par exemple si il est adressé pour altération de l'état général il peut être déshydraté mais si on ne sait pas quelle est sa créatinine de base...

Mais je pense que ça justement ça fait partie des antécédents qu'il faut noter... Quelqu'un qui a une créatinine de base avec clairance à 50, il a une insuffisance rénale donc c'est un antécédent

...

Souvent c'est pas noté parce qu'on considère qu'avoir 85 ans et être à 50 de clairance c'est normal entre guillemets... La fameuse clairance pour l'âge

Mmm

Alors que même pour l'âge c'est pas normal

Mmm et alors question que moi je trouve importante est ce que les courriers des médecins le plus souvent sont manuscrits ou tapés à l'ordinateur ?

Manuscrits

Et est ce que c'est visible pour vous ?

... Je dirais qu'on écrit aussi nous tellement mal que oui on arrive à lire

D'accord

Enfin si la question c'est est-ce que c'est mieux quand c'est tapé oui bien sur!

Mmm

... Je pense que j'ai fait le tour... Pour vous le motif d'adressage et les hypothèses diagnostiques c'est la même chose ?

Y a un peu deux choses, c'est à dire qu'il y a des médecins qui... enfin je pense idéalement il faut que la lettre elle soit claire

Mmm

... Y a un type de lettre qui est insupportable c'est « merci d'hospitaliser »... Bien sur que ça fait partie du job du médecin généraliste d'hospitaliser mais si c'est hospitaliser dans ces cas là faut trouver une place c'est pas les urgences.... ç'est un problème d'organisation de l'hôpital je dis pas que c'est de la faute des médecins mais c'est à dire que si c'est pour hospitaliser quelqu'un il faut appeler les services de gériatrie et leur demander si ils ont une place. Moi je pense qu'aux urgences on est là pour permettre justement de... commencer à débrouiller les hypothèses diagnostiques donc voilà si il nous dit « je pense que monsieur X a une pneumopathie je pense qu'il faut l'hospitaliser mais le diagnostic n'est pas certain » pas de problème, là pour le coup c'est notre job après voilà parfois ils nous l'envoient en nous disant « merci de faire un scanner à madame X » c'est pareil moi je suis pas radiologue et je fais pas de scanner. Si madame X a un syndrome occlusif il est tout à fait licite de lui faire un scanner » c'est au radiologue qu'il faut l'envoyer

...

C'est juste je pense qu'il faut être clair dans « je vous l'envoie pour telle raison... et je préconise ça »

Mmm

Voilà après si il me dit « je pense que madame X a un syndrome occlusif et je pense qu'il faut lui réaliser un scanner » je suis entièrement d'accord avec lui

Mmm

Surtout que c'est... derrière on sait qu'il y a aussi ce qu'on annonce au patient c'est à dire que dire au patient quand il arrive aux urgences... En gros le patient dit « vous allez me faire un scanner » bah oui merci sauf que c'est pas comme ça que ça se passe aux urgences, faut qu'on ait une créatinine, faut l'examiner... Nous on s'en fout que le chirurgien passe par les urgences parce qu'il y a un syndrome occlusif et qu'il y a un scanner

Mmm

Voilà il faut être examiné ça reste un service clinique les urgences c'est pas un service de radiologie

Oui oui bien sur

Et alors après au niveau des conditions de vie, vous, vous attendez de savoir comment ils vivent pour savoir à quoi vous attendre en terme d'état de base mais vous en attendez pas forcément...

Je pense que dans les conditions de vie y a un truc hyper important c'est... quelque soit la pathologie retrouvée, la condition de vie des gens fait qu'ils pourront ou non rentrer à domicile c'est à dire les conditions de vie c'est important pour... On imagine quelqu'un qui a 85 - 90 ans qui a une pneumopathie sans aucun signe de gravité, en théorie on pourrait quasiment le faire rentrer chez soi et là les conditions de vie vont être hyper importantes... Si y a des aidants, si il est entouré, si on sait que les médicaments pourront être donnés, si y a une surveillance possible par le médecin traitant et ainsi de suite il pourra éventuellement rentrer à la maison ; si c'est quelqu'un qui est isolé, qui a pas de médecin, qui a pas d'aidant ou très peu d'aidants, que c'est un patient qui prend des médicaments il est hors de question qu'il rentre à domicile et finalement ce sont les conditions de vie qui peuvent dans un certain nombre de cas conditionner le retour à domicile ou pas

Effectivement oui

Donc je pense que dans un certain nombre de cas les conditions de vie rentrent de façon extrêmement importantes dans la décision médicale

Mmm

Et puis je pense que c'est un élément médical comme un autre en tout cas extrêmement important

Et question idiote mais on vous précise l'âge des personnes dans les courriers ?

... Ouai... Oui et je dirai qu'à la rigueur ça c'est pas ...

Mmm

D'accord bah je pense que j'ai fait le tour... Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

Je pense que les courriers d'adressage c'est assez compliqué à faire parce que... en tout cas pour nous aux urgences ça se fait toujours en urgence et je pense qu'il y a un certain nombre de médecins qui font les courriers au domicile des patients

Mmm

Ils n'ont pas forcément non plus accès à tout

Et puis après c'est vrai qu'au cabinet y a la salle d'attente qui est pleine...

Ouai... A la rigueur je dirais... ne serait-ce juste de penser de dire au patient de prendre une ordonnance de médicaments... ça évite de le noter sur le courrier mais s'assurer qu'il y a une ordonnance qui parte avec les patients... Et après moi que... le patient il a une tension a 11 un pouls à 80, de la fièvre pas de fièvre... enfin des éléments finalement assez simples

Parce que c'est pas souvent précisé les constantes ?

Bien souvent c'est très détaillé, on va avoir un examen clinique qui est très détaillé alors que finalement si le médecin m'envoie le patient je pars du principe qu'il l'a examiné qu'il me l'envoie pour des raisons particulières donc si finalement la raison pour laquelle il l'envoie est suffisamment claire... Bah voilà... On voit quelqu'un qui a un syndrome occlusif, si il marque pas de selles depuis 48 heures, vomissements depuis deux jours, ok c'est un syndrome occlusif j'ai pas besoin du détail derrière tout le truc, de façon généralement on va le retrouver, on va les ré examiner donc ça fait un peu double emploi

Mmm

Je pense que... Moi je comprends que le temps soit limité mais je pense justement qu'il faut ce temps soit utilisé pour des infos qui seront vraiment des infos de communication importantes

Mmm

Et les traitements comme vous dites, les ordonnances qui sont jointes, c'est pas souvent le cas ?

Non... hyper souvent les gens disent « ah bah on y a pas pensé »

D'accord

Alors que si le médecin leur disait « pensez bien à prendre votre ordonnance »

Et pourtant malgré ça on est dans une population quand même aisée du coup qui pourrait peut être y penser plus facilement que...

Non, une fois que le médecin est passé... En fait les gens ils ont un courrier donc il pense que le médecin il a fait un roman dans le courrier quoi

D'accord

Ils vont vous dire « non le médecin a noté tous mes traitements, tous mes antécédents, toutes les fois où il m'a vu, tous mes bilans biologiques antérieurs

D'accord

Et donc vous pensez qu'un courrier « type » ça pourrait améliorer ...

Oui

Parce que c'est vrai que pour la rapidité de la rédaction de la lettre pour les médecins généralistes en ville ça sera plus facile

Oui oui bah bien sur!

Parce que je me suis déjà faite prendre au piège en ville quand je suis toute seule et que je dois adresser

Mais on s'est déjà tous fait prendre au piège! on met des choses qui nous paraissent importantes et qui finalement seront... pas forcément les informations les plus importantes ; nous c'est plutôt facile hein on a des compte-rendus qui sont entiers donc on donne le compte-rendu au patient mais finalement je me dis parfois lire ce compte-rendu ça doit être très chiant parce que finalement y a pas d'information qui sont pas du tout... Mais voilà c'est juste qu'on donne l'information en masse après faut la trier mais... ça nous donne bonne conscience de faire ça parce qu'on donne toute l'information mais...

C'est vrai qu'à l'inverse on se demande pas ce que les médecins généralistes attendraient d'un courrier de sortie

Bah c'est ça... peut être que finalement ils auraient « votre patient est rentré pour tel motif, il a eu tel et tel examen qui ont permis d'arriver à telle conclusion tel traitement et on lui demande des recommandations... peut être que ça serait mieux que le compte-rendu entier

Mmm oui

Vous n'avez rien d'autre à ajouter ?

Non!

Entretien N° 2

Une première question! Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre activité professionnelle ?

Ouai! J'ai à peu près 18% de mes patients qui ont plus de 80 ans. Je dois avoir 60% entre 30 et 70 ans grosso modo et... j'ai de moins en moins d'enfants parce que c'est ce que je veux ; je dois être à 7% de pédiatrie alors qu'avant je montais au moins à 15%. Grosso modo c'est ça en fait c'est 2/3 avant 60 ans... 60-80 ans et ensuite plus de 80 ans, la pédiatrie étant vraiment réduite. Avec une préférence pour les vieux puisque je prends les nouveaux vieux alors que mes collègues ne les prennent pas ou plus! Puisqu'il y a des visites à domicile etc donc... ils le savent ; mes collègues de médecine générale font peu de gériatrie ou pas et... surtout pas de visite à domicile en gériatrie et... ils finissent par savoir et par m'envoyer des tonnes de patients donc... voilà la gériatrie augmente!

Mmm et donc comme vous travaillez beaucoup avec des personnes âgées, comment est-ce que vous travaillez avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée ?

Je suis installée depuis longtemps je suis installée depuis 1998 donc... pas ici mais j'étais un petit peu plus loin sur Boulogne sud avant... donc je travaille avec les spécialistes... ça veut dire quoi cette question ?!

Vous avez un réseau ? ...

Oui un réseau de spécialistes en ville et à l'hôpital ouai c'est à dire que c'est des médecins que je ne connais pas de visu je ne vais à aucune réunion et je ne copine pas parce que je n'ai pas le temps... mais c'est selon le retour que j'ai dans ce que ça a apporté aux patients... que j'ai un rhumatologue qui va être bien pour tel ou tel soucis... un rhumatologue qui est à tel endroit et qui ... qui va être en secteur 1 et qui s'occupe bien des petits vieux... c'est un peu en fonction de leur réponse à ma demande et en fonction du retour des patients que je finis par avoir un réseau de praticiens qui ont confiance en moi et en qui je fais confiance... Vous adressez pas au même rhumatologue par exemple pour... un gamin qui fait du sport en compétition et qui a des entorses répétées à la cheville, vous l'adressez pas à tel rhumatologue vous l'adressez à un autre rhumatologue qui est par exemple plus médecin du sport

Mmm

Donc on finit par savoir qui fait quoi

Et alors est-ce que vous pouvez me parler d'une situation qu'importe que ce soit récent ou ancien mais une situation qui vous a marqué où vous avez adressé un patient aux urgences ?

Un patient de gériatrie ?

Mmm

... Le dernier patient que j'ai envoyé aux urgences c'était pas un patient de gériatrie... c'était un patient de pédiatrie... celle d'avant c'était une embolie pulmonaire c'était 60 ans... j'essaie tellement d'éviter qu'ils passent par les urgences!... faut que je trouve un patient vieux que j'ai envoyé aux urgences... ah oui!! C'est pas forcément le dernier mais c'était un peu une histoire de fou et qui s'est mal finie

...

C'était un patient portugais de 80 ans environ... Je vous raconte toute l'histoire brièvement... Un monsieur qui était toujours accompagné par sa fille parce qu'il vivait à moitié au Portugal et à moitié en France et... sa fille était toujours présente aux consultations ; moi je l'avais vu avant qu'il aille passer ses quelques mois au Portugal et je trouvais qu'il allait pas bien... et puis quand il est revenu du Portugal quelques mois après il allait toujours pas très bien... mal au ventre etc et puis... il me raconte des choses pendant la consultation parce qu'il faisait un peu semblant de pas comprendre le français mais donc on finissait quand même par se comprendre et... où il mangeait plus et effectivement il avait perdu du poids ; chose qui m'a décidée je sais plus si c'est la perte de poids et le fait qu'il n'ait plus faim et... quand je l'ai pesé entre l'aller et le retour, normalement quand il allait au Portugal il s'éclatait avec ses copains il mangeait tout ça il sortait et là il avait perdu du poids et il allait pas bien et... c'est un grand gaillard quoi c'est un grand monsieur c'est à dire que sur un grand bonhomme même à 80 ans, si vous faites 1m80 et 80 kilos, si vous perdez 10 kilos ça se voit à peine et... je voyais pas de solution autre que de l'envoyer aux urgences parce que je sais plus il avait une calcémie élevée il avait des trucs qui allaient

pas du tout dans son bilan biologique et j'étais inquiète. donc je l'ai envoyé aux urgences j'ai dit à sa fille la seule façon qu'on a d'essayer de résoudre le problème et d'avancer c'est... je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas je suis absolument incapable de vous dire quoi mais il y a quelque chose qui va pas ; il a maigri il a plus faim, on voit un vieux monsieur perdre du poids ça va pas. En plus il y a des anomalies sur la prise de sang qui ne vont pas... je savais aussi très bien que si j'allais appeler le service de gériatrie on va me dire « il faut qu'il passe par les urgences » donc il va aux urgences. Et... dans l'heure qui a suivi son arrivée aux urgences j'ai le senior des urgences au téléphone qui m'engueule... il me dit « il va très bien ce monsieur c'est un grand gaillard il n'y a rien du tout je ne vois pas pourquoi il est là, vous avez qu'à l'envoyer en consultation en gériatrie etc » donc je lui explique que le monsieur il a perdu du poids, il a un calcium élevé... Non il avait des phosphatases alcalines élevées, y avait à l'arrivée des choses qui allaient pas sur son bilan biologique... je lui ai dit « sincèrement y a un truc qui ne va pas je ne sais pas quoi encore mais y a quelque chose qui ne va pas » et je lui ai dit « un vieux monsieur qui perd du poids c'est une urgence » donc on s'est un peu engueulé au téléphone et... le chemin a fini que je crois que le lendemain quelqu'un de la gériatrie est descendu aux urgences comme tous les matins pour voir un peu ce qu'il se passait donc il a atterri en gériatrie... Le monsieur il avait un cancer du colon ou pancréas... et il est décédé quelques mois après de son cancer. voilà!

Et comment vous l'aviez adressé ?

Par lettre... toujours... toujours systématiquement... que j'envoie aux urgences ou en consultation vous avez toujours une lettre avec l'âge le poids machin le motif et puis ce que je pense et... pourquoi j'envoie quelqu'un à quelqu'un d'autre, à un autre médecin... et ce que j'attends

Mmm

Toujours. On ne peut pas faire autrement c'est évident et en général enfin concernant les urgences on a un numéro de téléphone qui est ici toujours à portée de main depuis quelques années vous voyez c'est dispo tout le temps c'est ça... on peut avoir le médecin sénior... et vous voyez c'est marqué « précieux »!

Mmm

Et donc en général je lui passe un coup de fil aux urgences et j'essaie d'avoir le médecin au téléphone en disant « je vous envoie dans l'heure monsieur machin madame un tel pour tel ou tel problème » et je fais mon petit mot en plus. Voilà!

Mmm

Ce qui aussi, quand vous avez un doute, oblige le patient à y aller parce que moi je ne vais pas leur coller aux fesses pour savoir si ils vont vraiment aller aux urgences ; quand ils savent qu'ils sont attendus, je sais qu'ils ne vont pas décider d'y aller le lendemain matin parce que je les aies pas convaincus... et j'appelle devant le patient en expliquant pourquoi je veux qu'ils aillent aux urgences et après ça fait que tout le monde est réglo tout le monde est au courant de ce que je fais, pourquoi je le fais et voilà!

Mmm

C'est tout!

Et concrètement quand vous adressez quelqu'un aux urgences comment ça se goupille ?

C'est à dire ? De quel côté ? Point de vue ?

En terme de lettre, qu'est-ce qu'il est indispensable de mettre dans une lettre ?

De la lettre de moi au médecin des urgences ou du médecin des urgences à moi ?

De vous au médecin des urgences

Pour moi, ce qui est indispensable c'est le poids, la taille, les antécédents, l'état clinique, le problème actuel et ce que j'attends... et mon hypothèse diagnostique.

Mmm... Et est-ce que vous avez un courrier « type dans votre ordinateur ?

Non... interdit! On est obligé de réfléchir quand vous prenez un papier un crayon et une feuille

Mmm... Et quand vous êtes au domicile de la personne ?

Pareil

Mmm

Et puis j'ai mes dossiers avec moi au domicile

Ah!

J'ai un dossier papier visite où j'ai les éléments essentiels

C'est toute une organisation!

Ouai c'est très très organisé oui!

D'accord... Et alors est-ce que vous joignez les ordonnances ou ...?

Non je mets sur mon courrier... ça dépend où je suis en général mais si je suis au cabinet, j'imprime par exemple le dernier CRH parce qu'ils auront peut être pas le dossier sous la main ou j'imprime la dernière ordonnance si je suis au cabinet mais si je suis à domicile... j'ai beaucoup de choses de mémoire. Ils ont pas non plus deux heures aux urgences pour lire... et puis c'est un problème ponctuel ; à partir du moment où vous avez donné les antécédents, le traitement en cours...

Mmm... Et est-ce qu'on vous réclame des choses ? Comme les conditions de vie etc

On réclame rien aux urgences... non... on entend pas parler d'eux... bah ils nous disent rien! Moi c'est après, un jour ou deux jours après où je dis voilà je passe un coup de fil si je veux avoir des nouvelles c'est à dire si le patient ne m'a pas lui donné des nouvelles, ou la famille, c'est à moi de prendre mon téléphone, d'appeler les urgences pour savoir ce qu'est devenu le patient...

Mmm

Voilà! On ne nous réclame jamais rien... ce serait bien d'ailleurs qu'on ait un courrier type émanant du SAU qui dise « voilà quand on reçoit un de vos patient est ce qu'on pourrait avoir telle telle et telle info et voilà notre courrier type à nous, et si on a ces infos là c'est bien » ... Comme ça on oublierait pas parce qu'il y a des fois on est un petit peu pris par le temps ou par l'urgence ou obnubilé par quelque chose et vous pouvez très bien dans un courrier oublier de mettre « il a du Kardégic* ou il a du Sintrom* » ou il a un truc comme ça simplement parce que... voilà oublié! Et si on avait peut être un courrier « type » des urgences, peut être qu'on l'oublierait pas

Un courrier « type » ...

Un courrier « type » que les urgences fabriquent... qui me dise voilà vous êtes médecin généraliste vous nous envoyez des patients aux urgences, quand on les reçoit on aimerait bien avoir telle et telle et telle info selon tel courrier « type ». Maintenant après les MG le font ou le font pas ça les regarde mais... plutôt que si les médecins des urgences râlent rognongnon rognongnon il a encore oublié ci, il ne sait pas ça, ça sert à rien!

Mmm

C'est comme d'hab hein c'est un manque de communication ville-hôpital, hôpital-ville, ça marche jamais ça, ça fait trente ans que ça dure!

Mmm et ce sujet de recherche... ça vous inspire quoi ?

Bah je pense que ça va être compliqué pour vous! Je pense que ça va être compliqué pour vous parce que... enfin... ce qui serait bien c'est de le voir de l'autre côté quoi... c'est que je sais pas comment vous allez faire c'est à dire que... mmm... vous pouvez interroger dix quinze vingt médecins généralistes, vous savez bien que chaque médecin a sa façon de faire donc vous allez en tirer des infos mais ce qui serait bien c'est d'interroger dix quinze vingt urgentistes pour savoir ce que eux, pensent et attendent du courrier des médecins qui leur adressent et ce serait bien de confronter ces deux trucs

Mmm alors en fait c'est une erreur de ma part je vous ai mal informée avant de commencer mais j'interroge des médecins généralistes, des urgentistes et des gériatres

Ah génial! d'accord, ok!... Mais ce serait bien qu'on ait la synthèse de tout ça avec élaboration d'un courrier type par nos amis urgentistes pour savoir ce qu'ils attendent de nous, pour... le but étant toujours la meilleure prise en charge possible de... de nos patients

Donc pour vous c'est plus par les urgentistes de... d'avoir un courrier type ?

Oui... Oui parce que c'est eux qui reçoivent le patient... les gériatres par exemple ils interviennent après... dans le temps... aux urgences on a pas le temps. Quand vous avez un patient avec un syndrome confusionnel aux urgences, c'est une urgence et... il faut que le médecin urgentiste il sache comment la personne était la veille, quels médicaments elle prend et quel est son entourage à la maison... ça paraît évident ; est-ce qu'elle va pouvoir rentrer chez elle et puis il faut que ce soit des gens qui ne restent pas en milieu hospitalier, c'est délétère pour eux donc... si la vieille dame elle vit toute seule elle va pas rentrer avec son syndrome confusionnel, elle va mourir sinon... et donc tout ça parfois on oublie de le dire ; parce qu'on est un peu focalisé sur... ou parce qu'on a pas encore le diagnostic de syndrome confusionnel. Je m'en rappelle d'une qui avait une hyponatrémie et... et y a des vieilles dames qui sont bizarres mais qui sont bizarres de façon chronique ou un peu euphorique ou des trucs comme ça et... puis vous sentez qu'il y a un truc qui va pas et... sans avoir vraiment le diagnostic ou... parce qu'en fait les patients ils ont... on s'habitue à eux et il y a un couple médecin-patient qui fait qu'on devient un peu comme la famille c'est à dire qu'on devient en fait tolérant à leur façon d'être comme quand vous avez une grand mère à la maison et que... et que vous banalisez et que vous dites « oh bah mamie elle a encore oublié ça » ou « oh mais toi tu ne fais jamais attention à rien et t'as toujours été comme ça », bah nous on est un peu pareil! Nos patients quand on les connaît depuis plus d'une dizaine d'années, on est très tolérant, on passe et puis on a pas envie qu'ils soient malades non plus! C'est aussi un peu comme une famille, on ne veut pas qu'ils soient malades! On ne veut pas les envoyer à l'hôpital enfin moi je suis comme ça. Et si ils vont à l'hôpital c'est vraiment que je ne peux pas faire autrement... et donc parfois on sait qu'il y a quelque chose qui va pas et inconsciemment ou consciemment on ne fera pas le diagnostic mais on a envie de l'envoyer aux urgences aussi pour avoir un regard neutre, neuf sur notre patient parce qu'on sent qu'on prend un danger si... si on fait rien

Mmm

On sent qu'il faut faire quelque chose... C'est pas forcément bien reçu par les urgentistes ce genre de truc quand vous dites « je sens qu'il y a un truc qui va pas mais je ne sais pas quoi »!

Mmm et ...

On est... voilà y a un côté si vous voulez... je pense que ce côté là il faut... mmm ce côté empathie avec le patient et moi j'ai toujours dit au patient « on forme un groupe, on est une collaboration », mes patients c'est un peu comme une communauté, des fois le salon c'est... bah c'est la salle d'attente c'est un salon en fait! Et... c'est des voisins c'est des copines, on rigole! Et ... il faut qu'on... les urgentistes à la limite nous demandent une certaine rigueur et ce serait pas mal d'être un peu encadré par... par un courrier « type »

Mmm... Et tout à l'heure vous m'avez parlé du service de gériatrie, que quand vous les appelez, il fallait passer par les urgences, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?

Non j'ai pas dit tout à fait ça c'est à dire que on peut pas hospitaliser quelqu'un directement en gériatrie enfin... c'est pas possible donc il faut l'envoyer par les urgences et qu'après il soit vu par le gériatre qui descend aux urgences ; ça me paraît plus logique de toute façon... de faire ça

Et pourquoi ?

Euh... parce que déjà essayer de joindre quelqu'un en gériatrie dans la journée Sophie si tu m'écoutes je suis désolée! euh... c'est impossible! C'est impossible ; j'ai essayé de joindre...c'était Rodolphe pour Mme M c'était

une horreur... je l'ai jamais eu au téléphone et voilà on peut pas... on peut pas rester toute la journée au téléphone, j'ai appelé deux fois trois fois et... donc on laisse tomber! C'est pour ça qu'on envoie les patients aux urgences et puis de toute façon ça fait pas avancer les choses d'appeler le service de gériatrie qui va nous répondre « bah non on a pas de place » c'est tout. Moi je me retrouve avec mon patient en syndrome confusionnel sur les bras et puis le syndrome confusionnel c'est une urgence

Mmm

Voilà... L'idéal serait que... je puisse faire un espèce de double appel... c'est à dire que je signale que y a un patient en gériatrie qui va aux urgences... voyez ce que je veux dire ?

Mmm

C'est à dire que... mais en fait c'est ce qui se fait un peu puisque comme y a quelqu'un de la gériatrie qui descend tous les matins aux urgences

Mmm

Ils viennent voir les patients en gériatrie

Mmm

Je ne suis pas sûre d'avoir répondu à tout

Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur ce sujet-là ?

Sur les urgences de gériatrie ?... Franchement les urgences font leur boulot bien, le mieux du monde mais le problème c'est que j'ai pas de retour, que je sais pas où ils sont passés mes patients

Mmm

Je sais même pas si ils sont morts ou vivants, je sais pas ce qui leur arrive, je veux dire j'aimerais bien dans les 48 heures avoir un mail qui me dit... j'ai une messagerie cryptée qui marche très bien avec les hôpitaux... mais pas avec Ambroise Paré et euh... ce serait sympa d'avoir un petit mail qui me dit voilà « madame machin elle est là et elle va être transférée dans tel ou tel service » ou « non madame machin bah elle est rentrée chez elle parce qu'elle a claqué la porte elle en avait marre d'attendre ». Ca aussi, pareil...

Mmm

Voilà... Moi mon problème c'est que les urgences j'ai pas de retour ou alors j'ai... quand le patient revient me voir après... donc il est passé par les urgences, il a été hospitalisé une semaine ou huit jours ou dix jours ou quinze jours et pas forcément à Ambroise Paré, il a pu aller à Sainte Perrine ou ailleurs et bah il vient me voir avec les papiers

Mmm

Mais j'en ai plus rien à faire des papiers puisque... bah il m'a tout raconté déjà

Mmm

Voilà

Et en ce qui concerne les lettres, ce serait quoi pour vous une lettre idéale qu'un urgentiste pourrait attendre de vous médecin généraliste ?

De moi ?... Moi ma lettre elle est idéale le problème c'est que... est-ce qu'il veut que ce soit tapé ou est ce qu'il veut que ce soit écrit à la main enfin... voilà je pense que ça fait partie des choses aussi qu'ils aimeraient bien, je pense que je fais un effort pour écrire bien ce qui est pas forcément le cas de tout le monde euh... et... donc y a ça et puis je pense qu'il faut poids, taille, antécédents, le traitement, motif d'hospitalisation et... voilà! Si on fait une suspicion d'embolie pulmonaire, si c'est le syndrome confusionnel... si c'est suivi dans tel service par qui, pourquoi... je pense que c'est ça la lettre idéale c'est de cadrer le truc... et effectivement à chaque fois je ne ... mets pas le mode de vie c'est vrai...

Mmm

Maintenant que vous le dites! Enfin voilà je pense que c'est ça

Mmm... Ok! Vous n'avez rien d'autre à ajouter ?

Non, je pense pas!

Entretien N°3

Ok. Est-ce que tu peux me décrire juste dans un premier temps ton activité professionnelle ?

Je suis un médecin de médecine aiguë, je soigne des vieux, des vieilles personnes hospitalisées en court séjour... j'ai un travail... donc mon travail à l'hôpital c'est avant tout le soin, le soin des patients, c'est aussi la formation des étudiants... l'enseignement, la formation, le compagnonnage et... j'ai aussi, j'ai également une activité de recherche... J'ai fait deux masters dans le laboratoire de recherche d'éthique médicale, j'ai fait un mémoire de master 1 qui était sur l'ouverture du services aux visites des familles 24 heures sur 24 et un master 2 sur la toilette de la personne âgée hospitalisée... côté soignant. Voilà donc c'est mes trois principales fonctions ici et actuellement comme j'ai moins d'activité de recherche, j'essaie d'écrire des articles et sinon de travailler en salle et continuer à faire des cours pour les étudiants.

Tu es chef de clinique ?

Oui

Et tu es en deuxième année de clinicat ?

Troisième année maintenant, enfin j'ai fait deux ans de clinicat, six mois d'arrêt même si en pratique je faisais mon master au début mais... six mois d'arrêt de congés maternité enfin coupure de l'hôpital mais pas vraiment coupure de la recherche et du coup ça fera trois au mois de... de novembre

Et du coup dans le cadre de ton activité de gériatre, comment est ce que tu travailles avec les spécialistes ?

... Comment je travaille avec les spécialistes ? Avec les autres spécialités ?

Mmm

En fait c'est primordial de travailler avec les autres spécialités en gériatrie, la gériatrie ça reste une spécialité de médecine générale de la personne âgée donc... dès que je... enfin dès qu'un sujet dépasse mes compétences, c'est à dire mes compétences c'est celles de l'activité quotidienne ou de ce que je vois très souvent... je passe un coup de fil et je demande l'avis du spécialiste. Ca, ça peut être pour le soin du patient... ça peut être... donc ça peut être plus ou moins urgent, parfois on programme des consultations avec d'autres spécialistes mais pour chaque patient... peut être pas pour chaque patient mais extrêmement régulièrement j'ai recours à l'avis d'un médecin d'une autre spécialité sinon ça c'est pour les patients et puis on accueille aussi les patients qui viennent d'autres médecins donc de médecins généralistes de ville... on a un relationnel très... on est proche des médecins généralistes de la ville parce que... on partage les flux des patients, les patients rentrent par leur biais et sortent et on leur confie donc... on a des contacts directs et on a une liste un peu privilégiée de médecins généralistes qui soignent plus de patients âgés et avec qui on travaille un peu plus préférentiellement mais en général quand on fait sortir un patient et qu'il est un peu fragile on passe un coup de fil au médecin... On travaille aussi avec les urgentistes puisqu'on a la plupart des patients qui viennent du service des urgences et donc on les appelle pour recruter des patients et ils nous appellent pour savoir si on a de la place... Et on travaille, enfin je travaille beaucoup avec les médecins réanimateurs par goût parce que j'aime bien la médecine lourde de la personne âgée et aussi par proximité puisqu'on a le service de post réanimation qui est au bout de notre couloir et qui favorise forcément géographiquement les flux d'un côté à l'autre de la porte parce qu'en fait on est un service... communicant entre le couloir pour tout le monde et puis... c'est un service traversant en fait! On traverse notre service pour aller en post réanimation donc... on a des liens un peu plus privilégiés géographiques

Mmm

Voilà

Est-ce que tu pourrais me parler de la dernière fois ou même d'une situation qui t'a marqué où tu as reçu une personne âgée en hospitalisation et de la façon dont ça s'est passé ?

Une personne âgée que j'ai reçue en hospitalisation... et comment ça s'est passé?... euh... c'est très compliqué pour moi de choisir une personne... une personne que j'ai reçue en hospitalisation ... je bloque un peu sincèrement... Bon on peut parler, je vais donner l'exemple du dernier patient qui est rentré dans le service peut être... ce sera plus simple ; on a accueilli un patient hier... dans le service, on est allé le chercher aux urgences! (rires) Parce qu'il n'arrivait pas pour des raisons de flux et pour voir dans quel état il se trouvait... dans quel état il se

trouvait avant qu'il ne monte dans le service un peu tardivement pour qu'on ait pas de mauvaise surprise donc... voilà... qu'est-ce que tu veux que je te raconte particulièrement sur ça ?

...

Tu veux que je te raconte... Tu peux me reposer la question ?

Une situation quelconque ou effectivement le dernier patient que tu as reçu, de quelle façon est-ce qu'on vous l'a adressé ?

D'accord, c'est un patient qui est arrivé aux urgences parce qu'il a présenté... il avait eu mal au ventre, c'était sur la voie publique et il avait été adressé... par les pompiers parce qu'il avait appelé les pompiers pour cette douleur du ventre et en l'occurrence il se trouve qu'il a une pancréatite biliaire... mais je regarde effectivement qui m'adresse le patient quand... quand les patients arrivent... ça m'intéresse pour pouvoir 1) répondre à une question qui est posée initialement et 2) parce que ça permet d'avoir une idée de l'état du patient au moment où il a été vu pour la première fois

Mmm et est-ce que tu pourrais me parler d'une situation un peu conflictuelle quand on t'a adressé un patient par exemple dans la façon dont il était adressé ?

Par un médecin ?

...

... J'aime pas tellement le conflit parce que ça fait partie... ça fait partie des choses qui amènent à une mauvaise prise en charge des patients... Je peux citer deux exemples de situations je préfère dire « complexes » ; y a d'abord la problématique de l'hébergement... dans d'autres services... Il m'est arrivé une fois un week-end où j'étais d'astreinte où ils me disent que comme j'avais pas de lit en court séjour gériatrique on accueillait un patient de gériatrie en endocrinologie et que j'étais tenue de m'en occuper... c'est le médecin urgentiste qui m'a signalé cette situation là et... et voilà on sait très bien que c'est source de mauvaise prise en charge pour les patients parce qu'ils sont dans un service où ils n'ont finalement pas de médecin responsable donc ça j'ai refusé le patient qu'on m'adressait parce que je considérais qu'il n'était pas du ressort de ma prise en charge (*rires*)... mmm voilà il est arrivé aussi que j'ai une mauvaise surprise concernant l'état clinique du patient ou la gravité clinique du patient c'est justement pour ça que je te disais que je vois régulièrement quand un patient tarde à monter dans le service que je viens le voir là où il se trouve, en l'occurrence aux urgences parce que... par exemple il a pu m'arriver une fois que je vois apparaître un patient avec 5L d'oxygène et 85% de saturation en oxygène à 17h et que ça voilà, y a une patiente qui est arrivée comme ça et que j'ai fait transférer en post-réanimation directement après qu'elle puisse avoir de l'oxygène à haut débit type Optiflow... ça, ça m'est arrivé une fois donc une mauvaise évaluation de la gravité du patient et du coup... et du coup... enfin qui était juste mal orienté... voilà donc... Je dirais les principaux problèmes c'est pas dans mon service ou ne devrait pas être dans mon service et devrait être dans un service plus adapté! (*rires*)... c'est pour ça aussi qu'il est rare qu'on fasse venir des patients de l'extérieur tard parce que... quand ils arrivent de l'extérieur et qu'ils arrivent dans un très mauvais état général et qu'il est 17, 18 heures c'est très compliqué en fait d'avoir le bilan sanguin, d'accueillir la famille, d'accueillir correctement le patient, de faire tout ça aux heures ouvrables...

Mmm et alors de manière générale quand tu accueilles un patient, qu'est-ce que tu aimerais avoir dans une lettre d'adressage ?

Une lettre d'adressage de qui ? De médecins généralistes ?

...

... Alors du coup on va dire ce que j'ai et ce que j'ai pas toujours... en fait ça doit être compliqué je pense pour un médecin généraliste de faire une lettre d'adressage parce que le support est petit et il y a beaucoup de choses que... moi j'aimerais avoir!... Les antécédents précis du patient... mais vraiment précis parce que voilà en fait quand le patient arrive à l'hôpital on est amené à faire des choix de médicaments pour privilégier la pathologie en cours et quand on connaît pas précisément les antécédents c'est difficile de dire « bah en fait voilà j'enlève son Kardégic* mais je ne sais pas si il a un stent actif ou un stent nu » et en même temps le patient a une hémorragie digestive alors c'est compliqué de dire... et voilà c'est un exemple type donc voilà c'est pas juste de dire qu'on a une cardiopathie ischémique mais il faudrait savoir si elle est stentée et quel type de stent et je dirais peut être pas où est le stent exactement mais au moins ça par exemple... donc les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux... précis... le traitement, je crois que la dose des médicaments est très importante... en fait c'est pas pareil d'avoir 1,25mg de Cardensiel* ou 5mg de Cardensiel*... donc... et le moment de la prise aussi parce que... quand ils arrivent et qu'on ne sait pas si ils l'ont pris, si le patient a des troubles cognitifs et qu'il est pas capable de donner son traitement et qu'on sait pas si il l'a pris le matin et qu'on lui redonne le soir... c'est compliqué d'avoir 5mg par jour et pas l'heure de la prise!... Le mode de vie nous importe, l'autonomie nous importe... après je ne suis pas sûre qu'il faille que ça figure forcément dans le détail sur la lettre d'accueil parce que c'est des choses qui... ce qui peut peser sur une prise en charge par exemple c'est si il faut ou pas réanimer le patient et ça, ça peut être nécessaire dès l'entrée, il faut savoir si le patient est dépendant ou si il ne l'est pas et dans le détail c'est pas forcément nécessaire mais c'est vrai que c'est pas pareil d'être dépendant pour le quotidien et dans ces cas là, ça pèsera dans la balance plutôt contre une réanimation plutôt que de ne pas l'être... euh... bon l'histoire de la maladie donc voilà et... et l'examen clinique au moment où il a été vu par le médecin et les constantes quand il a été vu par le médecin... toujours pareil c'est savoir si le monsieur il était déjà en état de choc ou pas en état de choc ou si il avait 96% de sat ou 80% c'est pas pareil... et aussi... bah le motif en fait, le motif initial qui justifie l'hospitalisation... les coordonnées du docteur, le nom du docteur pour pouvoir le joindre... voilà ça fait beaucoup peut être sur une petite lettre, mais je m'en rends pas compte... et ça prend du temps aussi et ça... c'est voilà, ça, c'est ce que moi j'aimerais avoir et ce qui est possible dans la vraie vie... voilà faut être réaliste aussi, il faut que ça puisse tenir dans le temps de consultation pour un médecin traitant donc je dirais ce qui compte c'est... ce qui ferait pencher dans la balance c'est... pour ou contre la réa (*rires*), les trucs urgents quoi dans une lettre et puis un contact et puis aussi si il y a eu des examens de bactério en ville, par exemple un ECBU et le dernier bilan, enfin voilà des trucs que nous on peut avoir un peu du mal à récupérer par la suite... voilà

Mmm et du coup... enfin c'est un peu redondant mais pour vous en tant que gériatre ce serait quoi une lettre idéale ?

Qu'est ce qui serait une lettre idéale ?... bah déjà qu'il y ait une lettre faut être honnête et ensuite une lettre avec... en fait oui c'est un peu redondant je pense que j'ai déjà répondu à cette question, ce que je souhaitais moi avoir dans une lettre je pense que j'ai répondu à cette question j'ai du mal à dire plus

Mais quand tu dis « déjà qu'il y ait une lettre » est-ce que tu peux m'en dire un peu plus ?

... Bah il arrive que des patients soient adressés sans courrier venant de la ville... et c'est un peu compliqué après on fait avec ce qu'on a mais c'est quand même un peu compliqué

Mmm

Parce qu'on a pas les renseignements initialement, c'est compliqué de pas avoir le traitement... voilà

Mmm et... quand tu parles de l'autonomie du patient, son état réanimation, son mode de vie tu peux m'en dire plus ?

Ça nous importe beaucoup l'autonomie dans le détail, ça fait partie du coeur de notre métier mais... c'est pas forcément un truc dont on a besoin le jour de l'arrivée du patient donc si on me demande de vraiment sélectionner ce qui figure sur les lettres... moi le jour où j'accueille le patient j'ai besoin de savoir... je vais essayer de le mettre debout voilà si il ne va pas trop mal, voir si il se déplace et puis après j'appellerai son docteur et je verrai ses enfants... c'est juste si il arrive, si il m'est adressé et qu'il arrive, ce qui va compter en urgence c'est... autonome enfin c'est pas dans le détail, le détail comptera plus tard dans un objectif de rééducation en fait mais pas dans l'urgence, pas à l'entrée enfin pour moi

Mmm et du coup un sujet comme ce sujet-là de recherche, qu'est ce que ça t'inspire ?

... Le sujet de recherche des lettres d'adressage... que du bien, l'espérance d'une amélioration des pratiques et en même temps et j'espère aussi un dialogue entre l'hôpital et la ville parce que ... finalement je sais ce que moi je souhaiterais d'une lettre mais je suis pas sûre d'avoir jamais dit à un médecin généraliste ce que je souhaiterais qu'il note dans une lettre et je ne suis pas sûre qu'un médecin généraliste m'ait jamais dit ce que lui pensait nécessaire ou possible d'écrire dans sa lettre... donc... une amélioration des connaissances et du coup une mise en phase des pratiques, un meilleur lien entre les deux qui est vraiment très important pour les patients

Mmm et est-ce que tu peux m'en dire un peu plus sur le dialogue enfin ce que tu penses du dialogue entre la ville et l'hôpital ?

Alors je peux pas parler de manière générale parce que ce sera plus des spéculations, la seule chose dont je peux parler c'est voilà de mes représentations, de mon avis qui est pas forcément une réalité... j'ai le sentiment que... en tout cas dans ma spécialité dans mon activité, j'ai fait des progrès sur ce point-là et quand j'étais interne par exemple je faisais pas particulièrement attention à ce que le courrier de sortie soit bien adressé à tous les médecins qui interviennent dans la sortie du patient... j'ai changé pour ça mais je pense aussi que j'ai plus le temps de faire ça, je crois que le fait que les courriers soient faits par les internes et seulement par les internes, c'est à dire que les seniors juste supervisent le truc un peu de loin et s'en fichent un peu, parce que les internes en fait leur travail c'est vraiment le quotidien du patient et du coup ils peuvent passer à côté de cette fonction de relation entre la ville et l'hôpital qui finalement est plutôt de l'ordre du travail des seniors, ça c'est le premier point... J'ai été longtemps interne puisque j'ai été interne six ans et dans beaucoup de services dans lesquels j'ai travaillé les patients sortaient sans courrier d'hospitalisation donc... les spécialistes peuvent exiger des courriers d'entrée des patients mais ils ne fournissent même si ils devraient parce que c'est la loi, ils ne fournissent pas forcément le courrier à la sortie du patient donc... ça c'est une autre remarque... pour mettre un petit peu en

balance... voilà les exigences ou les déceptions qu'on peut avoir par rapport aux courriers d'adressage... après ici dans notre pratique voilà les patients sortent systématiquement avec un courrier adressé au docteur et je pense que la question de qui est le médecin traitant du patient est posé à l'interne ou au senior par un intervenant... quasiment systématiquement... voilà... je crois que on sait qui sont les médecins traitants de nos patients mais c'est assez propre au service dans lequel je travaille et on crée un réseau avec les médecins de ville qui fonctionne bien après on peut aussi se poser la question de l'égalité du coup parce que comme on a un réseau avec certains médecins qui sont des médecins dit gérontophiles qui nous adressent volontiers des patients de ville, forcément comme on a un nombre de lit qui est restreint, on peut se dire qu'il y a une forme d'inégalité vis à vis des autres médecins avec qui on est pas en réseau alors est ce que c'est parce qu'ils sont plus timides, qu'ils viennent de s'installer, qu'on a moins travaillé avec eux, qu'ils n'ont pas fait de DU de gériatrie ou je sais pas quoi mais y a forcément... qui dit réseau dit personne exclue du réseau... et comment arriver à intégrer tout le monde et à garder une égalité d'accès aux soins... ça, ça peut être une limite à ce travail qu'on a avec les médecins généralistes... voilà... j'avais autre chose à dire... mais je ne sais plus je ne me souviens plus

Mmm est-ce que tu as des choses à rajouter ?

... Non je me pose la question de la littérature sur le sujet que je ne connais pas et... voilà!

Entretien N°4

Est-ce que tu peux me décrire en quelques mot ton activité professionnelle ?

Donc moi je suis gériatre en unité aiguë d'un CHU de banlieue parisienne où le recrutement se fait... essentiellement par les urgences... entre 70 et 80% et on a quand même des entrées directes de personnes âgées donc généralement plus de 80 ans dans notre service adressées par les médecins généralistes du coin qui nous connaissent et qui comme ça évitent un passage aux urgences pour certains de leurs patients. Y a aussi une activité de consultation une fois par semaine et... voilà! Notre activité.

Mmm euh comment enfin je connais un peu le fonctionnement mais comment est-ce que vous travaillez dans le service avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée ?

On a la chance d'avoir un hôpital où il y a quand même pas mal de... consultants enfin d'interlocuteurs en fait donc ça se passe relativement bien, on a un peu des référents donc on peut les appeler assez rapidement... euh même les réanimateurs sont assez disponibles malgré notre population très âgée donc ça c'est aussi une chance parce que ça nous permet de pouvoir vraiment discuter avec eux sachant qu'ils ont toujours besoin de notre vision gériatrique pour se dire à quel moment on va pas trop loin et à quel moment... voilà y a toujours ce genre de discussion entre eux et nous et puis le reste des spécialistes bon voilà on a des chirurgiens digestifs, des orthopédistes, des cardiologues, on a pas de pneumologue mais on a toujours des référents téléphoniques sur d'autres hôpitaux donc euh au niveau des spécialistes ça se passe plutôt bien.

Mmm est-ce que tu peux me parler d'une situation, en l'occurrence une situation qui t'a marqué, où tu as reçu un patient en hospitalisation, la façon dont ça s'est déroulé ?

En provenance des urgences ou de l'extérieur peu importe ?

Mmm

Bah y a plusieurs situations c'est à dire que il y a un gros biais des urgences qui... euh... bon c'est fait comme ça avec le système actuel c'est à dire que... quand t'es en ville, que t'es un peu isolé et que tu as une personne âgée... voilà que tu n'as pas vu depuis un moment, qui a pleins de comorbidités, qui a pleins de problèmes et que tu peux pas toi tout seul gérer ça en ville, le biais que tu as c'est que si t'as pas de contact direct en gériatrie c'est de passer par la case des urgences... donc aux urgences le temps de récupérer toutes les informations si la personne est confuse si... voilà t'as pas les coordonnées des enfants tu peux jamais trop savoir.. grosso modo c'est toujours un travail d'enquête quand les personne... c'est plus ou moins facile en fonction des informations qu'on a, de l'entourage qu'on a, soit les numéros, soit des personnes évidemment présentes, mais pour quelqu'un qui est isolé où on a pas du tout d'informations, pas de courrier, pas de traitement, pas d'antécédents c'est parfois très compliqué. Et pareil parfois on a des situations, là j'en ai une c'est pour ça que j'y pense, de personnes qui sont adressées directement par leur médecin généraliste dans notre service donc les médecins qui nous connaissent, qui nous appellent et qui nous envoient les personnes sans qu'elles passent aux urgences donc là on a toutes les informations, les traitements, l'entourage, on a tout ce qu'il faut parce que le médecin nous transmet tout mais on est dans des situations où c'est un peu catastrophique à la maison avec des gros troubles du comportement, sur des démences qui ont pas été spécialement étiquetées donc avec un maintien à domicile qui est complètement difficile donc on est vraiment dans des situations extrêmes en ville où c'est sur que ça ne peut plus du tout tenir comme ça et c'est sur que pour nous bon c'est pas toujours... simple non plus parce que c'est pas parce qu'on est à l'hôpital qu'on peut aussi faire des miracles donc voilà, derrière y a aussi tout un travail avec nos partenaires sociaux, avec les familles, avec tous les tribunaux, les mesures de protection juridiques etc etc donc y a aussi toute une armée avec nous derrière pour faire le travail mais c'est sur que c'est pas toujours... c'est pas toujours évident.

Mmm et du coup quand tu parles des renseignements, de l'enquête que vous devez faire tout ça, ça veut dire concrètement de quelle façon est-ce qu'on vous adresse le patient quand il vient de ville enfin... enfin qu'il vienne de ville et qu'il soit de passage aux urgences ou pas, de quelle façon on vous l'a adressé ?

Généralement on a un minimum d'informations c'est à dire que la plupart du temps y a un courrier du médecin donc on a déjà un premier interlocuteur qui est le médecin traitant qu'on peut appeler parce que sur les ordonnances y a les coordonnées donc déjà nous pour nous, c'est une information qui vaut de l'or parce qu'on a déjà un premier interlocuteur qui si tout va bien est bien son médecin traitant parce que parfois c'est SOS médecins donc là dessus c'est compliqué parce qu'on a pas le nom du médecin traitant etc etc donc au moins avec lui on peut l'appeler... avoir toutes les informations si il a fait un courrier très rapidement parce qu'il a pas eu le temps de reprendre ses trente mille antécédents, ses trente mille traitements, les numéros des personnes de confiance, ses enfants et compagnie... je peux comprendre que dans l'urgence on fait un courrier très rapide et on l'envoie comme ça aux urgences. Mais déjà d'avoir un premier interlocuteur qui est le médecin traitant qui va pouvoir nous informer si on l'appelle, bah des conditions du maintien à domicile, comment ça se passe, justement les antécédents notamment récents et surtout les comorbidités c'est à dire les pathologies toujours actives... si il fait opérer de je ne sais quoi à l'âge de treize ans... voilà on a pas forcément besoin de toutes ces informations là mais... donc généralement y a ce courrier là qui regroupe quand même beaucoup d'informations mais parfois si c'est des personnes isolées et adressées par SOS médecin c'est un peu là dessus où parfois on a du mal à avoir des informations mais la plupart du temps on a quand même un courrier du médecin traitant.

Mmm et... qu'est-ce que tu... enfin qu'est-ce que tu penses du dialogue entre la ville et l'hôpital ?

Il est... trop... incomplet! dirais-je. Il manque cruellement une transmission dans pleins de situations entre la ville et l'hôpital, que ce soit de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville. Moi je... j'essaie de le faire ou déjà aussi de dire à mes internes que systématiquement quand quelqu'un arrive dans le service, on appelle le médecin traitant, ne serait-ce que pour l'informer qu'il est arrivé en gériatrie, pour éventuellement l'informer parce que si c'est lui qu'il l'a envoyé aux urgences il est aussi content d'avoir des informations, savoir quel est le diagnostic qui a déjà été posé aux urgences et savoir où il est. C'est une première chose. Deuxième chose c'est de prendre des informations parce que même si on a déjà quelques informations par-ci par-là, quelques traitements, quelques médicaments, très bien mais nous on veut en savoir encore plus ; les structures d'aides à domicile, auxiliaire de vie, aide ménagère, infirmière tout ça pour nous c'est des informations très importantes. Aux urgences on a pas forcément besoin de récupérer toutes ces informations, on va mettre aides à domicile et grosso modo après c'est en cours d'hospitalisation dans les services qu'ils feront le point. C'est pas aux urgences que tu vas te poser la question si y a suffisamment d'aides à la maison pour la personne. Toi t'es dans la situation urgente, il est déshydraté il est infecté paf tu traites quoi, c'est vraiment ça le plus important. Donc dans la mesure du possible j'essaie de le faire, je suis loin d'être à 100% ça c'est sur, il suffit que j'appelle à un moment donné, le médecin bah soit il est en visite soit il est pas disponible, donc ça veut dire que moi il faut que je pense à rappeler plus tard dans ma journée et puis bon bah voilà c'est... c'est... ça peut très vite passer à l'attrape! Pareil quand ils sortent d'hospitalisation, ils sortent... les patients sortent avec leur compte-rendu donc ça veut dire que ça ne traîne pas pendant des semaines, ils sortent avec pour pouvoir le montrer directement à leur médecin traitant. Le gros biais c'est si ils ont des petits troubles cognitifs ou si ils oublient le compte-rendu bon bah il faut aussi parallèlement qu'on l'envoie au médecin traitant. Donc quand ils sortent, ils sortent avec leur compte-rendu et on essaie aussi, encore une fois dans la mesure du possible, d'appeler les généralistes pour leur dire... monsieur sort, grosso modo voilà ce qu'on a fait, ce qu'on a retenu, les messages importants par exemple on a arrêté l'insuline, on a arrêté les traitements anti-hypertenseurs euh il faut mettre en place... enfin voilà on essaie de donner les messages vraiment les plus importants. Généralement ils sont ravis d'avoir ce genre d'informations, parce que comme ça ils sont au courant, ils savent qu'il faut retourner voir le patient quelques jours plus tard après la sortie d'hospitalisation et euh ils se sentent quand même... enfin je vais dire dans la confiance mais c'est pas du tout le terme que je veux employer! mais ils se sentent impliqué dans ce qu'on a fait ; parce la plupart du temps c'est « ah bah j'ai été hospitalisé » « qu'est ce qu'il s'est passé » et le médecin traitant il se sent un peu délaissé à se dire bon bah à l'hôpital ils ont fait des trucs, comme d'habitude on va avoir le compte-rendu dans 3 semaines, comme d'habitude j'ai pas les infos donc y a un cruel manque de transmissions et de communication entre les deux, ça c'est sur dans les deux cas ; y a maintenant des choses qui se mettent en place, on a élaboré une fiche de sortie à l'hôpital qui complète en fait le compte-rendu d'hospitalisation qui n'est pas uniquement médicale donc on a fait cette fiche de sortie pour pouvoir transmettre des informations à tous les para-médicaux qui gravitent autour du patient ; c'est à dire qu'une infirmière, une auxiliaire de vie, qu'un kinésithérapeute qui va arriver à la maison, bah il sait pas du tout ce qu'il s'est passé pendant l'hospitalisation. Le compte-rendu est médical, il est envoyé au médecin traitant, éventuellement on le donne au patient et le patient est libre de le montrer à qui il veut mais il va pas forcément y penser. Donc on a fait cette fiche où chaque soignant a sa petite case à remplir ; donc notamment voilà pour l'auxiliaire de vie, est ce qu'il y a une texture adaptée, est ce qu'il fait des fausses routes, est ce qu'il faut le stimuler à boire, est ce qu'il faut être deux pour l'aider à la toilette ou est ce qu'il est finalement juste avec une aide partielle au lavabo... bah tout ça finalement c'est des informations importantes. En cours d'hospitalisation, la personne elle a pu perdre un peu d'autonomie, être un peu plus fatiguée, et autant on pouvait être une aide pour l'aider et maintenant il faut être deux. Bah tout ça c'est des informations importantes. Les kinésithérapeutes pareil, on a la chance d'avoir une super équipe de kiné chez nous donc ils font tout un petit speech avec... pleins d'informations pour savoir quoi

travailler et ce que le patient est capable de faire. Y a une case aussi pour le pharmacien, savoir si il y a des médicaments à risque. et ce qu'on essaie de faire aussi c'est de noter sur l'ordonnance qu'on leur donne à la sortie d'hospitalisation les médicaments qu'on a arrêté pour pas que... on sait très bien que... les personnes âgées ont plusieurs médecins, plusieurs ordonnances ; il suffit qu'ils sortent avec l'ordonnance de l'hôpital et puis ils vont se tromper ils vont prendre leur ancienne ordonnance pour aller à la pharmacie, ça fait des confusions. Donc moi j'essaie de noter sur l'ordonnance les médicaments actuels et ceux... notamment les anti-diabétiques oraux, l'insuline, les anti-hypertenseurs, les psychotropes, qu'on a arrêté, pour que le pharmacien aussi ait cette information et se dire c'est pas une erreur si le médicament que j'ai délivré la dernière fois n'est plus sur l'ordonnance, ça a été vraiment arrêté. Donc là dessus y a pas mal d'idées qui cheminent un peu pour essayer de mettre en place des espèces de... personnes... des infirmiers, des pharmaciens de coordination, de sortie, qui permettent vraiment de faire la transition entre la sortie de l'hôpital et l'arrivée à la maison. Mais ça voilà il faut... on en est pas encore là.

Mmm trop bien! Et alors est-ce que, enfin c'est toujours un peu conflictuel la ville et l'hôpital, est-ce qu'il y a une situation conflictuelle qui te revient en tête... par rapport à une situation où on t'a adressé quelqu'un et où ça a été conflictuel ?

J'ai pas... J'ai pas souvenir parce qu'on arrive la plupart du temps même si parfois faut persévérer, on arrive toujours à avoir un interlocuteur de ville. Donc... en tout cas moi de mon côté j'essaie de prendre le temps d'appeler pour avoir les infos dont j'ai besoin... après de l'autre côté il faudrait demander aux généralistes à qui j'ai envoyé des patients si ils sont contents de la façon dont ils ont reçu les informations... et là dessus je ne suis pas persuadée qu'on soit optimum, loin de là...

Mmm et qu'est-ce que vous aimeriez avoir dans une lettre ?

Bah déjà le médecin traitant, qui est quand même la pierre angulaire de tout... parce qu'il a vraiment un rôle de coordinateur avec tous les spécialistes, les médicaments, les antécédents, vraiment l'histoire médicale ; toute l'histoire para médicale donc les aides en place, tout ce qui est environnemental et familial donc l'entourage et la personne de confiance donc éventuellement... c'est... dans un courrier c'est compliqué de tout noter, c'est sûr que si tu notes la personne de confiance qui est... je sais pas son épouse, sa fille, avec le numéro de téléphone ; t'as pas toujours le temps quand tu fais un courrier en urgence pour adresser la personne de reprendre toutes ces informations, toi de regarder dans ton dossier. Si on peut le faire tant mieux comme ça nous ça nous permet déjà d'avoir ces informations ; la plupart du temps quand y a une personne de confiance elle vient aux urgences avec le patient donc là dessus c'est plutôt bien... les principaux antécédents bah les comorbidités donc ce qui est vraiment actif et qui peut forcément nous, être intéressant à savoir, qui peut interférer ; les médicaments, surtout les plus importants on va dire, l'homéopathie c'est pas très grave et... oui éventuellement quelques informations... c'est compliqué de tout mettre dans un courrier, moi je pense que ça sert à rien de faire des courriers de 50 pages, je pense qu'un courrier d'une page avec le motif principal, les coordonnées bah bien sûr du médecin traitant ; si c'est SOS médecin si il peut grappiller l'info si il trouve une ordonnance, soit de la mettre avec soit de noter le médecin traitant comme ça nous déjà, ça nous permet de le savoir ; les référents, le traitement, les principales comorbidités et le reste je pense que ça sert à rien de faire un courrier trop long, parce que c'est trop long à écrire et puis pour les urgentistes c'est trop long à lire aussi quoi; Il faut essayer d'être le plus concis possible et efficace mais nous une fois que les patients sont on va dire stabilisés et sont en salle, que nous on ait quand même certains moyens de récupérer les informations, le médecin traitant surtout et la famille.

Mmm et euh du coup c'est forcément un peu redondant mais dans l'idée ce serait quoi pour vous une lettre idéale ?

... Bah... ce que j'ai un peu dit quoi c'est à dire une lettre qui soit pas trop longue, relativement précise et concise, avec vraiment les éléments fondamentaux donc pour nous les personnes, les interlocuteurs donc la ville avec le médecin traitant et la famille ; si c'est quelqu'un qui est marié bah c'est bon à savoir ; si c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs qui va dire qu'il est marié alors qu'en fait il est veuf ou veuve et qu'en fait c'est ses enfants qui sont personnes de confiance bah pourquoi pas le noter. Ou au contraire si c'est quelqu'un qui est isolé bah c'est bien de le mettre aussi ; soit qui a pas d'enfant soit qui n'a plus de contact avec sa famille ça c'est aussi important de le mettre. Éventuellement les conditions de vie à la maison, savoir si c'est quelqu'un qui a pleins d'aides, qui est entouré et le maintien à domicile se passera bien ; ou au contraire si c'est quelqu'un... bah notamment je pense à la dame que j'ai reçu là, c'est la grosse catastrophe on sait très bien que le retour, le projet de vie sera complètement à réévaluer en cours d'hospitalisation ; euh... les principales comorbidités, pas la peine de faire un listing je pense des cinquante milliards d'antécédents... ça fait perdre du temps finalement à tout le monde et au médecin généraliste qui écrit la lettre et au médecin urgentiste qui va prendre le temps de lire tout ça ; nous après on peut récupérer ces informations dans un second temps c'est pas ça le plus urgent. Voilà donc le motif précis avec effectivement les constantes, ce que lui a remarqué pendant son examen et ce pourquoi il l'adresse aux urgences en fait.

Mmm... qu'est-ce que tu penserais d'un éventuel courrier type ?

Finalement les médecins qui nous adressent des patients font déjà des courriers type puisque la plupart du temps on a à peu près ce que je te dis, on a vraiment des lettres assez succinctes sur le motif principales, les symptômes, les constantes et ce que eux ont remarqué pendant leur examen et la raison pour laquelle ils l'adressent en hospitalisation aux urgences... pourquoi pas, pourquoi pas mais après faut voir si... pour les médecins généralistes parce que c'est surtout eux qui vont le remplir... est-ce que pour eux ce sera pas trop compliqué, mais d'un autre côté ça leur permet d'avoir une trame, ils ont plus qu'à remplir les trous et à penser « tiens oui c'est vrai il faut que je mette les traitements » pourquoi pas, mais je pense que... moi honnêtement euh... ils ont... en tout cas nous les médecins généralistes du coin qui nous envoient à l'hôpital là où on est, ils ont pris le pli et c'est, c'est globalement intéressant ce qu'ils nous envoient, il manque toujours des petites choses mais on les appelle! Mais pourquoi pas... faut leur demander!

... Et ce sujet de recherche, qu'est-ce que ça t'inspire ?

Moi je trouve que c'est intéressant parce que ça met le doigt sur une problématique qu'on connaît, dans laquelle on est en plein dedans, c'est à dire le fameux manque d'informations, de transmission et de coordination entre la ville et l'hôpital ; donc faire ce travail là en amont de l'hospitalisation... euh... je pense que c'est nécessaire... même si comme je te dis on arrive généralement à avoir des infos, c'est pas toujours facile mais on va dire dans 70% des cas on y arrive assez bien... 80% des cas peut être... à vue de nez... maintenant... il faudra aussi... y a pleins de travaux hein qui sont lancés... nous avec notre fiche de liaison bon... le premier retour qu'on a eu, les gens étaient plutôt contents surtout les « non-médicaux », c'est à dire toutes les sociétés d'auxiliaire de vie, enfin d'aide à la personne qui interviennent et qui sont là au quotidien avec la personne ; je veux dire savoir si ils ont des troubles de déglutition c'est juste mais primordial qu'ils le sachent quoi... est ce qu'il marche tout seul, est ce que... enfin voilà quoi... c'est vraiment des informations qui... c'est au delà du diagnostic médical qu'on aura pu poser ; donc les premiers retours qu'on a eu c'est plutôt pas mal maintenant nous bah voilà... l'organi-

sation... il faut un peu soit courir après les gens soit trouver une personne qui va être en charge de courir après chaque soignant pour qu'il remplisse sa fiche... c'est pas toujours... c'est pas toujours facile! mais bon enfin voilà y a pleins d'idées donc c'est des choses qu'il faut creuser... voilà y a le dossier médical unique pour que ce soit accessible également que ce soit en ville ou à l'hôpital et qu'on ait accès à pleins d'informations ; donc moi je pense que c'est très intéressant...

Mmm est-ce que tu as des choses à rajouter ou à me conseiller ?

Bah euh... moi je pense surtout c'est... de confronter le point de vue d'un hospitalier à des médecins libéraux, des généralistes de ville parce que ils vont pas forcément tous avoir la même expérience, le même avis... même si globalement l'avis ça va être que l'hôpital ils ont pas les informations en temps et en heure... que eux ils ont les messageries sécurisées avec Apicrypt et que nous c'est vrai on a pas encore pris... recensé on va dire toutes ces adresses là pour pouvoir leur envoyer euh... j'ai envie de dire, le patient sort, limite le généraliste a déjà le compte-rendu sur sa messagerie quoi... ce serait... mais bon c'est pareil c'est toujours un petit peu compliqué de changer les habitudes dans les administrations n'est ce pas! Mais oui je pense qu'il faut que tu continues, que t'essayes toi d'avancer dans ta réflexion, d'approfondir les choses parce que c'est bien beau de faire une lettre type mais... peut être voir derrière en fonction des différents entretiens que t'auras passé, pas forcément avec moi hospitalière mais avec les médecins libéraux, si eux aussi ont des idées... parce que je veux dire nous c'est bien beau à l'hôpital on essaie de réfléchir, de faire notre petite fiche, des petits trucs, mais peut être que eux ils ont d'autres idées qui... finalement nous on y pense pas parce que c'est pas notre quotidien, nous on est à l'hôpital et voilà... donc c'est aussi là-dessus c'est d'essayer d'élaborer des stratégies ; d'aller encore plus loin en fait...

Mmm et je rebondis un peu sur quelque chose qui me vient en tête ; qu'est-ce que tu penses des compte-rendus d'hospitalisation que nous on fait à l'hôpital et qu'on adresse aux médecins généralistes ? enfin c'est difficile pour toi d'y répondre puisque tu n'es pas en ville mais...

J'ai été en ville!

Oui...

Alors je suis passée dans différents services où on faisait des comptes-rendus de six, sept pages... alors déjà en tant qu'interne c'était juste super chiant de te taper un compte-rendu de six sept pages ; en tant que chef c'était hyper chiant d'avoir à relire un compte-rendu de six sept pages et en tant que médecin généraliste tu ne lisais pas un courrier de six sept pages... enfin grosso modo tu n'as pas le temps. Enfin je veux dire l'examen clinique d'entrée, la bio, le machin enfin c'est bon... grosso modo tu vas voir la conclusion. Enfin que celui qui lit les sept pages me dise comment il fait parce que moi le peu où j'ai été en ville, tu parcours comme ça brièvement mais tu vas à la conclusion. Donc là dans le service où nous sommes ça me va beaucoup mieux parce qu'on essaie de faire des comptes-rendus très succincts où on notifie les principaux antécédents, les traitements à l'entrée, les traitements à la sortie avec les modifications qui ont été faites et pourquoi... parce que généralement les traitements d'entrée et de sortie ne correspondent jamais mais t'as pas trop d'explications donc nous on a rajouté un paragraphe où on explique les modifications, les arrêts, les ajouts et pourquoi... et ensuite les différents problèmes pris en charge dans le service c'est à dire qu'on essaie vraiment de... noter dans le titre de chaque paragraphe, l'idée principale c'est à dire qu'après le médecin il va lire que ce qui est écrit en gras et il aura... grosso modo toute l'idée de ce qui s'est passé. Après dans le paragraphe on détaille un peu avec les

différents examens mais grosso modo on essaie de faire passer les messages les plus importants à notre... selon nous de l'hospitalisation en cours, vraiment le plus succinctement possible, le plus lisible possible donc grosso modo nos comptes-rendus font entre deux et trois pages... après c'est pareil il faut qu'on ait le retour des médecins généralistes pour voir si la façon de faire leur va... et une autre chose aussi c'est qu'il y a des travaux qui sont en train d'être faits à la HAS pour sortir un compte-rendu, une trame de compte-rendu d'hospitalisation type... donc j'ai pas vraiment participer aux travaux mais de ce que j'en ai vu y a des choses qui sont très bien et y a des choses qui sont pas bien, en tout cas nous qui ne nous correspondent pas dans notre façon de faire ici parce que ça va nous rajouter des pages et des pages qui... enfin à mon sens c'est pas forcément obligatoire ; enfin voilà tu remets un tableau avec toutes les aides à l'entrée, les aides à la sortie, bon pourquoi pas un tableau c'est visuel c'est ludique mais ça te rajoute forcément des pages de compte-rendu... voir enfin... y a pleins de petites choses qui sont rajoutées et je pense que si, si c'est à bon escient c'est à dire si y a vraiment des choses, par exemple des rendez-vous médicaux qui sont prévus à l'hôpital ou des choses comme ça tu notifies mais c'est pas la peine de faire un compte-rendu type où t'as plus qu'à remplir les trous sinon on va encore une fois se sortir des comptes-rendus de sept pages et franchement enfin, tu demanderas aux généralistes confirmation mais moi de ma petite expérience en ville, sept pages tu ne lis que la conclusion. donc....

Mmm... t'as rien d'autre à ajouter ?

Non!

Entretien N°5

Du coup on se connaît un peu mais est-ce que vous pouvez me décrire en quelques mots votre activité professionnelle ?

Mon activité professionnelle elle est... donc médecin dans un service d'urgences... médico chirurgicales ; et donc on est un site un peu aspécifique dans le sens où on a trois secteurs de travail qui sont l'accueil des urgences, l'UHCD et l'hospitalisation. Dans pleins d'autres services d'urgences il n'y a que deux sites où on prend en charge les patients, en général c'est les urgences, l'accueil et puis... l'UHCD. Donc on a trois sites ce qui permet en fait de ne pas avoir de gros problèmes pour hospitaliser les patients... on a toujours de la place. Donc on a rarement des patients dans les couloirs sauf en cas de grosse épidémie hivernale, ou de fermeture de lits dans l'hôpital, en été quand il y a des petites surchauffes estivales. Donc ça c'est... et puis ce qu'on fait c'est l'accueil du malade qu'il soit médical ou chirurgical... euh... en attente d'examen complémentaires, on les met à l'UHCD ; pathologie simple qui nécessite 24 heures d'hospitalisation, UHCD ; pathologies plus compliquées où on sait que les patients ne vont pas pouvoir rentrer à la maison tout de suite, directement dans les lits d'hospitalisation des urgences ; voilà et puis sinon les urgences globalement conventionnelles avec une population de personnes âgées de plus de 80 ans assez importante puisque le bassin de vie dans lequel nous sommes est un bassin de vie âgé avec pleins de maisons de retraite ; donc petit hôpital, petite structure mais assez dynamique ; le passage chez nous c'est trente mille passages par an hors gynécologie et pédiatrie... et... voilà c'est une petite structure mais avec un fort taux d'hospitalisation, un des plus forts de l'assistance publique ; c'est le premier ou le deuxième avec Ambroise Paré, on hospitalise 30% des malades... en règle générale l'assistance publique c'est 15% ; Tout ça parce que le bassin de vie est un bassin de vie âgé avec pleins de maisons de retraite voilà...

Mmm ah je savais pas que c'était autant... enfin je me doutais vu la population mais quand même! Et du coup à ce propos comment est-ce que vous travaillez avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée ?

Bah c'est très simple, c'est très simple parce que le service de gériatrie d'ici est très cadré. On fait appel à eux essentiellement pour les personnes âgées qui sont hospitalisées dans le secteur d'hospitalisation... et... donc la gériatrie fonctionne bien dans le sens où ils ont une infirmière dédiée pour venir aux urgences et aller voir les malades... c'est l'équipe mobile de gériatrie. Et donc l'infirmière dédiée passe tous les matins pour dire « j'ai des lits ou j'ai pas de lit », elle arrive à 9H00 ; donc après elle voit tous les malades qu'on lui propose et elle en parle à son référent médecin qui accepte en règle générale ; « j'ai 5 lits je prends 5 malades » ; sauf exception mais enfin en général y a pas de refus quoi... ça se passe plutôt bien ; et si ils ne passent pas c'est qu'ils n'ont pas de lit. Et donc on se débrouille! voilà c'est très simple hein. Et si on a besoin d'un avis très spécialisé aigu... à l'accueil c'est globalement assez rare parce que globalement c'est quoi la pathologie de la personne âgée aux urgences c'est soit la chute, soit des problèmes métaboliques, soit c'est neurologique, un accident vasculaire cérébral, ce que globalement tout urgentiste peut prendre en charge à l'accueil... donc c'est... on va dire que l'accueil... globalement ce dont on a besoin nous, c'est des lits plus que l'avis je pense... l'avis... après y a des spécificités gériatriques mais ça se fait en hospitalisation. Voilà... quand il y a des pathologies un peu plus lourdes comme de la géronto-cancérologie, c'est très spécialisé, on fait à ce moment là appel à eux et ils feront appel à d'autres spécialistes. Mais ça fonctionne très bien!

Mmm est-ce que vous pourriez me parler d'une situation où vous avez donc reçu une personne âgée, la façon dont ça s'est passé, dont on vous l'a adressée au SAU ?

C'est très variable, c'est très variable... alors tout dépend le cas de figure du transfert aux urgences... soit c'est une pathologie aiguë, le médecin généraliste peut l'adresser aux urgences avec une petite lettre en disant voilà « cette personne vit à la maison, tout se passe bien, y a un problème neurologique, infectieux ou autre, je vous l'adresse pour faire le point » ça c'est un cas de figure... soit c'est un autre cas de figure du médecin de la personne qui est en maison de retraite et... la nuit, en fin d'après-midi, y a très peu de lettres du médecin, en général c'est l'infirmier de la maison de retraite qui... sur une feuille un peu type décrit la situation et conclut en accord avec le médecin par téléphone de nous l'adresser aux urgences ; très souvent les patients de maisons de retraite ne sont pas spécialement vus par les médecins généralistes et c'est des lettres type de maisons de retraite avec la signature de l'infirmier qui nous envoie le patient... avec toute la paperasse informatique de quinze ans si la personne est là depuis quinze ans donc euh... c'est pas quelque chose de très... c'est pas concis... à ce moment là c'est beaucoup de papiers pour rien. Le médecin n'étant pas là pour faire un résumé de la situation, on perd pas mal de temps aux urgences. Et puis alors après y a la personne âgée qui a fait son malaise dans la rue, amenée aux urgences par les pompiers auquel cas évidemment on a pas de lettre de médecin traitant... c'est globalement les trois modes de venue aux urgences hein, soit c'est la personne adressée par le médecin généraliste qui fait une lettre explicative de la personne qui vit à domicile et qui raconte le problème aigu, la maison de retraite j'ai l'impression qu'il n'y a besoin que d'un apport téléphonique par le médecin référent ou coordinateur et... il l'envoie aux urgences et alors le cas dans la rue...

Mmm et alors du coup qu'est-ce que vous pensez du dialogue entre la ville et l'hôpital ?

Moi je pense, le dialogue, je pense qu'il n'y en a plus ou très peu... rares sont les médecins généralistes qui téléphonent en disant voilà « j'ai un problème avec telle personne est-ce que vous pouvez le prendre en charge »

c'est rarissime ; je peux pas donner un pourcentage, je peux pas mais c'est rarissime on doit avoir deux appels téléphoniques par jour de médecins généralistes qui appellent en disant « je vais vous envoyer monsieur ou madame untel pour tel soucis »... non très peu. Alors dire qu'ils sont mauvais, non mais euh... je pense que les urgences c'est devenu tellement l'endroit où on fait le bilan que les médecins généralistes ne passent plus de coup de fil pour nous dire « je vous adresse tel malade » c'est sur... donc on va dire que le dialogue n'est pas si mauvais que ça, si ils nous adressent le malade on l'accepte avec grand plaisir, mais c'est rare qu'ils nous appellent. j'ai pas de pourcentage... il faudrait faire, savoir si... je sais pas le pourcentage ça n'a jamais été fait je crois...

Mais parce que quand vous dites ça... comment est ce que c'était avant ?

Ça a toujours été pareil ; la relation... on se connaît pas, on se connaît très peu... non je pense pas qu'il soit ni meilleur ni pire je pense que c'est globalement pareil... il est pas mauvais le dialogue, quand ils nous appellent, mais on les connaît pas les médecins généralistes, SOS médecin il se prend pas la tête hein il envoie aux urgences et puis voilà ils nous appellent pas ; ça c'est aussi les médecins de ville SOS médecin ; y a quand même pas mal de recours à SOS médecin notamment la nuit parce que les médecins généralistes ne font plus de garde... le plus simple c'est SOS médecin, mais SOS médecin il envoie aux urgences!

Mmm et quand vous parlez de SOS médecin, est-ce qu'il y a quand même une façon de communiquer avec vous ?

Ils font une lettre ; le moyen de communication de SOS médecin c'est la lettre. Rien d'autre. Non c'est rarissime que quelqu'un appelle pour prévenir qu'il envoie quelqu'un ; ça arrive mais une fois dans la journée, ou deux. Mais pas plus.

Mmm et est-ce que vous vous rappelez d'une situation conflictuelle lorsqu'on vous a adressé quelqu'un aux urgences ?

Quel genre de conflit ? Je veux dire on est pas d'accord pour que le patient vienne ou...

Non dans la façon dont on vous l'a adressé...

Je pense que là où on a vraiment des gros soucis c'est les personnes âgées dont le maintien à domicile est compliqué, les gens qui sont sous curatelle ou ce genre de choses, euh... et... les médecins de ville profitent d'une situation aiguë pour l'envoyer à l'hôpital et de nous dire on ne peut plus le garder en ville... et on se rend compte parfois que rien n'est fait sur le plan social et notamment les démarches de maison de retraite ou ce genre de chose. C'est là où ça peut être des fois le plus compliqué. Mais d'un autre côté, moi je ne connais pas suffisamment bien la ville, est ce que c'est simple à organiser ou autre, j'en sais rien. Mais on a quand même pas mal de situations de ce style, où des personnes un peu psychiatriques, déments ou autre, qui ne veulent absolument pas être à l'hôpital, qui vivent reclus dans leur monde et... à ce moment là ils en ont profité et vont dire « on ne le reprend plus à la maison »... le passage aux urgences permet ce genre de choses parfois... et ça c'est fréquent...

Mmm

Et l'assistante sociale me disait euh... « cette ville là est connue pour ne pas faire son job complètement » mais ça c'est les services médico-sociaux associés... ça ne semble pas être étonnant...

Mmm et du coup toujours dans la communication entre ville et hôpital, qu'est-ce que vous aimeriez avoir dans une lettre quand on vous adresse une personne âgée aux urgences ?

SOS médecin ne connaît pas toujours tout donc c'est difficile... quand les lettres sont faites je trouve que... non moi j'aime bien connaître les dates... d'intervention chirurgicale, depuis quand les gens sont malades, d'hypertension artérielle, depuis quand ils sont diabétiques, euh... y a un peu d'imprécision quant aux antécédents et aux posologies des médicaments parfois... mais bon... après ça dépend des médecins généralistes, y a des médecins généralistes, on sait que leurs lettres sont parfaites et d'autres, c'est laconique et puis... voilà parce qu'il faut aller vite... quand elles sont faites elles sont bien faites ; c'est soit tout l'un soit tout l'autre..

Et quand vous dites qu'elles sont bien faites, est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Bah ça veut dire que... y a les antécédents, les dates d'interventions chirurgicales, y a le mode de vie, l'état neurologique, l'état de dépendance... On connaît peut être pas suffisamment l'état de dépendance des patients, je pense que c'est ça, surtout les patients de ville, on connaît pas toujours leur état de dépendance, voilà, ça manque peut être dans les lettres... enfin bon en général on sait si ils sont veufs ou pas veufs, si ils ont du monde autour d'eux, mais... voilà on connaît pas bien leur dépendance c'est surtout ça... je pense... qu'est-ce qu'on pourrait rajouter... les auxiliaires de vie tout est marqué ; non quand elles sont faites, c'est plutôt pas trop mal fait. Mais y a des médecins généralistes, quand on lit la lettre, on sait que la lettre sera soit très bien faite, soit très moyenne...

Et donc quand vous dites quand elles sont faites, c'est ça que vous voulez dire ?

Oui... il faut que tout soit... enfin tout est bien fait ; dépendance, mode de vie, seul ou pas seul, aides, les antécédents, les médicaments, enfin bref une observation quoi. Nous on leur renvoie des comptes-rendus d'hospitalisation avec en règle générale tout quoi, donc on aimerait avoir tout aussi au début... ce qui éviterait... mais c'est pas toujours facile hein, le médecin généraliste, il n'est pas là 24h sur 24, il a ses visites, il fait des choses... et voilà il a pas toujours les dossiers sous la main, y en a qui sont encore au papier, ils ont peut être pas tout sur leur ordinateur portable, quand ils sont au domicile du patient etc... en général ils se souviennent bien de leurs malades hein les médecins généralistes ; quand on les appellent des fois comme ça à brûle pourpoint « ah oui madame machin monsieur bidule il a tel et tel médicament »... ce qui peut manquer c'est les résultats des examens complémentaires, y a toujours des choses qui manquent, nous aussi quand on leur renvoie un courrier... mais globalement ça se passe bien et si il nous manque quelque chose on les appellent. Ça n'a pas beaucoup changé par rapport à... quand moi j'ai commencé...

Mmm et du coup je vais vous poser une question un peu redondante mais pour vous ce serait quoi une lettre idéale ?

Comme une observation médicale hospitalière, « je vous adresse monsieur ou madame machin pour tel problème. Ses antécédents c'est ça, son traitement c'est ça, son mode de vie c'est ça ; sa dépendance c'est ça, GIR un-tel, leur qualité de vie, taudis ou pas, luxe ou pas enfin j'exagère un peu mais tu vois, les médecins généralistes savent comment vivent leurs patients, l'examen clinique c'est ça, on leur demande pas des hypothèses

diagnostiques, si ils l'envoient c'est qu'ils ont des idées on va pas les prendre pour des étudiants mais voilà peut être il y a telle ou telle chose et puis... de dire d'une façon parfois un peu plus franche « le maintien à domicile n'est plus possible » ; je pense qu'il ne faut pas faire, masquer les choses parce que les décisions d'hospitalisation en SSR pour les patients, on les prend dès l'arrivée aux urgences et donc le médecin traitant doit pouvoir nous aiguiller rapidement, il doit dire tout de suite « voilà c'est plus possible à la maison » et pas de trouver une phrase compliquée en disant « un bilan pourrait être nécessaire avant d'envisager un retour à la maison mais qui semble être difficile parce que telle chose telle chose » non il faut être plus franc ; parce qu'on le voit tout de suite ou rapidement donc voilà faut être plus franc. Une lettre type c'est... on a pas besoin de mettre quarante huit mots hein, faut mettre des mots clés, c'est « vient pour dyspnée, ses antécédents c'est ça etc » ; moi je pense, vu les modèles informatiques qu'il y a maintenant qu'il faut faire un modèle informatique et puis on remplit les cases et puis voilà, faut faire simple... non ?

Mmm! du coup là vous répondez un peu à ma prochaine question, vous penseriez quoi d'un éventuel courrier type ?

On est à l'heure de l'informatique et à l'heure de l'informatique les médecins généralistes ils devraient avoir tous ça ; donc il faut faire un truc type ; nous on a un truc type aux urgences pour les courriers de sortie bon on fait un peu de manuel mais on a un truc type. Le patient il vient pour ça, ça, ça, ses antécédents c'est ça, on rajoute etc, dépendance on met des croix ; pas besoin de quelque chose de très grand pour une lettre type... voilà

Mmm et qu'est-ce que ça vous inspire ce sujet de recherche ?

Un, je trouve que c'est toujours bien d'essayer de faire un lien positif entre la ville et l'hôpital parce qu'on a toujours l'impression qu'il y a des tensions entre la ville et l'hôpital ; donc tu connais mon âge, moi déjà quand j'étais interne y avait des tensions entre la ville et l'hôpital ; ça n'a pas changé, c'est toujours la même chose... et je trouve que c'est bien de motiver peut-être cette jeune génération de médecins généralistes et les plus anciens pour faire un truc type ; les comptes-rendus sont typés, on sait ce qu'on fait, sur les comptes-rendus d'hospitalisation de sortie généralement on met toujours la même chose, je trouve qu'en ville ça devrait être pareil et ça devrait être systématique ; puisque l'hôpital envoie de façon systématique un compte-rendu d'hospitalisation, le médecin généraliste qui nous envoie un malade doit nous envoyer le même genre de courrier. C'est logique et le fait d'avoir un truc type ça facilite... et puis ça évite de perdre du temps quand on a toutes les informations, de téléphoner, le médecin n'est pas là, c'est sa remplaçante, etc donc on perd beaucoup de temps à téléphoner ; je trouve qu'aux urgences on perd beaucoup de temps avec ce genre de choses ; voilà...

Mmm est-ce que vous avez des choses à ajouter ou à me conseiller ?

Je pense qu'il faut que je regarde si j'ai pas quelque chose sur ton sujet qu'on a écrit il y a des années...non c'était les consultants urgents adressés par un médecin de ville. mais peut-être que tu peux regarder ça date de 1993. Épidémiologie et concordance diagnostique. Mais une lettre type il faut bien la penser c'est pas toujours facile, tu peux t'inspirer de modèle de lettre type qu'on fait nous de retour à domicile... je te passe un exemplaire si tu veux...

Mmm oui oui je veux bien

Je pense qu'il faut toujours avoir un espace de texte libre pour pouvoir synthétiser ; il faut pas que ce soit tout typé ; il faut pouvoir raisonner en fait.

Mmm

(me remet le modèle imprimé) C'est notre lettre type, c'est le motif d'hospitalisation, les examens cliniques et l'évolution, la thérapeutique et quand on a un canevas comme ça, je trouve qu'on oublie moins les choses ; après c'est à adapter à la personne âgée, l'autonomie, le mode de vie, après est ce qu'il faut tout détailler j'en sais rien mais... le cadre de vie je pense que les médecins généralistes devraient nous expliquer plus le cadre de vie... c'est important ; famille ou pas, présents ou pas mais bon ils ne peuvent pas non plus tout savoir ; mais... le cadre de vie, la dépendance, ça si le médecin de ville ne nous le dit pas, nous on ne peut pas le deviner. Je pense que les informations qu'ils nous donnent doivent nous permettre de faire la meilleure prise en charge possible et nous permet aussi de leur renvoyer par la suite le compte-rendu d'hospitalisation ; et de diminuer les pertes de temps ; eux perdent leur temps, nous on perd du temps ; alors après je ne sais pas quels sont les modèles informatiques futurs, parce que le dossier médical visible pour tout le monde on y est pas encore ; l'élément fondamental finalement c'est d'avoir une synthèse et il faut que la lettre du médecin traitant soit une synthèse de la vie médicale du patient qu'il nous adresse ; voilà.

Vous n'avez rien d'autre à ajouter ?

Non c'est intéressant! Je pense qu'il faut des fichiers communs entre la ville et l'hôpital. Quand tu vois que t'as pleins de choses qui se font même entre le patient son médecin généraliste juste par le smart-phone, iPhone, le truc, le bidule et nous on est pas capable de communiquer entre la ville et l'hôpital... il faut trouver la connexion et la connexion c'est le fichier commun...

Mmm ok merci beaucoup

Entretien N°6

Alors une première question un peu globale, est-ce que vous pourriez me décrire votre activité professionnelle ?

Ah elle est double ; elle est libérale ici au cabinet et puis hospitalière à Versailles en endocrinologie ; je suis PH en endocrinologie à 20%, une journée par semaine ; parce que j'ai été chef de clinique là bas... en ville médecine générale vraiment classique, bah un peu orientée endocrino-diabéto forcément mais non de 0 à 104 ans ; et... je fais plus de visite à domicile j'ai pas le temps et... qu'est ce que je fais de plus en ville... bah de tout, de tout oui, sans restriction sauf de la gynéco ça me gonfle! Mais sinon le reste ça va ; et pédiatrie aussi c'est un peu chiant... mais le reste d'un classicisme outrancier! ça c'est pour l'activité professionnelle pure et sinon oui je fais encore des gardes au SAMU mais je dois en faire une par mois simplement pour combler la liste de gardes c'est tout ; ça répond à peu près... non après y a rien de spécifique dans mon activité je fais pas plus de vieux que de jeunes il faudrait que je regarde mais... ça doit se répartir sur la population de façon à peu près homogène entre 0 et 104 ans!

Formidable, 104 ans! Et comment est-ce que vous travaillez avec les spécialistes quand il s'agit d'une personne âgée ?

Euh... en terme de communication ?

Mmm

... Avec les spécialistes de ville on communique énormément par courrier électronique ; euh... ou par téléphone, on a tous le téléphone portable, à Boulogne on se connaît tous en fait donc on se téléphone, si on a vraiment une question on se téléphone, soit un email parce que voilà ; l'exemple c'est un ECG que j'aurais un doute que j'ai fait ici, je le mail au cardiologue qui dans la minute me rappelle... euh...sinon après quand on a besoin d'adresser une personne âgée à un spécialiste on lui fait un joli petit courrier expliquant les tenants et les aboutissants ; en gros y en a jamais qui se baladent sans avoir été recommandés de façon écrite, quelque soit la manière dont c'est écrit, que ce soit en ville ou à l'hôpital d'ailleurs... surtout à l'hôpital d'ailleurs... quoique l'hôpital comme on a pas souvent de retour... on leur donne la monnaie de leur pièce...

Mmm est-ce que vous pourriez me parler d'une situation qui vous a marqué lorsque vous avez adressé un patient aux urgences, la façon dont vous l'avez adressé ?

Euh... bah le dernier en date c'était hier... suspicion d'embolie pulmonaire qui s'est révélée en être une, j'ai fait un petit courrier, j'ai décroché le téléphone pour être certain que l'urgentiste le laisse pas végéter dans la salle d'attente avec 6000 de D-Dimères ; et voilà... grosso modo, j'essaie de pas trop déranger les collègues par téléphone, ils ont systématiquement un courrier ou un fax, si les gens m'appellent et me disent ça va pas, je faxe un truc directement aux urgences en appelant le sénior des urgences pour lui signaler que y a quelqu'un qui va arriver... dans tous les cas quand c'est moi qui les adresse, ils n'arrivent jamais sans avoir un mot écrit de ma part encore une fois quel qu'en soit le moyen ; mais ils ont toujours un mot... euh.. je sais que y a beaucoup de collègues du coin, ils s'emmerdent même plus à faire un mot ou appeler parce qu'ils se font envoyer chier, moi ils me connaissent alors ils m'envoient pas trop chier mais c'est vrai qu'on a souvent des réponses des urgentistes qui sont pas tout à fait satisfaisantes et on évite...en particulier pour les personnes âgées de passer par les urgences, on appelle directement dans les services pour que les patients soient pris directement dans les services et c'est ce qui fait dans 80% des cas, c'est rarissime que moi j'envoie directement aux urgences ; en général on débrouille le terrain on a plus vite fait de faire un diagnostic d'embolie pulmonaire en ville qu'aux urgences hein, on l'angioscan dans la demi-heure, ce qui est pas le cas aux urgences ; et après si on peut pas s'en sortir on les envoie aux urgences ou alors un vendredi 14 Août comme aujourd'hui 15h ou 16h, on a plus de labo d'ouvert on a plus rien d'ouvert, les gens vont aller aux urgences ; moi je leur envoie systématiquement un mot par fax si je les ai au téléphone, sinon ils partent avec leur petit mot, enfin ils y vont pas comme ça la fleur au fusil dans tous les cas ; encore moins les personnes âgées ; enfin Sophie te le dirait!

Et quand vous dites que vous avez des collègues qui ne prennent plus la peine de faire un courrier parce qu'ils se font envoyer balader ça rentre dans le cadre de ma prochaine question, qu'est-ce que vous pensez du dialogue entre la ville et l'hôpital ?

Alors y a le dialogue entre la ville et les urgences c'est un truc à part... euh... on a jamais de retour c'est à dire que quand on envoie un malade aux urgences... je sais pas là on a eu deux coups sur coups qui ont eu des fractures du poignet, on est au mois d'août, la clinique est fermée, les radiologues sont fermés, j'ai pas d'autre choix que de les envoyer aux urgences ; on a jamais de retour je sais pas, ils ont tous nos adresses mail, nos fax etc on a jamais le CRU ni rien ; c'est les gens qui nous le ramènent après ; bon voilà donc avec les urgences y a zéro communication on a jamais de retour ; je parle même pas des ECBU des gamins qui sont positifs, si on appelle pas on a pas le retour... euh... avec les étages globalement y a pas de soucis ; on ne reçoit pas les

comptes-rendus en temps et en heure légaux hein, c'est dans les sept jours qu'on devrait les avoir, à part peut-être la gériatrie, la pneumo et la cardio, les autres services il faut deux mois pour avoir un compte-rendu... euh... ouai les courriers de consultation ça peut mettre deux mois à arriver c'est scandaleux donc en général on a les gens qui sont revenus nous voir avant... euh nous entre nous en ville on a des moyens de communication modernes, des emails, des emails sécurisés. Avec les laboratoires on reçoit tout, l'hôpital d'Ambroise Paré, toute l'APHP n'a pas l' Apicrypt ; moi je suis PH à l'hôpital de Versailles on a de l' Apicrypt, tous les courriers, les comptes-rendus sont adressés aux médecins par Apicrypt ; l'assistance publique visiblement préfère imprimer du papier... qu'on ne reçoit jamais d'ailleurs... d'ailleurs y a beaucoup de personnes qui sont hospitalisées qui ressortent avec un courrier sans nom de médecin dessus c'est à dire que même si ils ont dit qu'ils avaient un médecin traitant bah c'est sur qu'on ne peut pas recevoir les courriers puisqu'on est pas nommé dessus, c'est un réel problème. Après ça a l'air de se tasser un peu tout ça mais y a un réel problème de management et de modernisation de la solution de communication entre la ville et l'hôpital ça c'est évident ; enfin en tout cas l'hôpital est resté archaïque tout juste à gérer des petites fiches bristol pour traiter... savoir où sont les dossiers dans les archives quoi c'est... tout le monde est informatisé partout sauf à l'Assistance Publique...

Dans quel sens vous dites que ça se tasse? pourquoi vous dites que ça se tasse ?

Le... dans le sens de l'amélioration ?

Mmm

Bah parce qu'à force de gueuler euh... et de menacer les uns et les autres, de leur dire que quand on a pas les comptes-rendus dans les sept jours, parce inmanquablement tout patient qui sort de l'hôpital la semaine suivante vient voir son médecin traitant, pour rien certes mais il vient le voir et nous on a zéro réponse à leur apporter à part une ordonnance de sortie d'ailleurs sur laquelle sont mentionnés les médicaments qui existent à l'hôpital et qui n'existent plus en ville ou sous des formes non associées ou enfin bref que les pauvres papys mamies en particulier connaissent le Coaprovel* mais ils connaissent pas l'Irbesartan* et l'Esidrex* et ça c'est un grand commun parce qu'à l'hôpital y a pas de médicaments associés donc ils ressortent avec pleins de médicaments ils comprennent rien ; euh ... y a jamais de prescriptions faites en générique... là encore moi étant des deux côtés de la barrière on connaît très très bien le truc et si vous prescrivez pas en générique à l'hôpital c'est impossible de leur faire admettre quoi que ce soit après à ces pauvres patients, surtout les vieux... euh... ça a tendance à s'améliorer un peu parce que maintenant les prescriptions sont un peu informatisées dans certains services de l'hôpital et donc du coup bah ils ressortent avec le nom du générique sur l'ordonnance ; je parle bien sur pas des ordonnances faites par les externes jamais contrôlées par leurs autorités avec des trucs complètement incroyables sans date, sans signature enfin bref on a tous été interne externe et chef de clinique enfin pour certains en tout cas pour moi et y a pas une ordonnance qui sortait sans que je l'ai signée et vue de ma main enfin lue de mes propres yeux et signée de ma main...ça a tendance à s'améliorer un peu enfin bon y a encore largement du progrès en tout cas sur les moyens de communication rapides et non papier hein...on passe un temps à scanner les papiers de l'hôpital, là j'ai eu du courrier aujourd'hui, sur les dix lettres que j'ai reçues c'était que les hôpitaux tout le reste nous est adressé par voie électronique hein...

Mmm et toujours dans ce même cadre là, est-ce qu'il y a une situation qui vous a marqué et qui était une situation conflictuelle entre la ville et l'hôpital ?

... Qu'est-ce qu'il y a eu comme situation conflictuelle entre la ville et l'hôpital... j'en ai pas eu beaucoup hein... enfin j'ai pas de grand souvenir en la matière... euh... si on se fait... mais maintenant ça se fait plus mais euh... la réponse faite par un urgentiste une fois, une dame qui très manifestement avait une phlébite clinique et qui s'est révélé en être une d'ailleurs, m'expliquant que c'était pas le rôle de l'hôpital un samedi à 15h que de faire un doppler et d'hospitaliser la patiente de 77 ans... j'ai fait un courrier à la direction de l'hôpital j'attends toujours la réponse depuis deux ans... sachant qu'elle a été hospitalisée et qu'en effet c'était une phlébite et qu'elle commençait l'embolie pulmonaire mais bon... voilà c'est tout l'urgentiste qui dit « on est pas là pour ça », bah si mon grand t'es là pour ça, on a tous été aux urgences et t'es là pour ça ouai mais grosso modo non y a pas de... si vous adressez un patient avec tact et... dans la mesure des possibilités enfin... c'est pas en gros pour vous débarrassez des malades, ça se passe bien généralement ; on peut se gourer tous mais bon c'est parce que quand on les adresse à l'hôpital en particulier aux urgences c'est qu'on a aucun moyen technique 24-24 en ville qui permette de s'y substituer ; pendant les vacances on fait ce qu'on peut ; mais pour ce qui est de l'hôpital dans les services y a jamais de problème ça alors là non, quand on parle à quelqu'un de sensé dans les étages ça se passe plutôt bien...

Mais en fait quand vous parlez de... enfin c'est parce qu'en fait vous avez vos contacts et que donc vous vous connaissez ?

En fait sur ce secteur, on a une chance c'est qu'on se connaît tous et que tous les mercredis midi on mange ensemble... les médecins généralistes et les spécialistes, et en fait y a quelqu'un de l'hôpital ou d'ailleurs qui vient nous faire un topo toutes les semaines sur un truc différent et donc du coup on voit tous les spécialistes de l'hôpital quasiment qui débarquent, Sophie, enfin y en a pleins hein qui viennent et... en fait quasi enfin tous les services nous ont fourni un numéro de téléphone portable de... celui enfin le gastro d'astreinte tout ce que vous voulez et donc du coup on communique directement avec ces gens là sans passer par les urgences... et donc tout le monde a les numéros de téléphone, y a un numéro de portable quasiment pour tous les services, je dois avoir tous les services... euh les pneumologues tout ce que vous voulez, les gastro, les gériatres on passe par le standard on a quelqu'un, pour switcher complètement les urgences, on tombe sur quelqu'un systématiquement...

C'est génial

Ah bah depuis que y a ça on est vachement moins emmerdé par les urgences et puis les gens des étages sont très contents parce qu'ils filtrent un peu et ils font la sélection des malades...

Et du coup si on revient au problème de communication entre la ville et l'hôpital, pour vous ce qui semble plus problématique c'est la communication entre la ville et les urgences plus que les étages...

Oui mais je crois que c'est valable pour tout le monde c'est valable partout ; et c'est surtout euh le... en fait en gros, moi on veut me joindre on a mon numéro de téléphone et on tombe sur moi ; je veux joindre un gériatre si je passe par le standard je pense que j'ai cinq ou six personnes avant de tomber sur la personne dont j'ai besoin ; sauf à avoir justement le numéro du gériatre de liaison et on tombe dessus directement ; et du coup on va pas abuser de ça pour avoir un avis par téléphone on s'en tape, c'est à dire qu'on a un patient à hospitaliser on appelle le responsable du service qui va être susceptible de dire « oui ou non je peux le prendre » et voilà c'est de ça dont on a besoin après si on a besoin d'un avis on a tous les mails de tout le monde et on envoie un mail c'est pas dans l'heure on s'en fout... euh bon je te dis nous l'hôpital quand ils veulent nous joindre ils font un

numéro et ils tombent sur nous quoi mais dans l'autre sens c'est beaucoup plus compliqué... c'est un peu l'adage au dessus des écoles des « liberté égalité fraternité », à l'hôpital y en a plus, marchez pas dans le mouillé j'étais pas là hier quoi! c'est

Mmm comment ça se passe quand vous adressez quelqu'un à l'hôpital? même si vous avez déjà répondu, qu'est-ce que vous mettez dans un courrier ?

Mmm la raison pour laquelle je l'envoie, ses antécédents, ses traitements, et puis si y a eu des examens déjà de pratiqués qui orienteraient le diagnostic et le pourquoi du comment je l'adresse ; alors si c'était aux urgences, bah c'est parce que y a pas de moyen diagnostic par exemple ; et si ... je laisse toujours une question ouverte... j'en sais rien, si je l'envoie pour un méléna, toujours poser la question, plutôt que dire «je vous l'envoie pour une fibro », « y a t-il un intérêt à faire un examen endoscopique? » ; faut toujours flatter l'égo des autres euh... mais systématiquement dans tous les cas y a le pourquoi je l'envoie, ses antécédents, ses traitements, parce que pour avoir été de l'autre coté de la barrière, quand on a pas ça on se galère terriblement ; ça c'est le minimum quoi... c'est ce qu'on attend je pense de l'autre coté... bon après si y a une situation sociale un peu particulière voilà qui nécessiterait... je sais pas, une personne âgée en particulier en disant qu'à domicile ça devient compliqué et puis peut être en étant à froid avec une assistante sociale de régler les problèmes qu'on a pas le temps de régler ici parce que c'est pas notre rôle non plus, de faire un peu l'engrenage entre les deux, de façon indirecte de dire on hospitalise le ou la patiente pour qu'il soit mis en place après des aides à domicile, c'est quand même nettement plus facile quand on est quinze à s'occuper d'une personne que quand on est tout seul et qu'on a vraiment pas le temps... ; voilà c'est ça c'est en gros nom prénom, sexe quand on a un doute!, âge et puis je te dis antécédents, traitements et pourquoi on l'envoie quoi... toujours une idée diagnostique... on peut se planter hein.. et voilà c'est tout à peu près... surtout pas pour dire « il lui faut une chambre etc « alors ça je détestais ça quand c'est moi qui recevait les courriers donc jamais je le ferai et dire à l'autre ce qu'il faut faire ; être circonstancié et descriptif point. Je sais pas si c'est grave je l'envoie pas aux urgences, je fais le 15! pendant un temps je mettais « essayez de me tenir au courant » bon je le mets plus parce qu'on était jamais tenu au courant par les urgences... mais dans les services y a pas trop de problème ça peut être long c'est simplement ça mais on a les secrétaires après qui nous répondent au téléphone « c'est sur une cassette docteur! j'en ai ... vingt devant moi! » bah oui... c'est comme ça c'est ça le problème, le retour d'informations rapides...le temps de l'hôpital et le temps légal n'est jamais jamais au bon enfin par rapport à notre temps c'est complètement disproportionné....`

Mmm vous auriez pas des lettres que vous envoyez par hasard ?

Là ?

Oui

Euh bah si

Ça vous dérangerait de m'en imprimer une? tout est anonyme... c'est juste pour...

La dernière de l'embolie pulmonaire de je sais plus quand... allez hop courrier urgences...une belle embolie pulmonaire bilatérale, massive

Merci beaucoup... mmm pour vous enfin c'est un peu redondant comme question mais je sais pas pour vous ce serait quoi un courrier idéal? une lettre idéale ?

Une lettre idéale...de celui qui l'écrit ou celui qui la reçoit ?

Bahhhh

Enfin les deux mon général, euh... le nom le prénom, la date de naissance ou l'âge, les traitements, les antécédents, les allergies, j'ai oublié de mentionner tout à l'heure les allergies, je mentionne systématiquement les allergies ; euh...et pourquoi on l'envoie... en gros que celui qui reçoit le malade n'ait pas à se reposer les questions qu'on s'est déjà posées, enfin qu'il n'ait pas de réponse à chercher de questions que nous on s'est déjà posées et où finalement on a déjà eu des réponses et donc en gros donner des questions dans le courrier... enfin faire des questions dans le courrier avec les réponses à ces questions si on y a déjà répondu et puis laisser des questions en suspens et la raison pour laquelle on l'envoie voilà en gros c'est ça... En fait en gros c'est un courrier dans lequel y a une question à la fin, y a quelque chose à résoudre ; c'est pas simplement « je vous envoie madame Michu parce qu'elle a soif » euh en gros c'est ça ; encore hein c'est parce que moi je suis de l'autre côté de la barrière on passe notre temps à lire des courriers et à se demander c'est quoi la question quoi, si y a pas de question on peut pas apporter de réponse ; et ça fait gagner du temps pour celui qui reçoit le malade de l'autre côté parce qu'il a pas à reprendre tout le problème depuis le début ; « je vous l'envoie parce que en gros ... » on va pas lui dire de faire un angioscanner là en l'occurrence mais en gros c'était sous entendu quoi... faut pas dire aux gens ce qu'ils ont à faire enfin je pense pas sinon c'est mal vécu mais bon bah ok t'as fait ça, t'as fait ça, enfin la démarche diagnostique d'un arbre décisionnel qu'on a tous en tête, le reproduire sous format de lettre, dire ce qu'on a déjà fait pour éviter de reproduire les examens ça coûte cher et puis ça sert pas à grand chose et puis aller... en fait en gros c'est souvent parce qu'on a besoin d'un plateau technique qu'on leur envoie, des compétences bien évidemment mais un plateau technique mais en gros faut qu'il y ait une question à la fin ; une question où...allez y quoi les gars ça va être une EP... infarctus on va pas le faire voyager à pieds jusqu'aux urgences mais je sais pas un méléna... là l'autre jour y a eu ça bon bah voilà c'est un méléna ça pue l'ulcère je vais pas leur dire « faites une fibro en urgence » c'est sous entendu quoi mais avec une question, toujours une question, et les allergies si elles sont connues parce qu'on s'est tous galéré une fois ou deux dans notre vie....

Mmm qu'est ce vous penseriez d'un courrier type ?

Pour qu'on adresse les patients? Mmm le problème c'est que les patients ils sont pas type ; alors après si ça reste des grands items c'est jouable ... du style nom prénom machin les antécédents etc pour qu'il y ait rien d'oublié en fait mais euh... d'expérience pour avoir essayé de standardiser pleins de trucs pour que ça aille plus vite, faut que ça rentre dans les cases, faut pas qu'il y ait trop d'items... et il faut que ces items aient un intérêt ; et c'est compliqué... alors après si ça reste en effet ce qu'on a dit les antécédents les traitements les allergies et motif d'adressage, les examens déjà pratiqués et puis voilà faut rentrer dans des cases simples ; après si ça devient trop pointu, d'abord personne le remplirait et... mais oui ça peut être une excellente idée oui... ça donnerait un cadre et surtout ça permettrait à celui qui adresse le patient de se poser les bonnes questions d'une part et celui qui le reçoit de ne pas avoir à se poser ces questions... parce que... c'est ce qu'on disait tout à l'heure les questions ont déjà trouvé leurs réponses..

Et pour vous ce serait une bonne idée pour un gain de temps ?

Un gain de temps je sais pas parce que... c'est toujours la même chose on a tous des habitudes et souvent on a plus vite fait d'attraper notre clavier parce que oui les médecins libéraux sont informatisés euh... et on a souvent plus vite fait, on a des courriers type déjà tout prêt, tout est fait ça s'imprime tout seul ou quasiment ; après rappeler, faire un rappel « si vous nous adressez quelqu'un, n'oubliez pas de mentionner les antécédents, les traitements, les allergies, les machin » et .. question posée quoi, voilà. Ça, ça peut se faire mais si ça devient trop pointu c'est juste pas possible ; si y a trop de trucs, personne ne le remplit, au bout d'un moment ça se perd, ça se dilue mais c'est une excellente idée... plus dans la vision de celui qui reçoit le malade ; après certains le feront, d'autres diront « ma liberté! » mais grosso modo je pense qu'on travaille tous de la même façon enfin les jeunes en tout cas, ceux qui partent à la retraite dans quelques années je pense qu'ils en ont rien à foutre... mais comme y a plus de jeunes qui s'installent... ça peut être une idée, un canevas quoi mais ça peut être une excellente idée.

Et enfin même si on en a déjà un peu parlé, qu'est-ce que vous pensez des comptes-rendus d'hospitalisation des patients qui rentrent à la maison ?

Ils sont trop longs, euh... y a parfois des résultats marqués en attente... quand on le reçoit deux mois après on a toujours peine à croire que ce soit toujours en attente c'est un peu pénible... euh... des conclusions qui font dix lignes enfin je sais pas une conclusion c'est...il a fait un OAP il a fait un OAP quoi on va pas... parfois y a toute la... il reste dix jours bah on a dix jours d'évolution, enfin oui ok t'as mis du Lasilix machin truc super, déplétion hydrosodée et puis voilà.. ça va plus vite ; mais je pense que ça, ça tient plus au fait que les rédacteurs sont les internes et que pour avoir, pour faire un truc concis faut avoir un peu d'expérience et du coup c'est pour ça que les comptes-rendus sont très longs et parfois pas assez circonstanciés et puis à l'inverse parfois on peut avoir échographie abdominale : normale. Euh... ça peut être insuffisant pour le cirrhotique quoi. Donc bon y a tous les pendants... mais encore standardiser un compte-rendu c'est juste pas possible... c'est hyper compliqué quoi à part faire du diabète gestationnel... mais après chaque malade rentrant pour des problèmes différents en particulier en gériatrie, je conçois que ce soit hyper long mais euh... les évaluations des fonctions cognitives pour nous de l'autre côté, parfois ça fait vingt lignes je ne les ai jamais lues hein... voilà moi je ne connais que le MMS à la louche et puis est ce que ça nécessite une mise sous tutelle ou pas quoi en gros c'est tout ce qu'on demande nous ; mais après ce compte-rendu je sais qu'il ne va pas être relu que par moi et que pour le gériatre qui va prendre la suite en consultation il a besoin de tous ces détails donc c'est pas plus mal... bon après la liste dictée complète de tous les ions pendant huit jours... bon le premier et le dernier si on veut et puis... parfois la liste des médicaments est incomplète alors que l'ordonnance est à côté et on comprend pas il manque pleins de médicaments... parfois on demande des rectifications parce que y a des antécédents qui ne correspondent absolument pas, bon bah c'est jamais corrigé et puis d'hospitalisation en hospitalisation ça continue ; bon bah tant pis hein y a des erreurs y a des erreurs... mais bon... un compte-rendu d'une semaine d'hospi ça doit faire une page recto-verso, pour moi, c'est jamais le cas. Scanner cérébral normal non, enfin ça va pas ça peut pas aller, parce qu'on va demander une comparaison à un moment donné ; après que tu mettes électrophorèse des protéines sériques normale, elle est normale on s'en tape ; mais y a des trucs parfois c'est un peu trop court et parfois c'est beaucoup trop long... mais y a des progrès à faire chez tout le monde... mais je pense que le fond du problème c'est que ce sont les internes voire les externes dans certains cas qui font les comptes-rendus et du coup y a pas cet esprit synthétique et c'est juste normal hein... et on se perd dans les détails et... un compte-rendu qui fait plus de quatre pages c'est juste trop long et j'en ai pleins ma poubelle! dans les cliniques quand ils reçoivent un malade euh je sais pas pour une cholécystectomie on a pas quatre pages, on a une page et encore avec le compte-rendu opératoire inclus, c'est donc réalisable.

Mmm qu'est-ce que ça vous inspire ce sujet de recherche ?

Ah bah ça ne peut faire que progresser... ça peut être que bien, c'est un vaste débat, c'est ouvert depuis vingt ans que je suis dans la boutique, vingt cinq ans... les évolutions sont lentes mais c'est toujours très amusant de voir la vitesse de tortue avec laquelle l'hôpital avance quand les structures adjacentes avancent comme des lévriers... moi je reste, je le savais quand j'étais chef de clinique, je le sais encore maintenant en étant PH, en gros y a deux mondes qui évoluent en parallèle, qui parlent modérément entre eux, y a un dénigrement permanent des hospitaliers vis à vis des libéraux, enfin des médecins de ville, que ce soit les généralistes ou les spécialistes, parce qu'ils n'ont jamais été en ville, et qu'ils ne savent pas ce que c'est être à l'heure, dire bonjour au revoir, et voilà ils sont à priori les détenteurs d'un savoir élitiste sauf qu'ils représentent une dizaine de pourcentage de ce qui se fait tous les jours en médecine en France quoi, donc à un moment donné faut les faire atterrir et... oui quand on adresse un patient c'est qu'on a vraiment pas le choix, parce que les patients ne veulent pas y aller hein faut quand même le savoir... donc oui quand on explique à quelqu'un... pour rester sur ce monsieur là, faut l'envoyer à l'hôpital c'est une embolie pulmonaire et que moi je peux rien pour lui... euh je connais bien le médecin qui a vu le patient voilà il lui a expliqué qu'il a eu de la chance le patient d'avoir un docteur qui lui ait dosé les D-Dimères et qu'il aurait pu tomber sur quelqu'un qui lui dise « bah c'est une petite bronchite vous toussiez » parce que c'est ça ; et on a pas toujours ce discours là qui est tenu à l'hôpital, c'est plutôt c'est quoi cette merde de médecin généraliste... c'est très souvent le cas ; j'essaie d'imprimer ça depuis douze ans que j'ai été chef, que la vraie vie, elle n'est pas à l'hôpital la vraie vie elle est à l'extérieur. Simplement nos amis hospitaliers ils viendraient passer quinze jours par an dans des cabinets de leur spécialité hein, ils verraient qu'ils sont quand même extrêmement privilégiés et qu'en une demie journée quand ils se disent fatigués d'avoir vu dix malades en consultation, bah oui nous on en voit trente ou quarante par jour, on est plus fatigués je pense oui... mais je veux dire je te dis hein je fais des consultations d'endocrino le matin à l'hôpital et l'après-midi à mon cabinet ; bah oui le matin quand on m'a dit « voilà docteur vous en voyez trop dans la matinée », bah oui mais c'est comme ça... mais y a deux mondes en fait, deux mondes qui évoluent et je pense en effet que c'est très intéressant d'essayer de les confronter mais la réalité n'est pas à l'hôpital ; elle est dans les structures adjacentes, et comme l'hôpital est une espèce de structure unifiée, verrouillée par les syndicats etc rien ne veut évoluer rien ; c'est de la politique à deux balles... tu vois entre une clinique et l'hôpital, tu veux parler à l'urologue à l'hôpital t'as dix personnes en intermédiaire, et tu veux parler à l'urologue à la clinique bah tu l'as immédiatement... et il te dit « bah vous m'envoyez le malade tout de suite » alors que l'autre te dit « bah vous m'envoyez le malade aux urgences patata » voilà c'est deux mondes différents... ça se tasse un peu... alors avec Ambroise Paré comme on a les spécialistes directement en ligne bon si ça se justifie ils te disent « bah envoie le moi en consultation je vais le voir tout de suite »... bon c'est quand même pas le lieu commun hein... on a plus vite fait d'appeler le cardiologue du coin pour qu'il lui fasse une échographie... mais moi je pars du principe que si un médecin a pris la peine de décrocher le téléphone pour parler à un autre collègue c'est une situation un peu privilégiée et à laquelle on ne peut répondre que positivement et on ne peut pas dire non quoi. Enfin moi c'était mon point de vue quand j'avais le téléphone dans la poche et qu'on m'appelait... enfin si il m'appelle c'est que lui a un problème et que je suis potentiellement une solution, pas forcément, et je pense que en ça, il faut répondre de façon instantanée. Et d'ailleurs, nous entre nous en ville, si je décroche le téléphone pour dire au radiologue « est ce que tu peux me faire une échographie abdo », « tu m'envoies le patient tout de suite », je sais très bien que je n'aurai pas d'autre réponse. si vous appelez l'urgentiste pour lui dire « bah je pense que c'est une appendicite », il va te dire « nanananaan machin y a pas le radiologue, le scanner marche pas », alors voilà ça discute bah pfff, on est pas là pour discuter, on est pas là pour te faire chier, si je veux vraiment te faire chier je t'envoie tous les malades que je vois... c'est la différence ; c'est peut être parce qu'ils n'ont pas de relationnel

intime avec les gens, que nous on a en ville puisqu'on revoit les gens, on connaît les familles, là y a un réel problème ; et encore dans notre secteur je te dis on a cette chance de connaître nos médecins hospitaliers donc... ça se passe relativement bien, c'est exceptionnel les coups de gueule... mais y a quand même le truc... nous on prend la peine d'écrire aux gens, de communiquer et dans l'autre sens on a pas ce retour, bien qu'il soit strictement obligatoire hein du point de vue légal. A partir du moment où tu adresses quelqu'un à quiconque de tes confrères, il doit te renvoyer une réponse écrite dans les sept jours... je pense que le réel problème c'est une communication rapide ; on est resté au temps... enfin du côté hospitalier j'entends, on est resté au bon vieux temps de la communication par les pigeons voyageurs quoi ; il ne viendrait pas l'idée à n'importe quel médecin hospitalier de pas envoyer un email à son banquier pour lui demander un chéquier neuf. Il va envoyer un email. Pour dire à son confrère qui lui a envoyé un malade, il lui viendra pas à l'idée de lui faire un courrier électronique, il va prendre son dictaphone avec la vieille bande magnétique des années 30 et dicter un courrier qui sera tapé par la secrétaire trois semaines après, signé par lui un mois et demi après et posté deux mois après... aucun intérêt... question de culture... et je pense que c'est parce que eux n'ont jamais été confronté à la nécessité d'avoir des réponses rapides ; plus exactement quand ils veulent une réponse... bah tu vas faire une échographie... et d'ailleurs c'est le cas hein tu vas à l'hôpital tu fais une radio, t'as le compte-rendu deux jours après. C'est scandaleux. Y a pas un radiologue de ville qui va pas te faire une radio et le patient part avec son compte-rendu... pourquoi c'est pas réalisable? Parce que c'est resté dans les moeurs de faire comme ça... y a un refus systématique de l'évolution parce que changer c'est anxiogène... ça vaut pour tout hein! Mais... excellente idée d'avoir soulevé le problème... enfin je sais pas je m'immisce peut être dans le sujet mais le problème de l'adressage c'est de la communication entre plusieurs soignants, ça s'organise tout ça ; mais sauf que y en a qui rament dans un sens, d'autres qui rament dans l'autre et l'hôpital ne veut pas trop évoluer voire pas du tout pour certains points alors que ce serait facile d'évoluer et d'enlever des taches qui servent à rien, je sais pas faire des trous dans des feuilles et mettre dans des dossiers je vois pas trop l'intérêt... les grandes structures ont vachement évolué, maintenant tout est informatisé, tu téléphones, la secrétaire, elle t'envoie tout, c'est instantané ; c'est des structures qui sont pseudo-privées ; c'est donc réalisable. Quand t'adresses un patient c'est pareil, qu'est ce que ça leur coûte de... tu fais un courrier, et médecin traitant t'as deux point et un zéro à côté. T'as fait un courrier! Tu vas pas me faire croire, je suis à cent cinquante mètres de l'hôpital ; je vais pas dire que je leur envoie toutes les semaines faut pas déconner mais enfin ils pourraient quand même nous rentrer dans leur base de données ; et on serait dans leur base de données, ils cliquent et allez hop tu l'envoies par Apicrypt, par mail sécurisé et je saurais ce qu'il s'est passé. Parce que moi si j'appelle le secrétariat des urgences le lendemain, j'aurais pas le médecin et pour cause il est plus là, je vais appeler la secrétaire qui va me dire « envoyez moi un fax de demande » parce qu'on en est encore là, il va te le renvoyer par fax, qui sera pas droit etc parce qu'il faut qu'elle l'imprime etc enfin bref... tous les comptes-rendus sont tapés par informatique c'est simple de les envoyer... y a du boulot... mais bon après sur le plan des soins ils sont parfaitement conduits hein ça c'est pas le problème, mais bon après la communication derrière y a du boulot...

Mmm est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Euh non bah non après c'est vachement intéressant comme idée de thèse après je sais pas comment tu vas t'en dépatouiller pour tirer les marrons du feu et sortir des données pertinentes mais ouai...

Ok!

VIII.4. Lettre type

Tampon du médecin :

Lettre d'adressage des personnes âgées au SAU / gériatrie

A _____, Le _____

Cher(e) confrère / consœur,
Je vous adresse ce jour, Mme/M.

Poids : _____ âgé(e) de _____

Pour :

Antécédents connus : (détailler ou mettre courrier automatisé associé)

Traitements habituels : (détailler ou joindre l'ordonnance)

Allergies : non oui : (détailler)

Plaintes du / de la patient(e) :

Résultats de l'examen clinique :

Examens complémentaires pratiqués et résultats :

Mme/M. vit :

- Seul(e) : non oui
- Enfants :

-
- Appartement : Ascenseur : non oui
 - Maison : Chambre à l'étage : non oui
 - Aides à domicile : non oui

- Déplacements : Seul(e) ⇒ Ménage Courses Repas Toilette
Canne Déambulateur Ne marche pas

Personne à contacter :

Pensez-vous que Mme/M. puisse faire l'objet d'une prise en charge réanimatoire :

Je souhaiterais être tenu informé(e) de la prise en charge au : (numéro de téléphone)

Bien confraternellement,

Docteur

VIII.4.2. Seconde version (15.03.2016)

Tampon du médecin :

Lettre de liaison des personnes âgées au SAU / gériatrie

A, , Le

Cher(e) confrère / consœur,
Je vous adresse ce jour, Mme/M.

Poids habituel connu : Âge :

Motif :

Antécédents : (détailler ou mettre courrier automatisé associé)

Traitements : (détailler ou joindre l'ordonnance)

Allergies : non oui : (détailler)

Plaintes du / de la patient(e) :

Examen clinique :

Examens complémentaires pratiqués : (détailler ou joindre une copie des résultats)

Mme/M. vit :

- Seul(e) : non oui
 - Appartement : Ascenseur : non oui
 - Maison : Chambre à l'étage : non oui
 - Aides à domicile : non oui h/sem
- ⇒ Ménage Courses Repas Toilette
- Déplacements : Seul(e) Canne Déambulateur Ne marche pas

Personne de confiance : (nom et numéro de téléphone)

Coordonnées du ou des enfant(s) :

Mme ou M. a-t-il exprimé des directives anticipées ? Si oui lesquelles ?

Dernière hospitalisation : (date et lieu)

Je souhaiterais être tenu informé(e) de la prise en charge au : (numéro de téléphone)

Bien confraternellement,

Docteur

Tampon du médecin :

Lettre de liaison des personnes âgées au SAU / gériatrie



A _____, Le

Cher(e) confrère / consœur,
Je vous adresse ce jour, Mme/M.

Âge :

Personne de confiance (ou référent par défaut):

Motif :

Antécédents : (détailler ou mettre courrier automatisé associé)

Traitements : (détailler ou joindre l'ordonnance)

Allergies : non oui : (détailler)

Plaintes du / de la patient(e) :

Examen clinique : Poids habituel connu: (date)

Examens complémentaires pratiqués : (détailler ou joindre une copie des résultats)

Mme/M. vit :

- Seul(e) : non oui
 - Appartement : Ascenseur : non oui Etage
 - Maison : Chambre à l'étage : non oui
 - Aides à domicile : non oui h/sem
- ⇒ Ménage Courses Repas Toilette
- Déplacements : Seul(e) Canne Déambulateur Ne marche pas

Mme ou M. a-t-il exprimé des directives anticipées ? Si oui lesquelles ?

Dernière hospitalisation : (date et lieu ou dernier CRH)

Je souhaiterais être tenu informé(e) de la prise en charge au : (numéro de téléphone)

Bien confraternellement,

Docteur

VIII. 5. Méthode de DELPHI

VIII.5.1. Deuxième tour de DELPHI

Entretien N°7

Alors... A votre avis ils vont remplir tout ça ?

Mmm

(rires) Je pense que le traitement si y a l'ordonnance c'est quand même vachement mieux parce qu'ils ne recopieront jamais... sauf si y a des copier coller possible qui peuvent se faire... parce que si c'est juste pour marquer les médicaments et qu'on a pas les posologies c'est toujours un peu galère... parce que souvent les gens, les personnes âgées ne peuvent pas détailler tout ça...euh... les antécédents... les antécédents connus je mettrais juste les antécédents parce que je suis pas sur que connu ça serve à quelque chose... euh... après est ce que le « pour » et la plainte du patient ne vont pas être un peu redondants dès le départ... je sais pas si je mettrais pour et plaintes... parce que généralement ils marquent « pour douleur abdo fébrile » et la plainte de la patiente ça va être la douleur abdo ; est-ce va pas être un peu redondant je sais pas c'est à voir avec eux... euh... après examens complémentaires pratiqués et résultats est-ce que c'est pas plus simple de les donner en fait ; souvent ils ont les résultats quand ils ont fait des examens complémentaires donc le plus simple peut être c'est qu'il y ait la feuille d'examens avec... parce que si il écrit que le patient a 23000 blancs et 12 d'hémoglobine j'aurai tendance quand même à refaire une num même si c'est une num du jour parce que... y a pas de formule y a pas de chose comme ça et ils pourront pas tout marquer donc... voilà peut être marquer à coté « au mieux joindre les résultats »... eux ça leur évitera de rajouter des lignes c'est pas forcément... je pense qu'il vaut mieux qu'on ait les examens sur papier... euh... après la dernière phrase « pensez vous que madame ou monsieur puisse faire l'objet d'une prise en charge réanimatoire » j'en ai discuté avec des gériatres hier et... la notion de prise en charge réanimatoire elle est extrêmement subjective y en a qui disent « ah bah oui bien sur », on leur dit ça veut dire qu'on va intuber les gens leur passer des drogues vasoactives, ils vont nous dire « ah bah non pas jusque là » donc en fait la question c'est... où est ce qu'on place le curseur de réanimation c'est toujours un peu compliqué...

Même avec un médecin ?

Ah bah oui y en a qui parlent de réanimation active et non active... donc active c'est tout et non active c'est on passe des antibiotiques, on transfuse, on hydrate mais on va pas plus loin donc euh... voilà... après qu'est-ce que... on s'aperçoit que prise en charge réanimatoire c'est quelque chose de très très subjectif... c'est vraiment une question qu'il faut poser aux médecins généralistes c'est quand on parle de prise en charge réanimatoire qu'est ce qu'on met dedans ?

Mmm

Pour être sur qu'on parle tous de la même chose... parce que moi je suis pas du tout sur qu'on parle tous de la même chose quand on parle de prise en charge réanimatoire... par contre poser une question sur les directives

anticipées... « à votre connaissance Madame ou Monsieur a t-il exprimé des directives anticipées si oui lesquelles » ça pour le coup c'est une mesure qui n'est pas discutable c'est légal

Mmm oui

Mais sinon non y a tous les éléments qu'on aime retrouver...

Vous pouvez me parler des conditions de vie ?

Ouai... c'est bien nous ça nous suffit après peut être que les gériatres n'ont pas la même... ont besoin de plus de renseignements mais nous aux urgences ça nous suffit... après... peut-être quelque part il faudrait spécifier la notion de troubles cognitifs existants ou pas... parce qu'on peut penser qu'on devrait les retrouver dans les antécédents c'est quand même une maladie active enfin je sais pas comment on dit mais... je pense que les échelles ils ne les rempliront pas forcément et ils n'auront pas le temps mais présence de troubles cognitifs... mais sinon non c'est assez complet... ça me paraît pas mal... on peut leur mettre les commentaires au dos en effet... non c'est pas mal...

Entretien N°8

Ok... euh... bon là c'est l'histoire de la maladie on est d'accord mais en fait c'est pas tant les résultats de l'examen clinique que finalement la conclusion... enfin quand on lit un compte rendu globalement on lit l'interrogatoire, les choses clé de l'examen clinique mais on lit surtout la conclusion et souvent c'est ce qui manque..donc ce à quoi ils pensent...

Donc pourquoi ils l'adressent ?

Oui je trouve... l'examen clinique c'est bien d'avoir les grands trucs mais ce qui est bien c'est effectivement... les accompagnants tout ça c'est fondamental... parce que nous c'est ça dont on a besoin... parce que des fois ils arrivent avec les pompiers, on comprend le problème somatique mais on comprend pas qui a appelé pourquoi... après pourquoi lui il voit la patiente et pourquoi il nous l'adresse c'est pas toujours la même chose... la patiente elle peut appeler parce qu'elle se sent pas très bien et lui il trouve un truc et il nous l'adresse... ça veut pas dire qu'on va forcément penser la même chose mais ça permet d'avoir les idées claires... je pense... alors ça c'est plutôt mettre une copie, les résultats... parce que mettre les résultats on s'en fiche... c'est vraiment les résultats on veut les voir... ça sert à rien de mettre il a une hémoglobine a 12... on va rien en faire...et puis ça c'est fondamental parce que c'est toutes les informations les plus difficiles à avoir, le mode de vie etc...

Mmm

Ça c'est délicat!

Pourquoi ?

Je pense que c'est délicat pour un médecin généraliste de se positionner sur la prise en charge réanimatoire... y a déjà beaucoup de médecins hospitaliers qui n'arrivent pas à se positionner...après si il peut le faire tant mieux

mais... je pense que en plus... du moins moi je trouve que cette partie là elle est très délicate parce que, un, c'est pas au médecin généraliste de décider... si il dit « fait l'objet d'une prise en charge réanimatoire » et que nous on décide l'inverse ça complique drôlement les choses, pour nous et pour la famille... moi je pense que se positionner comme ça sachant que la famille peut venir avec le courrier, avoir accès à ce courrier, je trouve que c'est délicat pour un médecin tout seul dans son cabinet de se positionner là dessus... c'est une décision qu'on ne prend pas seul. A la limite je le suggérerai plus dans les commentaires... à la limite...

Mmm d'accord

C'est mettre tout le monde en porte à faux... ce qui ne nous empêche pas nous de contacter le médecin généraliste pour prendre cette décision..et d'en parler avec lui...

Et les directives anticipées ?

Voilà... d'informer si y a des directives anticipées du patient, ça oui...

Oui, plaintes de la patiente, et de la famille... parce que souvent c'est la famille qui appelle... je sais pas trop quoi dire d'autre...

Et qu'est-ce que vous pensez des traitements ?

Faut mettre les posologies... les noms on s'en fiche à la limite... enfin on s'en fiche non mais sans les doses on peut rien en faire... ou adresser une photocopie de l'ordonnance...

Entretien N°9

Tu devrais mettre si elle sort dehors toute seule aussi... c'est des facteurs importants... si elle sort plus depuis deux ans...

Ce qui est aussi important c'est la dernière hospitalisation connue... et où... c'est assez important... tu vois si il est sorti y a deux jours de Sainte Perrine ça change tout...

Mmm d'accord

« pensez que madame ou monsieur puisse faire l'objet d'une prise en charge réanimatoire ? » why not... mais c'est compliqué... avec la famille... alors si c'est le médecin qui l'a vu pour la première fois oui ça fait bizarre par contre si c'est un médecin qui le connaît depuis longtemps je pense qu'il a le droit de donner son avis... tu vois... et après ce que tu pourrais demander c'est si madame ou monsieur a déjà fait part de ses directives...

... Anticipées

De ses directives anticipées... parce que généralement quand ils font ce genre de chose, ils en parlent avec leur médecin traitant donc « avez vous connaissance de directives anticipées concernant ce patient ? »

Mmm

« je souhaite être tenu informé de la prise en charge » très bien...

Et qu'est-ce que vous pensez des plaintes et de la partie « pour » ? est-ce ça vous choque ou vous paraît redondant ?

Non parce que tu vois tu peux avoir... tu l'adresses toi par exemple pour suspicion d'AVC et tu veux mettre ses plaintes mais c'est sur que tu fais pas un roman, le motif c'est une phrase... et après les plaintes de la patiente c'est différent... là c'est ce que toi tu penses en tant que médecin traitant et là c'est ce dont se plaint la patiente... c'est différent...

Mmm d'accord... et les traitements ? Vous en pensez quoi ?

Ah bah l'ordonnance... ou le traitement écrit mais c'est vrai que le mieux c'est de joindre l'ordonnance c'est quand même plus facile que de tout écrire... et puis ça s'imprime facilement...

Et en ce qui concerne les examens complémentaires ?

Bah si tu peux avoir les notions des derniers trucs par exemple sa dernière bio où il a une créat à 250 c'est sur que c'est toujours mieux que de partir de rien...

Mais vous avez besoin de détail ou...

Ou tu peux mettre les résultats principaux... ça nous suffit... on va les refaire ici mais si tu veux mais ça nous sert de base... si il vient pour une anémie à 9g et que tu vois qu'il avait déjà 9g six mois avant... moi quand je pense à ça je pense plutôt à son état de base tu vois... mais on refait toujours un bilan ici...

Mmm ok et ça vous semble bien comme projet ?

Ah moi j'adore je trouve que ce n'est pas assez fait...

Entretien N°10

Ok... ben oui c'est pas mal la seule chose que j'ai du mal à comprendre c'est la question « pensez vous que madame monsieur puisse faire l'objet d'une prise en charge réanimatoire »...cette question là me chiffonne... il faut peut être parler de personne de confiance si elle a été nommée... ou oui la personne à contacter... alors c'est... non cette question me gêne sur la prise en charge réanimatoire... soit le malade est très grave et vous demandez l'avis du réanimateur soit... le malade arrive à l'hôpital et dans ces cas là je ne suis pas certain que ce soit la bonne question...

Mmm

Non sinon c'est... enfin j'ai pas grand chose à dire... alors « je souhaiterais être tenu informé de la prise en charge » et peut être dire aussi que vous restez disponible si... ça fait partie des bonnes relations entre la ville et l'hôpital...

Mmm

Non non sinon c'est bien... effectivement je pense que des lettres comme ça ça peut favoriser le dialogue entre la ville et l'hôpital....

Qu'est-ce que vous pensez de parler de la dernière hospitalisation ?

Non... non parce que normalement si... sauf peut être des hospitalisations un peu récentes mais sinon... normalement l'information médicale fait que les dossiers suivent... pour nous la génération d'Orbis... la généralisation d'Orbis va favoriser... normalement quand on ouvre un dossier on a tout ce qu'il faut... alors c'est vrai que c'est AP contre le reste du monde mais... non mais c'est vrai que si vous avez des comptes-rendus un petit peu marquant c'est bien de les mettre... c'est vrai qu'on a un médecin correspondant qui nous fait des courriers extrêmement détaillés, on a tout ce qui s'est passé dans la vie du patient depuis sa plus tendre enfance et c'est assez pratique parce qu'on a vraiment une somme d'infos très importante... mais là on a le...c'est la short liste de... enfin c'est bien quoi... si on a ça déjà...

Qu'est-ce que vous pensez du fait que les troubles cognitifs ne soient pas mentionnés ?

Ça fait partie des antécédents je pense... non je ne mettrais pas de case spécifique...

Entretien N°11

Ok... alors... bien bien bien... alors pour, antécédents, traitements en général c'est des infos qu'on a dans des lettres... le plus souvent... quand c'est le médecin traitant qui adresse... quand c'est SOS médecin c'est plus compliqué... c'est pas forcément hyper détaillés mais c'est des infos qu'on peut avoir... euh résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires pratiqués c'est déjà beaucoup plus aléatoires mais c'est bien de le préciser parce qu'au moins on est à peu près sûr d'avoir l'ECBU si il a été fait la veille ou des trucs comme ça... le mode de vie ça c'est très bien parce que en général c'est une des premières raisons pour lesquelles on les appelle quand ils arrivent... euh... et de même que la question sur la prise en charge réanimation... euh... ensuite euh... qu'est-ce qui pourrait manquer... je pense que la protection juridique il faudrait le préciser pour les patients qui ont une tutelle ou une curatelle... euh... ensuite on peut toujours détailler mais je pense que si on commence à faire trop long c'est plus possible de le remplir donc... alors ensuite distinguer plaintes et examen clinique et pour, finalement on va probablement retrouver un peu les même choses... enfin j'imagine donc peut être qu'on peut faire... euh... ensuite... peut être préciser si le patient est déjà connu d'un service ou d'un médecin de l'hôpital ça peut être une information intéressante... euh je réfléchissais à la question de la prise en charge réanimatoire ça reste un avis qu'il faut donner... euh comme ça ponctuel c'est pas forcément très facile si ça n'a pas été réfléchi avant... enfin je me méfie un peu du truc pris un peu comme argent comptant une fois que le malade arrive à l'hôpital... le malade quand on lui colle l'étiquette non réanimatoire parfois c'est un peu on s'occupe pas de lui... en même temps c'est bien... en même temps faut faire attention à la façon dont c'est perçu... certainement par les urgentistes... euh... c'est parfois un peu... enfin à double tranchant je trouve ; mais bon ça reste intéressant... c'est d'ailleurs un des trucs qui pénalise les malades qui

arrivent aux urgences le weekend quand on peut pas joindre leur médecin traitant et qu'on sait pas bien jusqu'où il faut aller quoi... voilà j'ai pas beaucoup d'autre idée là je dois dire... le poids c'est le poids habituel ? parce qu'ils ne vont pas le peser j'imagine...

...

Alors est-ce qu'il faut détailler dans antécédents les deux trois trucs typiquement gériatriques qui nous intéressent genre démence... anticoagulants... enfin les petits trucs qui changent un peu la prise en charge initialement peut être... si on a une idée de l'état nutritionnel peut être... enfin je réfléchis à ce qui sert en urgences parce que l'état nutritionnel ça sert... l'autonomie évidemment... voilà... j'ai à peu près fait le tour...

Tu peux m'en dire plus sur les troubles cognitifs ? Tu les situerais dans les antécédents ou...

Bah quand ils sont étiquetés oui... quand ils ne sont pas diagnostiqués ou étiquetés euh... ça dépend des médecins en fait... y en a qui l'écrivent pas ou qui l'écrivent un peu dans le mode de vie ou qui le suggèrent sans l'écrire... mais c'est une donnée qui est importante quoi... que ce soit diagnostiqué ou pas... Ça change quand même la prise en charge, ça fait partie des éléments intéressants et... effectivement quand y a l'étiquette maladie d'alzheimer elle apparaît dans un coin, quand y a pas l'étiquette c'est plus aléatoire... donc du coup... est-ce qu'il faut pas le cibler spécifiquement pour être sûr que ça apparaisse... ensuite dans les traitements habituels est-ce qu'il faut faire apparaître les changements récents c'est certainement intéressant mais c'est comme tout quoi plus on rajoute des choses et plus on va rendre le machin fastidieux à remplir et... le médecin il va pas avoir le temps donc euh... dans les traitements je pense que les choses indispensables c'est... les anticoagulants clairement... et puis les psychotropes et puis les modifications récentes... enfin je veux dire si on a peu d'infos... après la posologie c'est important pour remettre le traitement au malade qui est hospitalisé mais finalement si on attend 48h avant de remettre le levothyrox à la bonne dose probablement que c'est pas très grave, en revanche si on ne sait pas que le malade a des anticoagulants... alors en général on s'en aperçoit mais voilà... si on sait pas qu'il prend des psychotropes et qu'il prend ses benzo trois fois par jour parce qu'il est hyper anxieux et qu'on les lui donne pas... rapidement on va s'apercevoir que ça va... je pense qu'il y a des médicaments où c'est plus préjudiciable de les oublier en urgence que d'autres quoi... ensuite l'ordonnance généralement les patients l'ont ou joindre un double c'est pas ce qui a de plus compliqué... bon les allergies... les allergies ça fait partie des trucs indispensable en théorie... après parfois les patients savent le dire parfois non... donc c'est toujours intéressant d'avoir l'avis du médecin..voilà...

Mmm et le principe ça te paraît bien ?

Oui ça me paraît bien, ça me paraît surtout bien d'avoir pu cibler ce qui n'apparaît habituellement pas dans les lettres... et donc effectivement le paragraphe mode de vie et l'autonomie ça je pense que c'est intéressant... encore une fois on arrive à les joindre en semaine sans trop de difficulté mais dès que c'est un peu tard ou que c'est le weekend c'est beaucoup plus compliqué et c'est infos qu'on a souvent besoin d'avoir rapidement si on veut décider... finalement le malade qui est à peu près stable, il va être à peu près stable on a le temps de s'en occuper et réfléchir... le malade qui est pas trop stable... ces infos là c'est plus primordial pour les malades un peu instables quoi...

Et qu'est-ce que tu penses de parler de la dernière hospitalisation ?

Alors c'est vrai que nous on a accès à pas mal de choses avec Orbis après tout le monde n'est pas sur Orbis... le reste de façon plus aléatoire, quand y a un entourage en général ils te disent assez rapidement que le patient est allé ici ou là... parfois les urgences le savent parce que quand les patients passent par les urgences ils connaissent le circuit... euh... parfois non et c'est vrai que... c'est intéressant... quitte à nous récupérer le compte rendu derrière... mais de le savoir c'est pas inintéressant... euh... je suis en train de penser à autre chose mais ça dépend si c'est à la connaissance du... c'est personne de confiance et directives anticipées... mais ça fait peut être partie des informations... alors directives anticipées ils sont tellement peu à les avoir écrit que c'est peut être moins pertinent mais...euh...voilà... mais oui dernière hospi c'est pas inintéressant ne serait-ce que pour savoir si c'était y a quinze jours ou trois mois... oui... ensuite la question c'est si on rajoute tous des trucs on arrive à quatre pages de courrier et le médecin traitant il ne peut plus... donc il faut sélectionner ce qui est le plus pertinent de ce qui l'est le moins... mais oui sur le principe c'est intéressant...

Merci beaucoup!

Entretien N°12

Adressage... ça se dit ?

Bah oui c'est un mot qui existe!

Ah bah je sais pas moi j'ai trouvé ça bizarre!

Bah écoute moi je la trouve plutôt bien ta lettre... je pense que... je sais pas faudrait avoir l'avis de médecins généralistes en ville mais y a quand même beaucoup d'items et je sais pas si ils seront tous remplis... alors c'est vrai que maintenant la plupart des médecins ont des dossiers informatisés donc ils ont juste à sortir un premier courrier du patient qui va contenir ses antécédents donc ça, ça va aller vite... les traitements effectivement l'ordonnance ; généralement les patients ou les familles arrivent assez souvent avec leur ordonnance donc là dessus ça rejoint ce qu'on a déjà en pratique quotidienne...

Mmm

L'avis sur le patient qui est réanimatoire ou pas je trouve ça vachement bien de le mettre sachant que c'est difficile de se... comment dire... de donner la réponse tout seul mais ce qui est intéressant c'est d'avoir déjà un premier aperçu c'est à dire que le médecin va pas forcément mettre oui non parce que je veux dire derrière t'as la famille qui peut être à coté mais le gros avantage de cette question c'est que ça peut permettre un premier dialogue entre le médecin et la famille pour qu'il y ait déjà cette première idée tu vois, est-ce qu'il est réanimatoire oui non euh... que ça permette d'entrevoir déjà des choses, que le médecin explique certaines choses à la famille ce qui fait que toi derrière quand t'es médecin urgentiste ou de service tu peux... je pense que le dialogue comme il est déjà un peu ouvert avec cette question par le médecin généraliste... toi derrière ça permet d'embrancher peut être plus facilement et que la famille comprenne les choses comme ils ont déjà eu une première explication ; moi je trouve que c'est pas mal encore faut il que le médecin ait le temps de... d'avoir cette discussion parce que c'est pas une discussion que tu peux avoir en deux minutes quoi... donc... c'est un peu à double tranchant mais je trouve que c'est quand même intéressant qu'elle soit dans ta fiche ; après comment ça sera rempli je sais pas mais moi ce que je vois c'est une première ébauche de dialogue possible avec la famille... et ça je trouve ça intéressant...

Et tu penses que cette question a bien sa place dans ce courrier ?

Je pense que oui... maintenant je suis quasi sûre qu'elle sera jamais remplie parce que comme je te dis ça peut pas être rempli en deux minutes comme ça donc ça sera sûrement un item qui restera non rempli, mais l'intérêt de cette affirmation dans ta lettre c'est que ça permet un premier dialogue... si c'est quelqu'un qui est autonome à la maison j'ai envie de te dire que le médecin il va pas se poser de question il va mettre oui d'emblée... quand c'est plutôt non il mettra rien sauf si c'est archi clair avec la famille, que c'est quelqu'un qui vient trois fois par mois aux urgences pour le même problème et qu'au bout d'un moment tout le monde en a ras le bol... le patient, la famille... j'en sais rien moi un insuffisant cardiaque archi terminal qui vient toujours pour des décompensations à répétition au bout d'un moment tu te dis que son coeur va... va lâcher et que ça sert à rien de l'emmener en réanimation donc peut être que lui on mettra non mais... moi je pense que c'est quelque chose qui sera pas rempli mais si la famille regarde un peu la lettre et pose la question au médecin... peut être avoir une toute première ébauche de dialogue sur ce sujet là... moi je pense que oui elle peut tout à fait avoir sa place dans sa lettre... je vais te dire aussi pourquoi c'est que généralement quand nous, on se pose un peu des questions dans le service, que on a l'impression que c'est quand même un petit peu limite pour les envoyer en réa, que la famille ils sont quand même pas très sûrs non plus, on l'appelle le médecin généraliste pour avoir aussi son avis sur le patient, et le projet d'aller en réa... parce que c'est toujours eux qui connaissent le mieux leurs patients... on essaie toujours comme tu le sais parce que tu es passée chez nous, de joindre les médecins généralistes pour avoir pleins d'informations sur le patient et la question de la réanimation peut se poser pour certains d'entre eux et donc d'avoir d'emblée l'avis du médecin généraliste je trouve ça... moi je trouve que oui c'est pertinent... même si c'est pas rempli y a toujours cette petite porte qui s'ouvre pour déjà en discuter avec la famille... Après donc l'examen clinique, les examens complémentaires ils peuvent remplir donc c'est vachement pratique... les examens complémentaires..avoir la photocopie ou les familles peuvent avoir le dernier bilan biologique qu'ils ont réalisé... toutes les aides à domicile ils cochent ça c'est bien, le niveau d'autonomie je pense que c'est aussi hyper important... euh... que te dire d'autre je trouve que c'est plutôt bien elle est très complète c'est sûr que pour nous gériatre quand le patient il arrive dans le service bah c'est que du bonheur quoi parce qu'on a beaucoup d'informations qui sont notées et qui ont aussi sûrement permis aussi aux urgentistes d'avoir d'autres informations si ils ont eu besoin d'appeler le médecin traitant ou d'appeler la famille bah ils avaient déjà les coordonnées donc ça fait déjà un gain de temps et pour nous derrière dans le service encore plus donc euh... voilà moi d'un point de vue gériatre c'est pas mal... Ou ce qui peut être pas mal aussi c'est que le médecin rajoute si le patient est déjà connu... si c'est un patient qui est connu d'un hôpital par exemple ou d'un service particulier... c'est un peu un détail finalement mais... écoute moi je trouve que c'est pas mal pour un premier courrier après je sais pas si ce sera rempli partout mais je trouve que c'est pas mal...

Mmm d'accord et... qu'est-ce que tu penses... est-ce que tu penses que les troubles cognitifs... ça devrait être mentionné quelque part?

Alors j'y ai pensé... je pense que si y a vraiment des troubles ce sera indiqué dans les antécédents... je pense que dans la plainte du patient si c'est un maintien à domicile difficile avec épuisement des aidants ce sera noté dans... le motif d'adressage... là quelque part tu sais que c'est quelqu'un qui va avoir des troubles du comportement donc une pathologie cognitive ou psy d'ailleurs sous jacente... donc le niveau cognitif en lui même euh... si pour les médecins c'est quelque chose de notable avec une démence avérée connue avec des aides etc ce sera noté dans les antécédents, si c'est le motif ce sera noté dedans, euh... si c'est juste anecdotique euh soit ils peuvent le mettre dans les antécédents avec troubles cognitifs débutants, point barre... donc à mon avis c'est

pas la peine de faire un item spécifique sur l'état cognitif... enfin je sais pas faudrait voir avec les généralistes si pour eux ça semble... parce que pour moi ça semble logique..mais est ce que ça l'est aussi pour eux je sais pas... moi à mon sens je le mettrais pas c'est extrêmement stigmatisant je trouve comme item... mais à confirmer avec les médecins généralistes...

Mmm

Voilà!

Entretien N°13

Alors rapidement et spontanément je dirais qu'il manque la créatininémie et la clairance de la créat habituelles et connues, ainsi qu'une précision pour le poids qui devrait être le poids habituel connu. Les patients en insuffisance cardiaque prennent vite 4kg...

Pour la créat et la clairance vous ne considérez pas que c'est à mettre dans les antécédents ?

La créat et la clairance en gériatrie sont des constantes aussi fondamentales que le pouls la tension et le poids et je considère qu'elles devraient être obligatoires sur les ordonnances après 80ans, ça éviterait les bêtises... ensuite je mettrais un max de place pour les antécédents mais c'est un détail...

Qu'est-ce que vous pensez du courrier automatisé ? Est-ce ce ça ne serait pas plus facile pour vous ?

Il faut penser que lorsqu'on envoie un patient aux urgences on est souvent au domicile du patient sans le confort du dossier informatisé... tout dépend de son organisation personnelle...

Mmm

La date de dernière hospitalisation me paraît aussi importante, date et lieu...

Sur la question de la réanimation c'est un truc que perso je ne remplirais pas... pour plusieurs raisons... si je confie un patient à un autre médecin ce n'est plus à moi d'intervenir dans une décision... ensuite j'aurais l'impression de condamner mon patient alors que les envoyer à l'hôpital c'est déjà difficile... par contre formuler cette question autrement puisque avec mes patients on évoque la fin de vie quand ils vont bien... cette partie doit être plus orientée sur le souhait du patient connu ou pas, pas sur le souhait du médecin

Qu'est-ce que vous auriez pensé d'une lettre où il faut tout cocher ?

Il faut se rappeler qu'en situation d'urgence, certains items sont précieux... antécédent d'AVC, d'épilepsie etc... ça peut être pas mal d'être systématique et de cocher des cases... la difficulté est de cerner ce qui est précieux donc de savoir quelles sont les principales raisons d'envoi aux urgences... en cela un courrier type est utile pour rester systématique, ne pas oublier un antécédent important...

Entretien N°14

Les plaintes du patient c'est redondant avec le premier item « pour »

Mmm

La partie mode de vie, si j'avais un externe pour avoir tous ces détails et remplir les cases je le ferais avec plaisir!
Dans le cadre d'un adressage aux urgences est-ce utile...

...

La prise en charge réanimatoire c'est une question casse-gueule à laquelle tout le monde répondra oui!

Mmm

Je souhaiterais être tenu informé de la prise en charge... la forme moderne et non dérangeante de la communication en 2016 me semble être le courrier électronique... L'idée est bonne mais la mise en place sera compliquée à l'heure de l'informatisation des cabinets où c'est le règne du copier-coller et des lettres pré-rédigées!
En plus ça sera perçu plus comme une aide pour l'hôpital que comme une facilité par le médecin de ville qui a ses habitudes...

Mmm

Qu'est-ce que vous auriez pensé d'une lettre où il faut tout cocher ? En terme de réflexion ?

Je crois qu'il faut aller à la rapidité et à la facilité... le cochage est excellent mais il faut accepter la perte d'informations mais au moins on a les infos minimum... pour la réflexion je ne suis pas certain que ça change grand chose, le médecin qui souhaite adresser le patient va le faire mais tu auras du mal à rentrer dans sa logique...

Entretien N°15

Alors moi y a une chose... comment dire que je n'aime pas du tout c'est le mot adressage... je n'aime pas ce mot ça fait... euh... je n'aime pas ce mot enfin ça c'est personnel probablement...

Mmm

Et... non moi j'aurais mis lettre de liaison, lettre d'information tu vois mais adressage... d'abord c'est pas un mot qu'on utilise... la logique c'est aussi d'utiliser un vocabulaire qu'on utilise... moi je n'aime pas... et la liaison je trouve que c'est pas mal parce que c'est utilisé pour pleins d'autres choses...

D'accord

Et... ah oui alors dans... je n'aurais pas mis « pour » j'aurais mis motif... quelque chose de plus...comment dire... tu vois ce que je veux dire tu fais une thèse donc...

Mmm

Et puis y a pleins de choses que j'aurais supprimé en fait... parce que dans... ça va aérer ta lettre... par exemple « résultats de l'examen clinique », on s'en fout du mot résultats... le médecin de toute façon il va faire quelque chose de concis donc il va te marquer le résumé de ton examen clinique... comme pour « résultats examens complémentaires » j'aurais viré le mot résultats... tu vois c'est un mot qui sert à rien à mon sens et ça aère ta lettre... euh.. est ce que c'est fait exprès que tu n'aies pas parlé du GIR ?

Mmm bah j'en ai pas parlé parce que je pense que c'est du ressort des gériatres et pas forcément des médecins généralistes qui n'ont pas forcément le temps de le coter ou ne connaisse peut être plus la grille...

D'accord je me suis doutée... d'accord

Ensuite... ah oui j'avais marqué... lorsque tu détailles le mode de vie de madame ou monsieur, ça serait bien... parce que ça par exemple on sait jamais et c'est une question que nous on pose souvent aux urgences... les aides à domicile le rythme... euh par exemple c'est pas la même chose quand y a quelque chose d'organisé tous les jours de la semaine par rapport à celui qui a... truc tous les mardi matins pendant 2 heures... donc ça on aime bien savoir ça... on trouve ça très intéressant parce que quand on voit par exemple qu'il y a déjà pleins de choses d'organisées tous les jours le matin l'après midi le soir et que le patient vient pour maintien à domicile difficile... on se dit ma foi avec déjà tout ce qu'il y a en place ça va être hyper difficile alors que si y a qu'un seul passage dans la semaine on se dit allons-y...

Mmm

Donc voilà... oui je comprends tu peux pas faire la grille GIR... et puis alors y a la fin que j'ai pas compris... « pensez vous que madame monsieur puisse faire l'objet d'une réanimation » euh je n'ai pas compris qui posait la question... euh normalement c'est le médecin traitant qui envoie qui doit avoir un avis sur ça en fait... parce que lui il connaît déjà tout donc c'est lui qui doit dire à mon sens...

Mmm mais en fait la question là elle est adressée au médecin traitant...

Oui... mais c'est pas très compréhensible... moi je la comprends pas c'est à dire que le médecin traitant doit se poser la question... il doit déjà avoir un avis... comment dire c'est ce qu'on peut parfois reprocher au médecin traitant c'est de se l'être jamais posée... euh... et donc le médecin traitant doit se la poser et doit nous dire « je pense qu'il n'y a pas de réanimation » mais c'est « je pense »... c'est des choses qui peuvent être discutées... si par exemple quelqu'un vient pour une insuffisance rénale aiguë avec des petits signes d'instabilité hémodynamique... est-ce qu'on va mettre le patient en réanimation... ça on se la pose quand même régulièrement aux urgences... et d'une façon urgente... beaucoup plus urgente que quand les patients sont dans les étages... dans les étages en général on a un petit peu de temps pour contacter le médecin, la famille, quand les choses se dégradent gentiment... mais quand le patient arrive déjà très dégradé aux urgences, que doit-on faire... nous on prend très souvent la décision à la place de tout le monde... et ça nous on a une feuille de limitation thérapeutique qu'on met dès l'entrée du patient...

Mmm mais du coup vous cette question adressée comme ça au médecin généraliste ça ne vous choque pas ?

Ah non au contraire... c'est le médecin généraliste qui connaît le mieux le malade...

Mais du coup vous considérez qu'elle a sa place alors qu'il adresse le patient aux urgences et que du coup c'est plus forcément sa responsabilité ? Et pour la famille...

Bah alors dans ce cas il faut marquer directives anticipées émises par le patient parce que ça ça veut dire que le médecin généraliste en a aussi parler avec le patient... pourquoi ce serait que à l'équipe hospitalière de décider si faut réanimer ou pas hein... en quoi l'équipe hospitalière est plus à même de discuter d'une... d'une réanimation ou pas... elle connaît encore moins bien le patient et le contexte familial... moi je... c'est pas l'équipe hospitalière qui a le plein pouvoir... non justement si il doit y avoir une lettre de liaison ou d'adressage ça veut dire que ça doit faire partie de la réflexion du médecin généraliste... le médecin généraliste n'est pas que un adresseur... au contraire moi je trouve que le médecin généraliste a une grand part dans cette décision... et ça fait partie aussi de son travail de discuter avec la famille à un moment ou un autre de justement... d'une limitation de soins et ça ça fait partie des directives anticipées... qui dit anticipées dit avant l'hôpital avant la déclaration d'une maladie ou d'une aggravation pour laquelle le patient ne peut plus se prononcer... c'est le rôle du médecin traitant sinon quel est son rôle...

Mmm

Moi je trouve que c'est ôter au contraire au médecin traitant la possibilité d'émettre son opinion sur un patient qu'il connaît lui le mieux... tu vois ce que je veux dire ?

Mmm

Sinon si c'est juste qu'un rédacteur d'ordonnances à quoi sert-il ? Moi je pense qu'il faut au contraire beaucoup plus sensibiliser les médecins traitants à parler de ça... et c'est à eux d'émettre une hypothèse... les choses se rediscutent bien évidemment aux urgences... aux urgences ou dans un service... mais voilà je pense que quand on a des patients semi-grabataires avec une maladie d'alzheimer déjà assez profonde... euh c'est bien que le médecin généraliste ait une opinion sur ça... ça me paraît mais tellement logique... c'est pas l'hôpital qui décide de la vie ou de la mort... tu vois ce que je veux dire ?

Mmm

Et de toute façon cette phrase il faut que tu la reformules parce qu'on ne la comprend pas... enfin moi je la comprends pas... parce que tout ça ça ouvre d'autres perspectives... si le médecin généraliste envoie quelqu'un aux urgences pour... et qu'en fait il n'y a rien de particulier à faire... ça ouvre une voie sur la possibilité d'organiser des soins palliatifs au domicile... ça ouvre une voie qui n'est pas encore très bien à mon sens exposée et faite... ici y a les réseaux comme Osmose et ce genre de choses... mais on manque tellement de personnel pour le faire que je trouve que les médecins généralistes ne savent plus s'exprimer pour organiser des soins pall à domicile...mais... mais voilà c'était mes réflexions sur... moi je reste persuadée qu'il faut impliquer beaucoup plus la ville dans ce genre de décisions... je trouve que aux urgences ça nous manque énormément...

Et puis... voilà c'est ça...

Ok

Entretien N°16

Le poids c'est bien mais on l'a pas toujours...

...

... C'est pas mal d'avoir une lettre comme ça...

Les plaintes oui si on pense qu'elles peuvent être différentes de la raison pour laquelle on l'adresse...

Mmm

La prise en charge réanimatoire... d'accord... oui c'est bien...

Vous pouvez m'en dire plus à ce propos ?

C'est bien... ça oblige à donner des détails qu'on met pas forcément... souvent on parle de maintien à domicile difficile, qu'on ne peut plus y arriver... C'est bien c'est souvent des choses que les internes nous demandent quand ils nous appellent...

Donc c'est pas une question qui vous gêne ?

Non... c'est une réflexion qu'il faut avoir en amont... jusqu'où on veut aller... est-ce qu'on est encore sur une quantité de vie qu'on veut gagner ou une qualité de vie... un meilleur traitement plus que vivre plus longtemps... certains s'en fichent... ils préféreraient partir pendant une infection plutôt que de continuer dans ces conditions...

on va très souvent vers l'hôpital parce qu'on a un manque de ressources à domicile...

Mmm

Très bien non moi je trouve que ça pourrait être un modèle qu'on devrait s'imprimer et garder dans nos sacs... ça permet une meilleure interface d'avoir quelque chose de systématisé, ça permet d'avoir une meilleure harmonie avec tous les médecins...

après parfois au domicile on a pas forcément le dossier avec nous donc on a pas tous les antécédents etc et vous aurez besoin de nous appeler mais en soit c'est très bien...

Entretien N°17

Euh... réanimatoire... c'est quoi une prise en charge réanimatoire ? Qu'est-ce que ça veut dire ça...

L'idée c'est que... vous disiez dans votre lettre si vous pensez que la personne est potentiellement réanimatoire ou pas...

Ah si on fait de la fin de vie ou pas quoi ?

Mmm

Euh... ce genre de questions... moi je ne vois pas ce que ça vient foutre dans une lettre type hein... personnellement... sincèrement le coup du réanimateur moi ça me choque un peu... le côté réanimatoire faut voir avec la famille aussi hein... et puis faut voir l'état du patient comment il est... c'est pas le médecin qui décide... ça me choque un peu moi... mais je suis un vieux croûton vous vous êtes jeune!

Mmm d'accord

Euh... sinon le reste est bien oui c'est pas mal... personne à contacter oui ça me semble plus important que votre histoire de réanimatoire... je mettrais le nom de la famille c'est plus intelligent... et puis surtout dire si y a de la famille... ça oui...

D'accord

Je réfléchis... qu'est-ce qu'on peut mettre... les antécédents... vous pourriez éventuellement mettre une ligne médicale et une ligne chirurgicale... pour pas qu'on oublie quelque chose...qu'est-ce qu'on peut mettre d'autre... euh voilà... j'ai pas d'autre idée....

Mmm et qu'est-ce que vous auriez pensé d'une lettre où il fallait tout cocher... par exemple si y a avait une liste d'antécédents... qu'il fallait cocher...

Bah c'est bien c'est pratique mais en même temps on risque d'oublier quelque chose du coup...vous voyez... c'est le seul hic... c'est le risque... c'est pour ça que dans un sens je préfère chercher dans le dossier... voyez j'ouvre le dossier et puis je regarde...

Entretien N° 18

Donc voilà la première version de ma lettre type dont je t'avais parlé. L'idée c'est que tu me dises ce que tu en penses, ce qui te plaît ou ce qui te dérange...

Mmm... je serais toi je simplifierais tu vois... je mettrais traitements et pas habituels, symptômes et pas plaintes du patient... pareil je mettrais examen clinique et pas résultats... tu vois...

Mmm

Le mode de vie est très détaillé. C'est très bien pour nous en gériatrie mais je me posais la question pour les urgentistes... Ça me semble sur-représenté dans ta lettre...

...

La personne à contacter, c'est pas forcément la personne de confiance... Peut être ce serait mieux de mettre personne de confiance et numéro de téléphone...

Mmm

Je souhaiterais être tenu informé ça c'est très bien...

Je pense que c'est pas bon de mettre les commentaires sur une seconde page parce que les gens ne rempliront pas... Déjà si ça apparaît en première page c'est rarement rempli...

Mmm d'accord

Et aussi je mettrais poids et âge au lieu de âgé de... sinon je trouve ça bien...

Qu'est-ce que tu penses de rajouter la créatinine ?

... Alors il faudrait la créat et la date... Mais c'est pas moins important que l'hémoglobine... Sincèrement ma réponse c'est que je pense que ça n'a pas sa place... enfin...ouai... tu vois... je sais pas comment répondre à ta question... c'est top d'avoir la créat mais c'est juste que... je sais pas comment te dire... ça reste un peu du détail... mais... ouai...

Mmm et qu'est-ce que tu penses des troubles cognitifs? Est-ce que tu aurais aimé avoir un item spécifique ?

Non car c'est stigmatisant donc ça fait partie des antécédents et ne doit pas être un item spécifique... moi je dirais non!

VIII.5.2. Troisième tour de DELPHI

entretien N°19

Voilà... Je fais ma thèse avec le Docteur Moulias. Voici la seconde version de ma lettre type. L'idée c'est que vous me disiez ce que vous en pensez, ce que vous trouvez bien ou pas bien, ce que vous auriez envie de modifier...

ok !

Euh... globalement je trouve ça super... enfin c'est intéressant et constructif... Ça peut être très bénéfique de distribuer ça aux médecins généralistes... Je me posais juste la question... est-ce que ce serait un document qu'ils auraient sur ordinateur ou qu'ils rempliraient sur papier libre... ce serait bien de leur proposer de l'avoir direct sur ordi parce que beaucoup de médecins généralistes ont des courriers tout faits donc...

...

Au sujet du mode de vie, il y a l'ascenseur pour les appartements mais pas l'étage...

Mais est-ce que vous avez besoin spécifiquement d'avoir l'étage ou savoir si il a un ascenseur vous suffit ?

Oui... mais en fait si il vit au rez-de-chaussée y a pas d'ascenseur mais on s'en fout! Donc éventuellement...

Mmm

La chambre à l'étage pour les maisons j'ai trouvé ça super intéressant... Alors... est-ce que ça vaudrait pas le coup de mettre les aides techniques... matérielles... l'aménagement de la salle de bain... je me posais la question... mais ça rallonge beaucoup... est-ce que c'est utile... euh...

...

... Je regarde la suite en même temps... La personne de confiance c'est top... les directives anticipées c'est vachement bien aussi... Éventuellement les protections de justice... mais c'est vrai que ça rallonge c'est pleins de détails qui font que le médecin risque d'avoir peur du questionnaire... je sais pas... parce c'est vrai que l'assistance juridique ou financière ça permet de choper pas mal d'indices...

...

... La dernière hospi c'est top... le numéro de téléphone c'est super parce qu'on a pas toujours le bon numéro... Non vraiment c'est super intéressant de diffuser un peu ça... Est-ce que ça vaudrait le coup de mettre les bio récentes ? Mais... ah mais en fait ça fait partie des examens complémentaires pardon...

...

On pourrait peut-être ajouter le dernier compte-rendu...dans la partie dernière hospitalisation...

Mmm

Je trouvais ça très bien d'avoir le motif et les plaintes du patient...

...

Voilà... c'est pertinent je pense que ça peut vraiment apporter une plus-value dans la prise en charge... c'est un rappel pour le médecin d'être transversal dans la prise en charge... et c'est très bien dans la coopération ville-hôpital...

entretien N°20

Voici la lettre type que j'ai faite dans le cadre de ma thèse... c'est donc ma deuxième version. L'idée c'est que vous me disiez librement ce que vous pensez, ce que vous trouvez bien ou pas bien, ce que vous ne mettriez pas ou ce que vous rajouteriez... et donc c'est des questions ouvertes où l'interlocuteur parle librement...

Ok !

Alors... donc c'est le médecin de ville qui envoie ça ok... A priori comme ça je trouve ça pas mal... alors... quand vous dites liaison c'est pour les urgences... d'accord...

...

Votre questionnement sur votre thèse c'est... parce que moi ce que je vois de nouveau... enfin par rapport à ce que moi... ce que je trouve bien c'est sur le mode de vie et la personne de confiance...

Mmm

Ben moi je trouve ça intéressant sur ces deux items que moi je ne remplis pas habituellement... Le contenu me semble bien... Je pense que c'est important de mettre la personne de confiance en fait... et effectivement les directives anticipées c'est une bonne idée... je trouve ça plutôt bien...

... Vous n'avez rien d'autre à ajouter ?

Mmm je réfléchis mais... non je ne vois rien d'autre...

entretien N°21

Voici la lettre type que j'ai faite dans le cadre de ma thèse. Du coup là c'est la deuxième version. L'idée c'est que vous disiez librement ce que vous pensez, ce qui est bien ou mal, ce que vous n'aimez pas...

Bon alors cette lettre elle est destinée à la liaison entre les urgences et la gériatrie... euh non entre la ville et les urgences c'est ça ?

Oui ou avec la gériatrie...

Ok... bon... alors bon... elle est très très bien votre lettre... ça fait gagner du temps et puis ça permet de structurer un peu...

Mmm

Euh... alors le nom, l'âge, le poids... les antécédents ok, le traitement, les allergies... euh oui...bon et puis... et puis alors... la créat non ?

Est-ce que vous la mettez dans les examens complémentaires ou est-ce que vous feriez un item spécifique ?

Euh... oui dans les examens c'est vrai... à réfléchir mais oui c'est vrai... dans les examens complémentaires...

...

Alors bon... vit seul, appartement, ascenseur, maison, chambre à l'étage, les aides à la maison, le nombre d'heures oui... oui donc le mode de vie très bien c'est pour l'autonomie...

...

Moi je mettrais aussi... je pense que... un paragraphe sur la motricité pour avoir des points de comparaison si y a eu un déficit moteur entre temps... l'état cognitif... c'est pas évident... mais faudrait réfléchir là-dessus... et puis... peut-être un mot sur l'évolution de l'autonomie ces derniers mois... d'un autre côté tout ça ça peut être regroupé dans l'examen clinique et les plaintes donc... à réfléchir...

Mmm

Mmm y a rien d'autre qui me vient à l'esprit... je vois pas grand-chose à rajouter c'est très bien...ça permet de ne rien oublier... ça structure les choses...

entretien N°22

Du coup voici ma lettre type... l'idée c'est que vous me disiez ce que vous en pensez de façon libre... ce qui vous dérange ou ce que vous trouvez bien, ce que vous ajouteriez ou pas...

Ok... en gros si jamais t'avais toutes ces infos là ce serait le rêve! Dans la vraie vie j'en ai 25%... L'examen clinique évidemment... les examens complémentaires aussi... l'autonomie c'est primordial... après même si c'est facile et précis je ne suis pas sur que la personne ait une idée précise de l'état de son patient... j'en sais rien...

...

La personne de confiance super... c'est même la loi... Les coordonnées des proches évidemment... alors même tu vois moi les coordonnées des proches je les mettrais plus haut parce que plus ça va et moins c'est rempli... et si on a les coordonnées des proches sans rien à côté on peut les appeler donc ça nous aide déjà...

Mmm

Alors pour les directives anticipées là il y a un vrai blocage et tu verras... enfin là tu soulèves un vrai problème mais c'est très bien d'essayer d'y répondre...

Moi : Mmm

En ce qui concerne le fait de les tenir au courant, c'est un truc où nous en tant qu'urgentiste on doit s'améliorer parce qu'on ne le fait pas par manque de temps et par manque d'envie... je pense que si on avait le numéro sous le nez on le ferait...

...

Donc... tu vois en tant qu'urgentiste, la première partie oui c'est évident mais c'est des choses que globalement on a souvent... et puis le reste bon... l'examen clinique on en tient rarement compte parce qu'on le refait systématiquement et on tient compte du notre... les traitements sont toujours parcellaires donc penser à l'ordonnance c'est bien... et donc je te disais que tu puisses noter l'autonomie c'est essentiel pour la prise en charge médico sociale et pour la suite de ta prise en charge... on va en tenir compte pour savoir si on garde le malade ou pas... voilà...

Mmm

Ces courriers là nous aideraient dans nos évaluations donc... le seul truc c'est le danger des cases vides sur les courriers pré tirés... mais le principe est bien si c'est rempli!

entretien N°23

Voici la deuxième version de ma lettre type... l'idée c'est que vous me disiez ce que vous en pensez, ce qui vous plaît ou ce qui vous dérange... ce que vous auriez aimé en plus... il s'agit de répondre très librement...

Le tampon du médecin... oui... le motif ça doit être bien précis... les antécédents bien détaillés oui... les plaintes... ok... le mode de vie... alors oui pour l'autonomie c'est très important donc ça c'est très bien...

Mmm

Les directives anticipées oui très bien... non je ne vois pas beaucoup de choses à redire... je pense que c'est bien... si tout le monde fait ça on aurait ce qu'il nous faut globalement...

...

Le traitement il faut que ce soit précis surtout pour les anticoagulants... l'ordonnance c'est bien...non je n'ai pas besoin d'autre chose c'est assez clair... après il faut que ce soit lisible... si ils le remplissent c'est très bien...

entretien N°24

Voilà Isabelle la deuxième version de ma lettre type... donc c'est le même principe que la dernière fois si vous pouvez me dire librement ce que vous en pensez! de la même façon que la dernière fois...

C'est bon ça enregistre ?

Oui oui!

Ok! alors euh... j'ai pas grand chose à te dire hein... je vois pas ce qu'on pourrait rajouter de plus ou retirer dans ce que tu veux proposer... par contre c'est juste une question d'organisation mais par exemple le poids et l'âge du patient je mettrais pas ça dans la phrase d'introduction je mettrais ça à côté de l'examen clinique mais ça c'est personnel... euh... voilà... et puis examens complémentaires enfin... à un moment... enfin parce qu'en fait je suis à la maison et j'ai pas...enfin... donc c'est de mémoire mais examens complémentaires je sais plus comment ça s'appelle t'as mis...

Examens complémentaires pratiqués!

J'aime pas ce mot moi j'aurais mis récent ou je sais pas quoi... enfin j'aime pas le mot mais ça c'est personnel...

...

Et puis « je souhaiterais » tu veux le mettre au futur ou au conditionnel ?

Au conditionnel!

Ah bon d'accord oui c'est ça! non parce que... enfin voilà c'est tout parce que je pense que y a pas grand chose à rajouter de plus et à dire de plus donc... on en avait parlé la dernière fois hein... y a à peu près tout ce qu'on veut savoir sur la personne âgée... qui se présente aux urgences... on sait ses antécédents, on sait ce qu'elle prend comme médicaments, on sait comment elle habite, tu avais marqué les aides, y avait des trucs à cocher donc y a à peu près tout... après y a peut-être un peu de mise en forme mais même pas... ça tient sur une page ça c'est fondamental...

Mmm

Et... voilà... je suis contente que ça s'appelle pas une lettre d'adressage parce que je déteste ce mot... euh... voilà...on a besoin de tout ça et c'est noté...

Entretien N°25

Donc voici ma lettre type comme je vous l'avais expliqué et l'idée c'est que vous me disiez ce que vous pensez librement, ce que vous trouvez bien ou pas bien, ce que vous auriez envie de changer ou...

D'accord... euh... alors déjà moi ce que je trouve bien c'est que globalement ça tient en une page donc euh... c'est assez concis... euh après ce que je trouve bien aussi c'est que... on a bien en évidence les différentes caractéristiques du patient... euh et que c'est assez clair...

Mmm

Euh... alors après dans le mode de vie...je me dis que c'est assez fastidieux pour un médecin généraliste le fait de mettre tous ces détails de mode de vie... c'est important mais... bon à la limite il peut cocher ce qu'il veut donc... euh...sinon dans les choses que j'aurais éventuellement ajouté bah...non sinon j'ai pas tellement de choses à ajouter...alors si peut-être ce qu'il y a pas c'est les dernières hospitalisations...ah si dernière hospitalisation... ben oui... non non mais... je pense que c'est important d'avoir cette donnée là... je pense que c'est un élément important...

Mmm et qu'est-ce vous pensez de la personne de confiance ?

Pour la personne de confiance en fait... je sais bien que c'est quelque chose qui... est la base d'avoir une personne de confiance mais je sais pas si la plupart des médecins savent si y a une personne de confiance et j'aurais peut-être parlé plus de référent familial histoire que ce soit pas un frein à ce qui... qu'il y ait un référent ou quelqu'un de l'entourage et qu'on ait vraiment les coordonnées de la personne à appeler... pour être sûr parce que c'est souvent ça qui manque probablement... c'est le contact qui nous permettrait d'avoir des éléments plus détaillés justement des conditions de vie...

Mmm

Euh... voilà... je vois pas d'autre chose... non je trouve ça bien en plus qu'il y ait le poids habituel connu parce que effectivement... à la fois pour les motifs altération de l'état général et décompensation cardiaque effectivement quand on a le poids habituel connu... bon je pense pas qu'on l'ait souvent mais au moins c'est mis en évidence... euh... voilà...

Mmm d'accord...

entretien N°26

Donc voilà Marie la seconde version de ma lettre! est-ce que tu peux me dire ce que tu en penses, si tu y vois des améliorations par rapport à la première version...

Bah écoute c'est très bien! j'aime bien les changements que t'as fait par rapport à la question qui posait problème sur la réanimation ...c'est un peu plus enrobé quoi on va dire! c'est moins brutal...

Mmm

Voilà voilà... oui... tu vois quand tu mets poids habituel connu... oui c'est hyper important mais peut-être dans l'examen clinique que en haut de la... mets peut-être plus les coordonnées en haut... c'est vraiment un coordonnée... c'est personne à joindre euh... c'est vraiment plus comme ça parce que si c'est vraiment libellé personne de confiance y a personne... enfin tu vois personne de confiance c'est un beau mot pour le dire mais c'est pas rempli dans les trois quart des cas à l'hôpital, personne ne remplit la partie personne de confiance donc après c'est à toi de te dire « bon bah la personne de confiance ah bah ça doit être son mari », « ah bah ça doit être sa femme », « ah bah ça doit être ses enfants » c'est un peu toi qui... tu vois ce que je veux dire mais pour certains c'est pas les enfants parce qu'ils vont être loin, parce qu'ils en ont rien à secouer de leurs parents, et ça va être une voisine, une auxiliaire de vie qui est devenue une personne très très proche enfin... donc moi je mettrais... je sais pas comment le libeller... soit personne de confiance comme ça tu restes un peu dans les clous soit personne à joindre.

Mmm

Moi c'est un des premiers trucs que j'aurais mis enfin... tu vois poids habituel connu je suis hyper d'accord comme quoi c'est vraiment très important de le mettre et je suis pas très sûre que ce sera très rempli mais tu le mets tu vois tu le décales un petit peu trois lignes du dessous et tu le mets à coté de l'examen clinique... tu le laisses à droite comme ça c'est bien visible euh... je sais pas si ça fera de trop mais préciser la date parce qu'ils vont nous mettre « oui il fait 90 kilos » et puis il va arriver il va faire 60 kilos tu vas dire c'est quand même bizarre qu'il pèse trente kilos de moins donc il faut peut-être... je sais pas si tu peux écrire en tout petit... la date... je sais pas hein je sais pas si ça sera très rempli sauf si c'est quelqu'un qui est vraiment surveillé par rapport à son poids tu vois... qui est soit très dénutri et qui est très mal en point et qui est suivi à la maison machin ou peut-être un insuffisant cardiaque j'en sais rien... mais je suis d'accord qu'il faut le mettre ne serait-ce que pour interpeller les médecins pour qu'ils se disent « tiens c'est vrai que c'est un critère qu'il faudrait que je surveille »... voilà... tu vois je changerais ces deux là en fait... la personne de confiance elle est un peu noyée au milieu de tout le mode de vie qui est hyper important je te l'avais dit mais la personne de confiance je la trouve trop noyée... c'est pareil « coordonnées du ou des enfants » ça va avec quoi... ta personne de confiance c'est personne à joindre et après c'est à toi médecin de mettre sa fille au 06 etc tu vois ce que je veux dire... parce que c'est pas parce qu'il a des enfants que c'est forcément les enfants qu'il faut joindre en premier... dans la plupart des cas oui mais y a des exceptions où bah voilà ça va être un voisin ou... voilà...

Mmm mais du coup je reviens là-dessus mais tu mettrais pas personne de confiance du coup ?

... Non je pense qu'il faut que tu laisses personne de confiance parce que c'est... il faut maintenant que ça rentre dans les habitudes de tout le monde je veux dire même en ville hein... tu peux très bien en tant que médecin généraliste demander à tes patients quelles sont leur personne de confiance... c'est quand même important... ou alors tu mets personne de confiance ou personne à joindre par défaut...

Mmm d'accord ok ça marche...

... voilà!