

## RAPPORT

# EVALUATION DES HÔPITAUX DE JOUR GÉRIATRIQUES EN BELGIQUE

## PARTIM EXPLORATION DES BARRIÈRES ET DES INCITANTS EN MATIÈRE DE RÉFÉRENCE AUX HÔPITAUX DE JOUR GÉRIATRIQUES TELS QU'ILS SONT PERÇUS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Coordinateurs:     • Prof. Dr. N. Van Den Noortgate - UZ Gent  
                          • Prof. Dr. J. Petermans - CHU Liège

Membres:     • Prof. Dr. D. Giet – ULg Université de Liège  
                  • Dr. P. Denoël – ULg Université de Liège  
                  • Dr. C. Duchesnes – ULg Université de Liège  
                  • Dr. A. Velghe – UZ Gent  
                  • Dr. S. Willems – UGent  
                  • Dr. P. Vanden Bussche – UGent  
                  • Mme F. Desmyter – UGent  
                  • Mme V. Massart – ULg Université de Liège

NOVEMBRE 2008



---

# Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Contexte et schéma de l'étude</b> .....	<b>8</b>
1.1 Projet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement .....	8
1.2 Présentation des hôpitaux de jour gériatriques .....	9
1.2.1 Naissance des hôpitaux de jour gériatriques .....	9
1.2.2 Situation en Belgique .....	11
1.3 Revue de la littérature .....	13
1.4 Objectifs de l'étude .....	13
<b>2 Revue de la littérature</b> .....	<b>14</b>
<b>3 Méthodologie</b> .....	<b>22</b>
3.1 Choix de la méthode: entretiens de groupes (focus groups).....	22
3.2 Recrutement .....	24
3.3 Collecte des données .....	27
3.4 Traitement et analyse des données .....	28
3.5 Conservation des données .....	29

3.6	Communication des données.....	29
3.7	Demande du comité éthique de Gand et Liège.....	30
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>31</b>
4.1	Taux de réponse des participants aux focus groups.....	31
4.2	Composition des focus groups .....	32
4.3	Résultats de l'étude des focus groups .....	38
4.3.1	<b>Facteurs contextuels.....</b>	<b>40</b>
4.3.2	<b>Manque d'informations.....</b>	<b>51</b>
4.3.3	<b>Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques .....</b>	<b>59</b>
4.3.4	<b>Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques.....</b>	<b>65</b>
4.3.5	<i>Raisons positives et avantages à référer .....</i>	<i>82</i>
4.3.6	<b>Suggestions.....</b>	<b>99</b>
<b>5</b>	<b>Conclusions et recommandations.....</b>	<b>112</b>
5.1	Conclusions sur l'explication des raisons qui président au comportement des médecins généralistes en matière de référence aux hôpitaux de jour gériatriques.....	112
5.2	Recommandations en vue de promouvoir l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes .....	118
5.3	Limitations de l'étude.....	124
<b>6</b>	<b>Exemple de Bonne pratique .....</b>	<b>126</b>
6.1	La naissance d'une convention.....	126
6.2	Le rôle du médecin généraliste .....	127

---

6.3 L'esprit .....	128
<b>Bibliographie.....</b>	<b>130</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>132</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>133</b>

# Introduction

Des données chiffrées, issues de précédentes recherches, montrent que les médecins généralistes réfèrent peu aux hôpitaux de jour gériatriques. L'Université et l'hôpital universitaire de Gent et l'Université de Liège sont partis de ce constat pour construire la présente recherche commanditée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Les équipes de recherche francophones et flamandes ont étudié les barrières et les incitants qui influencent le comportement de référence des médecins généralistes vers les hôpitaux de jour gériatriques.

Ce rapport décrit l'étude exploratoire effectuée entre janvier 2008 et juillet 2008. Dans le premier chapitre nous avons décrit le schéma de l'étude. La littérature est présentée dans le chapitre 2. Le troisième chapitre explique en détails la méthodologie et le choix des focus groups. Le chapitre 4 donne les résultats des focus groups. Le chapitre 5 est consacré à des conclusions et à la présentation de recommandations. Enfin, un bel exemple de coopération est illustré dans le chapitre 6.

Nous remercions le commanditaire de cette recherche qui nous a permis d'étudier le concept de manière détaillée. Nous exprimons également notre gratitude à tous les présidents des GLEM (Groupes locaux d'évaluation médicale) et les responsables des

autres associations locales pour leur aide dans l'organisation de ces focus groups. Bien sûr, nous remercions également tous les médecins généralistes qui ont participé aux entretiens pour avoir partagé avec enthousiasme leurs idées et leurs expériences.

Nous espérons que les résultats de l'étude pourront contribuer au développement d'une politique forte, axée sur la bonne collaboration entre les médecins généralistes et les hôpitaux de jour gériatriques dans l'intérêt du patient âgé.

# Chapitre 1

## Contexte et schéma de l'étude

### 1.1 Projet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Le consortium « Universitair Ziekenhuis Gent et Centre Hospitalier Universitaire de Liège » ont reçu pour mission du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement d'effectuer une évaluation des hôpitaux de jour gériatriques en Belgique. Une partie de cette étude, et plus précisément l'exploration des barrières et des incitants en matière de référence des patients aux hôpitaux de jour gériatriques tels qu'ils sont perçus par les médecins généralistes, a été réalisée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège et le Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent en sous-traitance pour le Universitair Ziekenhuis Gent.



Le principal objectif de ce projet est de déterminer les facteurs stimulants et limitants de la référence des patients âgés aux hôpitaux de jour gériatriques du point de vue des médecins généralistes.

En janvier 2008, une équipe de recherche de Gand et une de Liège, coordonnées par le Prof. Dr Nele Van Den Noortgate, gériatre à l'UZ Gent et le Prof. Dr Jean Petermans, gériatre au CHU de Liège ont entamé leurs travaux. Les membres de l'équipe de recherche de Gent sont les Dr Sara Willems, senior researcher vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent, Dr Piet Vanden Bussche, MG et assistant pratique Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent et Mme Fien Desmyter, junior researcher Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGent. Pour l'équipe de Liège, Prof. Dr Didier Giet, Président du Département de Médecine Générale de l'ULg, Mme Valérie Massart, chercheur au Département de Médecine Générale ULg et le Dr Christiane Duchesnes, chercheur au Département de Médecine Générale ULg.

## **1.2 Présentation des hôpitaux de jour gériatriques**

### **1.2.1 Naissance des hôpitaux de jour gériatriques**

Le concept d' "hôpital de jour gériatrique " a été développé dans les années 1950-1960 au Royaume-Uni en tant que pilier majeur des soins aux personnes âgées. L'hôpital gériatrique de jour propose une approche multidisciplinaire des personnes âgées ambulatoires qui met l'accent sur le groupe des "frail elderly"<sup>1</sup>. Cette approche

---

<sup>1</sup> La fragilité (frailty) est définie comme la diminution de la capacité de réserve qui entraîne que des changements internes ou externes pourtant relativement mineurs ont des conséquences importantes sur le fonctionnement tant physique que psychologique. Bien qu'il soit difficile de donner une limite d'âge précise, il s'agit ici de personnes d'environ 75 ans et plus qui combinent les facteurs suivants : troubles concomitants ; troubles ou déficits dans les activités de la vie quotidienne (se laver,

multidisciplinaire peut comprendre aussi bien un volet évaluation qu'un volet traitement ou revalidation.

Le principal objectif d'un hôpital de jour gériatrique est de préserver l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées fragiles par le biais d'une évaluation et d'un traitement spécialisés. Cette approche leur permet de rester dans leur environnement familial, ce qui exerce une influence positive sur la maladie à proprement parler et les limites fonctionnelles et/ou sociales qui en découlent.

Bien que les activités de réhabilitation soient restées une des principales activités des hôpitaux de jour du Royaume-Uni, d'autres fonctions ont également été développées pour répondre aux besoins émergents des soins gériatriques. Une de ces nouvelles fonctions est celle d'intervention de crise. L'évaluation des personnes âgées vulnérables dans un service d'urgence est difficile, notamment pour des raisons de manque de temps. Une évaluation, en urgence, dans un hôpital de jour est souvent préférable, aussi bien pour le patient que pour le médecin généraliste. Au Royaume-Uni, de nombreux hôpitaux de jour ont développé un trajet de soins qui permet la prise en charge des problèmes subaigus par une équipe multidisciplinaire le jour même ou le lendemain. Cette fonction implique un accès aisé aux autres services et examens ainsi qu'un changement au niveau de la perception de ce qu'est un hôpital de jour et une volonté de proposer immédiatement une solution au patient âgé. D'autres trajets spécialisés sont axés sur une série de maladies gériatriques spécifiques notamment les chutes, les troubles de la marche, les troubles de la mémoire, la cachexie, les ulcères, le diabète, l'incontinence et l'affaiblissement général.

Le plus grand avantage de l'hospitalisation de jour réside dans son approche "one-stop shop" des patients présentant pourtant des besoins très complexes qui, ailleurs, devraient consulter dans différents services ou faire appel, si elles sont soignées à domicile, à différents spécialistes et thérapeutes.

## 1.2.2 Situation en Belgique

Fin 2005, au vu du vieillissement de la population et dans le cadre de la poursuite de la réalisation du programme de soins pour le patient gériatrique les Autorités Fédérales ont décidé de dégager des budgets pour le développement du concept d'«hôpital de jour gériatrique». La poursuite du développement du programme de soins pour le patient gériatrique dans les hôpitaux est destinée à garantir au patient âgé, et surtout aux plus âgés, des soins spécialisés, multidisciplinaires, individuels et intensifs aussi bien avant, pendant ou après l'hospitalisation..Ceci, dans le but de permettre aux personnes âgées de rester autonomes et de conserver une certaine qualité de vie le plus longtemps possible. Le programme de soins pour le patient gériatrique a été approuvé par l'Arrêté Royal du 29.01.07 paru au Moniteur Belge du 07.03.07. Ce programme comprend cinq entités : le service de gériatrie, la consultation de gériatrie, l'hôpital de jour gériatrique, la fonction de liaison interne et la fonction de liaison externe.

En 2006, un projet pilote a été lancé en vue de créer 46 hôpitaux de jour gériatriques en Belgique. Le financement de ce projet porte sur 2 ETP en personnel infirmier, 1 ETP paramédical à partir du 1er janvier 2006. Aucun budget n'a, par contre, été prévu pour l'entretien, le secrétariat, les médecins et l'infrastructure. En 2007, 15 hôpitaux de jour gériatriques ont vu le jour et depuis janvier 2008, 23 nouveaux hôpitaux de jour gériatriques sont venus s'ajouter aux 15 premiers. Depuis 1 juillet 2007, une indemnité destinée à couvrir des frais généraux, d'entretien et secrétariat est également prévue. On attend des hôpitaux, entre autre, qu'ils assurent un enregistrement des données patients pour permettre une évaluation a plus précise possible du fonctionnement des hôpitaux de jour et aboutir à un financement structurel.

Conformément à l'Arrêté Royal du 29.01.07, le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le patient gériatrique âgé, en moyenne, de plus de 75 ans. Les patients gériatriques souffrent souvent de plusieurs affections concomitantes et

prennent souvent aussi plusieurs types de médicaments. Ils sont fragilisés au niveau de leur homéostasie, ce qui les rend beaucoup plus sensibles et vulnérables. Dans cette population de patients, un problème peut facilement provoquer une réaction en chaîne : c'est ainsi, par exemple, que chez les personnes âgées, une infection pulmonaire peut facilement provoquer la confusion. Chez ces patients, on note aussi une tendance à l'inactivité et à l'alitement. Leur autonomie est diminuée et ils courent un risque de sous-alimentation plus élevé que la population générale. Tous ces éléments augmentent le risque de devoir quitter leur domicile et entrer dans un établissement de soins.

L'admission dans un hôpital de jour gériatrique se fait à la demande d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objet de l'hôpital de jour gériatrique est de proposer des services d'évaluation diagnostique, de mise au point thérapeutique et de revalidation. Le programme diagnostique ambulatoire peut axer sur l'évaluation des problèmes de mémoire, de chute, de difficultés locomotrices, de l'incontinence urinaire et fécale, des troubles alimentaires, ainsi que sur l'évaluation préopératoire et l'évaluation globale dans le cadre d'une institutionnalisation. Un programme thérapeutique et un programme de revalidation doivent être proposés en complément à l'évaluation diagnostique citée plus haut. L'hôpital de jour gériatrique permet aux patients gériatriques de concentrer tous les examens et consultations afin d'obtenir une évaluation médicale complète en un seul jour, à un seul endroit sans hospitalisation. La structure de jour diminue aussi l'obstacle que représente l'hôpital pour les patients.

L'hôpital de jour augmente le confort aussi bien des patients que de leur famille. Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, les patients disposent d'un lit ou d'un relax. A midi, ils reçoivent un repas chaud et peuvent être accompagnés, pendant leur séjour, par un membre de la famille ou un ami. Les patients qui présentent des problèmes de mobilité et qui doivent subir plusieurs examens sur la même journée ont la possibilité d'attendre à l'hôpital de jour et de se reposer confortablement entre leurs examens plutôt que de devoir attendre dans une salle d'attente.

### 1.3 Revue de la littérature

Les principales publications disponibles sur le sujet de l'étude et ses thèmes annexes ont été recherchées et analysées. La revue de la littérature avait surtout pour but de donner aux chercheurs les informations de base leur permettant d'interpréter les résultats de la recherche qualitative. La littérature n'a pas été systématiquement consultée, car il s'agissait essentiellement de réaliser une étude qualitative et non une analyse poussée de la littérature. Cette revue de la littérature est brièvement abordée dans le chapitre 2.

### 1.4 Objectifs de l'étude

Sur la base d'une étude exploratoire qualitative, les chercheurs ont analysé les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des hôpitaux de jour gériatriques. Les questions de l'étude étaient les suivantes:

- Quel est le degré de notoriété de l'hôpital de jour gériatrique auprès des médecins généralistes ?
- Quels sont les incitants en matière de référence à l'hôpital gériatrique au niveau des médecins généralistes?
- Quelles sont les barrières qui empêchent les médecins généralistes d'envoyer leurs patients dans un hôpital de jour gériatrique ?
- Quelles sont les attentes des médecins généralistes par rapport à un hôpital de jour gériatrique ?

Des recommandations stratégiques ont été formulées dans le sens d'une stimulation de la collaboration entre le médecin généraliste et l'hôpital de jour gériatrique.

## Chapitre 2

# Revue de la littérature

La revue de la littérature a fourni peu d'informations concernant le comportement de référence et l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes. Les résultats des études pertinentes disponibles sont brièvement discutés ci-dessous.

Les problèmes gériatriques des patients demandent, de la part du thérapeute de l'attention, du temps et de l'énergie. Il ressort du rapport d'évaluation du projet pilote "Hôpitaux de jour gériatriques" de Van Den Noortgate et al. [\(1\)](#) que l'implication du médecin généraliste varie d'un hôpital de jour à l'autre. Souvent, les médecins généralistes ne connaissent pas suffisamment les hôpitaux de jour gériatriques et de ce fait, dans moins de la moitié des cas seulement le patient y est envoyé par son médecin généraliste. Le référent est le plus souvent le médecin traitant (85%), qui, dans 60% des cas est un médecin hospitalier et dans 40% des cas un médecin généraliste. Seulement 7% des patients sont envoyés à l'hôpital de jour gériatrique par une MRPA/MRS, y viennent de leur propre initiative ou à la demande de leur famille. Pour les 8% restants, la personne référente est inconnue. Les références internes par les services du même hôpital passent, pour la plupart, par les services polycliniques des services gériatriques, directement par les

---

services gériatriques et, dans une moindre mesure, par les autres services cliniques. Dans 85% des cas, la principale raison de ces références est un motif diagnostique. Une minorité seulement des patients gériatriques est envoyée à l'hôpital de jour gériatrique pour des activités thérapeutiques (18%) ou des activités de revalidation (5%) ou pour une autre raison non précisée (3%). Certains hôpitaux de jour gériatriques se montrent réticents à proposer des programmes thérapeutiques et de revalidation active de peur des réactions au niveau des soins de première ligne. Les activités de suivi sont donc confiées au médecin généraliste. Cette fonction de suivi et de soutien est importante parce qu'elle permet de prolonger et de renforcer les actions menées par l'HdJG auprès des patients.

Dans les hôpitaux de jour gériatriques qui endossent un rôle de suivi actif, celui-ci n'est assuré par le médecin généraliste que dans 20% des cas seulement.

De nombreux hôpitaux de jour gériatriques britanniques sont sous-utilisés. Une étude de Donaldson, Wright, Maynard, Hamill, et Sutcliffe (2) menée auprès de sept hôpitaux de jour gériatriques a montré que la majorité des patients d'un hôpital de jour gériatrique y sont envoyés par un médecin hospitalier. Moins de 10% des patients y sont envoyés par les médecins généralistes. Selon Hildick-Smith (3), les médecins généralistes confondraient le rôle d'un hôpital de jour avec les fonctions d'un centre de jour. La principale fonction des hôpitaux de jour gériatriques est de prodiguer des soins médicaux de jour pendant un maximum de trois mois. Les centres de jour gériatriques proposent plutôt, sur une base permanente, des soins axés sur la situation sociale des personnes âgées solitaires ou instables sur le plan mental. Il est néanmoins vrai que ces deux types de services sont apparentés. Les patients d'un hôpital de jour qui font une rechute peuvent être envoyés vers un centre de jour. Inversement, une admission dans un hôpital de jour s'avère parfois plus opportune chez certaines personnes âgées dirigées initialement vers un centre de jour. Etant donné que les médecins généralistes sont des référents directs ou indirects importants à ce niveau, il est recommandé de mettre en place une communication claire sur le rôle des hôpitaux de jour gériatriques pour que les

médecins généralistes puissent référer à ces hôpitaux les patients susceptibles de pouvoir profiter des soins qui y sont proposés et que les médecins généralistes prennent aussi conscience des différences entre les hôpitaux de jour gériatriques et les centres de jour.

Les chercheurs Williams et Clementson [\(4\)](#) ont interrogé 130 médecins généralistes britanniques sur l'importance relative des différentes fonctions endossées par les hôpitaux de jour gériatriques. 54% des médecins généralistes ont estimé que leur principale fonction était la revalidation et ensuite une fonction diagnostique (37%). Les médecins généralistes qui avaient moins de 10 ans d'expérience ont estimé que la fonction diagnostique était moins importante que les médecins généralistes qui avaient plus de 10 ans d'expérience. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le nombre de partenaires d'une pratique et la perception de la pertinence des fonctions d'un hôpital de jour gériatrique par les médecins généralistes. Il ressort de cette étude que, dans l'ensemble, les médecins généralistes souhaiteraient que les hôpitaux de jour gériatriques proposent un large éventail de fonctions diagnostiques, thérapeutiques et de revalidation.

En ce qui concerne la communication entre la première et la deuxième ligne, il ressort d'une étude réalisée aux Pays-Bas par Yildiz, Avonts, Wyffels et Smets [\(5\)](#) qu'on accorde trop peu d'attention à la demande des médecins généraliste et à celle des patients. Dans aucune lettre de référence, le médecin généraliste ne formulerait clairement qu'il prévoit et coordonne le suivi. Pourtant, aussi bien les hôpitaux de jour que les médecins généralistes apprécieraient une politique de suivi clairement définie.

Williams, Jesudason, et Singh [\(6\)](#) ont essayé d'identifier le système de référence préféré des médecins généralistes. Les chercheurs ont conclu que la référence directe par le biais d'un système de fiche (reprenant les détails diagnostiques, la liste des médicaments, l'historique des examens, le contexte social et les motifs de la



---

référence) jouit de la préférence par rapport à une référence par le biais d'un consultant. Bien que la moitié environ des nouveaux patients de trois hôpitaux de jour gériatriques participants ait été envoyée par un médecin généraliste, 60% des médecins généralistes qui ont participé à l'étude n'y réfèrent jamais ou n'y réfèrent qu'occasionnellement des patients. Cela veut dire qu'une partie de la population âgée n'a pas accès à cette forme de soins. Si on veut que les hôpitaux de jour gériatriques soient exploités de manière optimale, les médecins généralistes doivent devenir une source de référence importante.

Piterman et Koritsas (2005) [\(7\)](#) ont étudié les relations entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste. En Australie, de nombreux médecins généralistes réfèrent leurs patients à des spécialistes, et plus particulièrement à des chirurgiens orthopédistes, des ophtalmologues, des chirurgiens et des gynécologues. Les motifs de référence vont d'une demande de diagnostic ou d'examen à une demande de traitement ou de revalidation. La référence est aussi parfois effectuée sous la pression sociale exercée par le patient ou dans le cadre de problèmes médico-juridiques. Les déterminants de la référence sont souvent liés aux compétences médicales du spécialiste, aux contacts précédents avec le spécialiste, à la qualité de la communication entre les deux médecins, à la localisation du spécialiste et à la préférence du patient. A leur tour, les médecins spécialistes attendent du médecin généraliste des informations adéquates sur le problème et les antécédents du patient. Une réponse claire du médecin généraliste concernant le diagnostic et le déroulement ultérieur des soins est également appréciée. De son côté, le patient apprécie, lui aussi, une communication claire, des explications sur son diagnostic, son traitement et son suivi. Lorsque certaines de ces attentes ne sont pas comblées, les trois protagonistes du système de référence restent sur leur faim.

En utilisant un questionnaire qu'ils ont soumis aux médecins généralistes, Kennedy et McConnell [\(8\)](#) ont déterminé, entre autres, les facteurs qui influencent la référence facultative et non urgente à un hôpital plutôt qu'à un autre. La longueur

des listes d'attente et la connaissance de l'expertise du spécialiste par le médecin généraliste semblent particulièrement déterminantes dans la décision de référer ou de ne pas référer. Des facteurs tels que l'accès à l'hôpital de jour gériatrique et le choix du patient semblent moins importants. Contrairement aux attentes, les chercheurs ont constaté que les médecins généralistes étaient disposés à changer d'hôpital de jour gériatrique pour un hôpital dont les délais d'attente sont moins longs et qui les informe régulièrement sur ces délais.

Powell et Nixon (1996) [\(9\)](#) ont élaboré des recommandations destinées à stimuler la communication de l'information médicale entre les thérapeutes des patients âgés. Les hôpitaux de jour gériatriques sont un bel exemple de plateforme de rencontre entre les soins de première et de deuxième lignes. L'hôpital de jour gériatrique endosse une fonction de liaison entre l'hôpital aigu et la société. La collaboration entre les gériatres et les médecins généralistes demande donc une clarté suffisante sur la répartition des rôles et des responsabilités. Les patients peuvent être référés à des hôpitaux de jour gériatriques par le médecin généraliste, par le thérapeute de l'établissement où ils résident, par un autre thérapeute et parfois par un membre de la famille ou par des amis. Dans la majorité des cas, le médecin généraliste est d'accord avec cette référence, quelle que soit sa source. Les deux auteurs plaident pour une communication expresse basée sur un document stratégique écrit que les hôpitaux de jour gériatriques mettraient à la disposition de leur équipe, des médecins généralistes, des patients et de leur famille, un document qui établirait une procédure de référence claire et déterminerait précisément les responsabilités.

La vision de Thompson [\(10\)](#) sur les hôpitaux de jour gériatriques est celle d'un représentant des médecins généralistes du Royaume-Uni. Selon cet auteur, la connaissance de la gériatrie constitue un élément essentiel du maintien, le plus longtemps possible, des personnes âgées à domicile, maintien que le médecin généraliste peut essayer d'encourager au maximum. Les hôpitaux de jour gériatriques sont, avant tout, un lieu de liaison entre la société et la gériatrie. Selon

---

Thompson, paradoxalement, les médecins généralistes ne visitent jamais ou seulement rarement les cliniques de jour. Une visite de travail d'une demi-heure seulement dans un hôpital de jour gériatrique leur ferait pourtant mieux prendre conscience de ce qu'est un hôpital de jour gériatrique qu'une journée entière à écouter des orateurs en parler à un symposium. Le médecin généraliste devrait avoir une certaine connaissance de ce qui se passe dans les hôpitaux de jour gériatriques, pour pouvoir sélectionner les patients les plus à même de tirer un bénéfice optimal de cette forme de soins. Cette sélection devrait être basée sur le fait qu'une admission dans un hôpital de jour gériatrique a pour objectif d'améliorer la vie du patient et ceci dans le sens le plus large. Lorsqu'un patient est envoyé dans un hôpital de jour gériatrique, il est important que le médecin généraliste ait une image claire et complète de l'état du patient et qu'il motive spécifiquement sa référence. Thompson plaide aussi pour que le médecin généraliste reste actif afin que l'hôpital de jour gériatrique puisse évoluer vers une fonction de liaison entre l'hôpital et la communauté. Les hôpitaux de jour gériatriques présentent encore toute une autre série d'avantages. Non seulement ils permettent de réaliser des économies sur le nombre de lits d'hôpitaux mais offrent aussi une plus-value en termes d'avantages humains car cela permet aux patients de rentrer chez eux le soir, ce qui permet d'éviter des conséquences telles que la confusion et la crainte de l'hospitalisation. L'HdJG permet de regrouper plusieurs examens en un seul jour, ce qui est rarement le cas dans les autres hôpitaux où ils sont le plus souvent répartis sur plusieurs jours. Lorsque le patient âgé habite avec sa famille, sa prise en charge à l'hôpital de jour gériatrique soulage les soignants informels et les libère de leurs responsabilités. Cette "pause" peut être synonyme d'un certain soulagement qui permet à la famille de recharger ses batteries. Mais, malgré cela, une bonne coordination entre l'hôpital de jour et le domicile reste importante. Selon Thompson, les points susceptibles d'amélioration sont la mise en place de services de transport réguliers et une répartition géographique homogène des hôpitaux de jour gériatriques.

Dasgupta et collègues (11) ont étudié, au Canada, l'amélioration de santé enregistrée chez les patients gériatriques utilisant l'hôpital de jour gériatrique et plus particulièrement le service de revalidation. Ce travail suscite des perspectives intéressantes. Il pourrait être étudié rétrospectivement les succès enregistrés par cette institution et par là déterminer les patients qui peuvent bénéficier des services de l'hôpital de jour gériatrique.

En Grande-Bretagne, Black (12) a analysé l'évolution des fonctions de l'hôpital de jour gériatrique. De nouveaux rôles apparaissent tels que la prise en charge de pathologies urgentes du patient âgé ainsi que celle de problèmes subaigus. Il met en avant l'importance de l'équipe pluridisciplinaire et de la disponibilité d'équipements médicaux performants. Il mentionne également les programmes de gestion de maladies chroniques qui aident les soignants utilisant fréquemment l'hôpital de jour gériatrique. Il est donc perçu comme un partenaire hospitalier privilégié et comme une ressource pour la première ligne de soins.

En résumé, on peut dire que la création d'hôpitaux de jour gériatriques représente avant tout et surtout une plus-value pour les patients âgés présentant certains problèmes de santé spécifiques et des pathologies multiples. L'hôpital, la première ligne de soins et la société y trouvent tous des avantages. Différents programmes, tant diagnostiques, que thérapeutiques et de revalidation y sont proposés par une équipe spécialisée multidisciplinaire, sachant que l'admission dans un hôpital de jour gériatrique évite une hospitalisation classique. La collaboration avec les médecins généralistes doit encore être optimisée. Le médecin généraliste et les autres services internes et externes ne sont pas suffisamment informés de la vie d'un hôpital de jour gériatrique. Les chiffres relatifs à la référence montrent que la majorité des patients sont envoyés par un médecin hospitalier, alors que le principal rôle de référence à ce niveau devrait être endossé par le médecin généraliste.

En conclusion, la littérature (internationale) met en évidence un besoin constant de communication et d'accord sur la répartition des tâches. D'une part, il faut accorder

beaucoup d'attention à la transparence de l'information. D'autre part, une répartition des tâches formelle et une délimitation claire des responsabilités sont des conditions de base pour une bonne collaboration. Une contre-référence avec des recommandations concrètes pour le MG aide à la continuité des soins et diminue la crainte d'une collaboration pour de nouveaux patients. La réticence du MG par rapport à la référence aux HdJG doit être diminuée autant que faire se peut. Une diminution des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, la possibilité de référer un patient en urgence, un bon support technique et une collaboration interne avec d'autres spécialistes de l'hôpital sont des éléments importants mentionnés.

# Chapitre 3

## Méthodologie

### 3.1 Choix de la méthode: entretiens de groupes (focus groups)

Pour identifier les barrières et les incitants à la référence aux hôpitaux de jour gériatriques tels qu'ils sont perçus par les médecins généralistes, nous avons opté pour une méthode qualitative et plus particulièrement pour les focus groups.

Pendant les mois de mars, avril, mai et juin 2008, 10 focus groups composés de médecins généralistes ont été organisés en Wallonie et 5 focus groups en Flandre.

Une étude qualitative vise à dresser l'inventaire le plus large possible des représentations, perceptions et idées. Cette technique nécessite la construction d'un guide d'entretien permettant une discussion semi-dirigée. Le guide cible quelques thèmes (d'où le terme « focus ») et le modérateur s'en sert comme support afin de s'assurer que tous les sujets sont bien abordés. La liste de questions (voir annexe 1) a été élaborée de commun accord par les deux équipes et concernait les thèmes suivants: la connaissance et la notoriété des hôpitaux de jour gériatriques, les barrières et incitants à la référence, la collaboration entre l'hôpital de jour gériatrique et le médecin généraliste ainsi que les actions à entreprendre pour promouvoir et améliorer l'hôpital de jour gériatrique.

---

Pendant les discussions, l'accent n'est pas mis sur l'ordre des questions posées par celui qui dirige l'entretien et les réponses des participants mais bien sur le contenu et la profondeur des réponses. « Les groupes focalisés donnent l'occasion aux individus d'exprimer leur représentation de la réalité sociale, cette perception se construisant au moment du discours, c'est-à-dire en réponse aux interactions propres à chaque discussion »(13). Les raisonnements et les idées sous-jacentes sont explorés et permettent d'arriver à comprendre pourquoi certaines personnes adoptent certains comportements par rapport au thème abordé.

Idéalement, un focus group doit comporter une dizaine de participants, avec un minimum de 6 et un maximum de 12 participants. Il est important que le groupe ne compte pas trop de participants pour permettre à tous de participer activement et au modérateur de conserver une vue d'ensemble, mais il est aussi important qu'il en compte assez pour que la discussion de groupe fournisse plus d'informations qu'une approche individuelle et pour assurer une dynamique de groupe efficace.

A chaque entretien, deux chercheurs sont présents : un modérateur et un observateur. Le modérateur intervient en qualité d'animateur et de facilitateur de l'entretien. L'observateur assiste le modérateur, se charge des aspects techniques et suit attentivement la discussion. L'observateur consacre beaucoup d'attention à la communication non verbale et note les réponses et non-réponses, la collaboration et la dynamique de groupe. Au cours des soirées de discussion, un repas sandwich et une boisson ont été proposés et, après la discussion, les médecins généralistes ont reçu un bon d'achat (en Flandre) ou des honoraires symboliques (en Wallonie et à Bruxelles).

Dans la recherche qualitative, c'est « la saturation théorique » ou la saturation des données qui est recherchée. Le principe de la saturation est simple: on interroge des membres du public cible jusqu'au moment où personne n'apporte plus de nouvelle information (14).

Dans chaque équipe de recherche, au terme des focus groups et de leur analyse, on a constaté que le point de ‘saturation théorique’ était atteint et qu’aucune nouvelle donnée n’était plus émise.

Cette étude ne visait pas la validité externe ou l’extrapolation des affirmations énoncées. Son but était d’identifier un maximum d’aspects relatifs à la référence aux hôpitaux de jour gériatriques.

## 3.2 Recrutement

Le recrutement a porté exclusivement sur des médecins généralistes n’exerçant pas les fonctions de médecin coordinateur et conseiller de MRS.

Le processus de recrutement a été différent dans les deux parties du pays. Dans la partie francophone du pays, on a opté pour des groupes distincts d’utilisateurs et de non-utilisateurs, géographiquement bien répartis. Cette séparation paraissait intéressante pour distinguer d’une part, les a priori que pouvaient avoir les médecins généralistes à l’égard des HdJG (hôpitaux de jour gériatriques) et, d’autre part, les expériences qu’ils avaient vécues. En Flandre, on a donné la préférence à des focus groups mixtes, dans lesquels le fait d’utiliser ou non l’hôpital de jour n’a pas été considéré comme un critère discriminatoire mais pour lesquels on a recherché une bonne répartition géographique. Nous allons décrire ces deux méthodes de recrutement.

En Flandre, les médecins généralistes ont été recrutés par les présidents des LOK (groupes locaux d’évaluation médicale, appelés GLEM dans la partie francophone du pays). Lors de la sélection au niveau des LOK, on a plus ou moins essayé de couvrir les cinq provinces flamandes. On a aussi essayé de tenir compte de la localisation des hôpitaux de jour gériatriques. Certains LOK ont été sélectionnés à proximité de ceux-ci, d’autres dans une zone rurale.



Dans une première phase, les présidents des LOK ont été contactés par téléphone par un des chercheurs qui leur a présenté l'étude et leur a demandé d'en parler à leurs membres. En cas de réponse positive du président du GLEM et de ses membres, dans une deuxième phase, une lettre d'invitation (voir annexe 2) a été envoyée au responsable du LOK pour confirmer le premier contact téléphonique. Ensuite, des arrangements clairs ont été pris avec le responsable du LOK sur le lieu, le temps, les détails pratiques et les lettres d'invitation destinées aux médecins généralistes. Dans une troisième phase, les membres du LOK ont été contactés par le biais d'une lettre personnalisée (voir annexe 3), signée par le président du LOK, le Dr Piet Vanden Bussche, le Dr Sara Willems et Madame Fien Desmyter. Cette lettre mentionnait le but de l'étude, le déroulement de la soirée d'entretien, la rémunération prévue et les informations pratiques et sondait leur intérêt à participer à l'étude. Lors du premier focus group seulement, une quatrième phase a été intégrée qui consistait à contacter les médecins généralistes par téléphone quelques jours après la réception de la lettre pour leur demander s'ils étaient intéressés par l'étude et leur demander de confirmer leur participation. Etant donné que les focus groups sont organisés pendant les réunions prévues pour les LOK - ce qui offrait une garantie de présence d'un grand nombre des médecins généralistes - pour les quatre focus groups suivants, on a seulement pris contact par téléphone avec le responsable du LOK deux jours avant la date convenue pour confirmer la présence des médecins généralistes. Les entretiens de groupe ont eu lieu le soir, vers 20h30-21h. Au total, en Flandre, 5 soirées LOK ont été réservées à ces focus groups.

Dans la partie francophone du pays, deux types de publics ont été interrogés séparément: des groupes de médecins généralistes (MG) non-utilisateurs des hôpitaux de jour gériatriques (HdJG) et des groupes de médecins généralistes utilisateurs des hôpitaux de jour gériatriques.

Il s'agit des deux populations dont les commanditaires du projet voulaient connaître les opinions spécifiques. Des focus groups homogènes ont été organisés; il est en effet

recommandé que « les groupes soient homogènes pour que les débats soient fructueux et égalitaires ».(13)

Nous devons cependant émettre deux remarques: la première concerne les groupes de MG non utilisateurs. Il est arrivé dans certains focus groups que des membres aient déjà entendu parler de l'HdJG mais aussi que certains participants, depuis le recrutement pour l'étude, se soient renseignés et aient référé entretemps à un HdJG proche. Ils devenaient donc quelque peu « utilisateurs » après avoir vécu une petite expérience de collaboration avec un HdJG.

La deuxième remarque a trait aux groupes de MG utilisateurs. La plupart des participants utilisateurs ont expliqué avoir une expérience assez réduite en matière de références de patients à un HdJG.

Pour couvrir le territoire francophone, les focus groups se sont déroulés dans 5 provinces. Deux focus groups ont donc été organisés dans chacune des provinces francophones un réunissant des MG utilisateurs de l'HdJG et un autre réunissant des MG non-utilisateurs de l'HdJG. Ils ont eu lieu entre le 19 mars 2008 et le 11 juin 2008.

On peut penser que l'échantillon de médecins généralistes (MG) sélectionnés est suffisamment diversifié pour deux raisons.

D'abord, des MG provenant de différentes régions francophones ont été rencontrés. Les chercheurs pensent que la variété des pratiques médicales, des populations soignées, des caractéristiques de référence à la deuxième ligne (distances plus ou moins longues pour accéder à un établissement hospitalier) ont ainsi été prises en compte. Dans les études qualitatives, « on interroge un nombre limité de personnes. La question de la représentativité au sens statistique du terme ne se pose donc pas. Le critère qui détermine la valeur de l'échantillon devient son adéquation avec les objectifs de la recherche en prenant comme principe de diversifier les personnes interrogées et en vérifiant qu'aucune situation importante n'a été oubliée » (15)

Ensuite, il semble que les 10 focus groups organisés en région francophone ont permis d'atteindre la saturation des données.

---

Chaque FG a été animé par 2 personnes dont au moins une était médecin généraliste en activité. Ont animé les focus groups: Dr Didier Giet, Dr Philippe Denoël, Dr Christiane Duchesnes et Madame Valérie Massart. Les discussions ont commencé généralement à 20h30 et ont duré 1h30 en moyenne.

### 3.3 Collecte des données

Tous les participants ont reçu une lettre d'information et un formulaire de consentement éclairé (voir annexe 4) pour signature avant le début des entretiens de groupe. Ensuite, chaque médecin généraliste participant a rempli une fiche de données anonyme permettant de décrire la population de chaque focus group. Les éléments suivants ont été demandés :

- Données sociodémographiques : âge, sexe, code postal et commune de l'adresse professionnelle
- Nombre d'années d'expérience professionnelle
- Médecin coordinateur et conseil (MCC en MRS) ou non
- Environnement de travail: pratique solo, duo ou de groupe ou centre de santé de quartier
- Estimation du pourcentage de patients de plus de 65 ans dans la patientèle
- Nombre de patients référés à un hôpital de jour gériatrique par an (catégories: 0, 0-5, 5-10, >10)
- Hôpitaux de jour gériatriques auxquels les patients étaient éventuellement référés

Dans les focus groups francophones réunissant des médecins «non utilisateurs », une feuille d'information (voir annexe 5) relative aux objectifs des HdJG était distribuée aux participants, en cours de séance dès que ceux-ci avaient terminé d'exprimer leur opinion « a priori » pour leur permettre de réagir de manière plus éclairée aux sujets abordés ensuite selon le guide d'entretien.

L'entretien mené dans le cadre des focus groups a été enregistré sur bande audio et transcrit. Il a été annoncé aux participants, aussi bien par écrit qu'oralement, que les entretiens seraient traités de manière strictement confidentielle et que les enregistrements audio seraient détruits à la fin du projet. L'anonymat était garanti par le fait qu'aucun nom ou référence à une personne ne serait repris dans les transcriptions ou dans le présent rapport. Pendant et immédiatement après chaque focus group, des notes ont été prises pour servir de repères dans le traitement des données.

### **3.4 Traitement et analyse des données**

Le traitement et l'analyse se sont déroulés en trois phases. Dans une première phase, les enregistrements des entretiens de groupe ont été retranscrits littéralement en utilisant le programme MS Word 2007. Les enregistrements sur bande présentaient l'avantage de permettre une écoute répétée des entretiens ainsi que l'intervention d'un tiers indépendant pour évaluer les résultats. En Flandre, l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative des données NVivo7. En Wallonie, le traitement des données a été effectué manuellement à l'aide du programme MS Word 2007 selon la même méthode d'analyse interprétative.

Dans une deuxième phase, presque toutes les phrases ont été codées sur base de leur contenu. Les affirmations ou phrases ayant le même contenu et concernant un thème pertinent ont été regroupées dans une catégorie ou code. Le schéma des principaux codes et sous-codes donne un aperçu de l'ensemble des thèmes. Les codes du schéma sont inclusifs ce qui veut dire que tous les codes sont dans le schéma récapitulatif, mais qu'ils n'apparaissent pas systématiquement dans tous les focus groups. Il convient également de faire remarquer que lorsqu'une citation se rapporte à plusieurs thèmes, elle est classée sous plusieurs codes. Pour assurer l'uniformité des codes utilisés, les groupes de recherche de Gand et Liège ont systématiquement

complété le schéma contenant les fragments codés. Sur cette base, un schéma de codage définitif a été établi ; il a servi de base pour l'analyse. Dans une troisième phase, on a recherché les liens entre les différents codes attribués. Sur base d'une approche globale, on a procédé à une synthèse élargie des principaux résultats et recommandations qui composent ce rapport.

### **3.5 Conservation des données**

Pour des raisons de sécurité, le fichier de données et les analyses ont été conservés sur un ordinateur protégé par un mot de passe connu uniquement du chercheur qui effectuait les analyses. Les bandes audio ont été conservées dans une armoire dans un local en permanence fermé à clé. Seuls les collaborateurs du projet avaient accès à ces enregistrements et à la base de données. Les bandes seront détruites à la fin du projet.

### **3.6 Communication des données**

Les analyses des données sont présentées dans ce rapport final. Les informations personnelles ou les données qui permettraient l'identification des participants n'ont pas été reprises. Si les résultats de l'étude devaient être publiés, les données d'identification seront traitées de manière strictement confidentielle. Les verbatims repris dans le rapport final ne sont pas toujours copiés littéralement. Les éléments superflus propres au langage parlé, notamment les lapsus, les répétitions et les interjections ont été supprimés.

### 3.7 Demande du comité éthique de Gand et Liège

Le groupe de recherche de Gand et le groupe de recherche de Liège ont introduit, en même temps, une demande d'avis au Comité d'éthique pour un projet d'étude sur l'homme. Le Comité d'éthique de l'UZ Gent est ici le comité d'éthique principal et le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, le comité d'éthique local. L'étude a reçu un avis positif (numéro d'enregistrement CE: B67020083854).

Une demande électronique de traitement automatisé de données à caractère personnel a ensuite été introduite auprès de la Commission de la protection de la vie privée. Cette déclaration a été enregistrée et publiée au registre public de la commission (numéro de traitement CPVP : VT005005950).

# Chapitre 4

## Résultats

### 4.1 Taux de réponse des participants aux focus groups

En Flandre, on s'attendait à devoir contacter de nombreux LOK pour obtenir un taux de réponse suffisant. Le recrutement des participants s'est fait plus facilement qu'escompté. Nous avons été frappés par le caractère 'démocratique' du processus : le président du LOK a d'abord fait la proposition à son groupe avant de donner son accord. Une série de LOK étaient prêts à intercaler ce sujet et à en postposer un autre pour répondre à notre calendrier serré. Les premiers contacts avec les présidents de LOK nous ont fourni l'opportunité d'organiser les entretiens de groupe pendant la réunion du LOK. Le recrutement des participants a été facilité par le fait que les focus groups se sont déroulés les jours de réunion des LOK, à l'endroit et à l'heure habituels. De plus, les participants doivent assister à au moins deux réunions de LOK par an dans le cadre de leur accréditation ; la présence d'un nombre suffisant de participants était donc garantie dès le départ et a même le plus souvent dépassé nos espérances.

Dans la partie francophone du pays, deux types de recrutement ont été mis en œuvre: 1°) Pour Liège et Bruxelles, l'échantillonnage a été aléatoire. A partir des

listes d'inscriptions à l'Ordre provincial des Médecins, un tirage au sort a été effectué.

Une téléphoniste a contacté les MG sélectionnés et leur a présenté l'objet de l'étude et ses modalités. Lorsqu'un MG contacté acceptait l'invitation, il était invité à une date déterminée en fonction de son statut d'utilisateurs ou de non-utilisateurs de l'HdJG. Un courrier de confirmation était ensuite envoyé aux MG.

De très nombreux MG ont été contactés par téléphone mais beaucoup de refus de participation ont été enregistrés. La raison la plus souvent invoquée est le manque de temps; ce n'est donc pas un désintérêt pour l'étude qui a été mis en cause en premier. Après engagement des MG lors du contact téléphonique, les animateurs ont observé de très nombreuses absences le jour du focus group.

Les difficultés de recrutement et le déficit de participation ont justifié le recours à une méthode d'échantillonnage différente pour le 2<sup>ème</sup> focus group de Liège et pour les autres régions.

2°) Pour les provinces de Namur, Luxembourg et Hainaut et un des focus groups de Liège, on a effectué un recrutement par « boule de neige » (14) un MG de chacune des régions a recherché et contacté lui-même des MG utilisateurs et non-utilisateurs des HdJG. Le secrétariat de la cellule de recherche adressait également un courrier de confirmation aux médecins ainsi présélectionnés. Au moyen de cette méthode de recrutement, les refus et désistements ont été nettement moins importants voire parfois inexistant: cela est probablement lié aux bonnes relations préexistantes entre le MG qui a assuré le recrutement et ses Confrères locaux.

## 4.2 Composition des focus groups

Pour ces focus groups, nous avons invité des médecins généralistes utilisateurs et non-utilisateurs des hôpitaux de jour gériatriques. En Flandre, cinq focus groups mixtes ont été organisés dans l'ordre chronologique suivant:



- Deux focus groups avec des médecins généralistes d'un LOK d'Oostkamp (9 participants à Oostkamp1 et 7 participants à Oostkamp2)
- Un focus Group avec des médecins généralistes d'un LOK de Genk (10 participants)
- Un focus group avec des médecins généralistes d'un LOK de Gand (8 participants)
- Un focus group avec des médecins généralistes d'un LOK de Deurne (9 participants)

Dans la partie francophone du pays, 10 focus groups homogènes ont été organisés dans 5 régions différentes: 5 réunissant des MG utilisateurs des HdJG et 5 regroupant des MG non-utilisateurs des HdJG (Tableau 4.1). Toutefois, ayant interrogé des groupes « homogènes » de médecins (non-utilisateurs ou utilisateurs) en Wallonie et à Bruxelles, il était aisé d'identifier quel propos était tenu par quelle population de médecins.

**Tableau 4.1: récapitulatif des focus groups organisés en Wallonie et à Bruxelles**

dates	lieux des FG	provinces	utilisateurs	non utilisateurs
19 mars 2008	Jupille	Liège	3	
20 mars 2008	Jupille	Liège		6
22 avril 2008	Chapelle-Lez-Herlaimont	Hainaut		7
23 avril 2008	Chapelle-Lez-Herlaimont	Hainaut	8	
7 mai 2008	Anderlecht	Bruxelles	4	
8 mai 2008	Anderlecht	Bruxelles		3
27 mai 2008	Arlon	Luxembourg	6	
28 mai 2008	Arlon	Luxembourg		8
17 juin 2008	Huy	Namur	9	
9 juin 2008	Huy	Namur		9
<b>Total</b>			<b>30</b>	<b>33</b>

Le groupe de recherche a ainsi rassemblé 106 médecins généralistes. Les participants étaient aussi bien des hommes (84% en Flandre et 83% dans la partie francophone du pays) que des femmes (16% en Flandre et 17% dans la partie francophone du pays). Ils exercent leur pratique soit en solo, soit en duo, ou encore en groupe. Une série de médecins étaient occupés dans un autre environnement qui a été indiqué (centre de santé de quartier ou médecin urgentiste). Le Tableau 4.2 illustre la composition des focus groups néerlandophones et francophones.

*Tableau 4.2: description des focus groups en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles*

	<b>Flandre (n=43)</b>	<b>Wallonie et Bruxelles (n=63)</b>
<b>Age moyen</b>	50 ans	52 ans
<b>Sexe</b>		
Homme	84 %	83 %
Femme	16 %	17 %
<b>Environnement</b>		
Solo	49 %	81 %
Duo	28 %	11 %
Groupe	16 %	5 %
Autre	7 %	3 %
<b>Région</b>		
Urbaine	79 %	46 %
Rurale	21 %	54 %
<b>Nombre moyen d'années d'expérience professionnelle</b>	24 ans	26 ans
<b>Médecin coordinateur ou conseil de MRS</b>	0 %	0 %
<b>Pourcentage moyen de la patientèle âgée de plus de 65 ans</b>	30 %	35 %

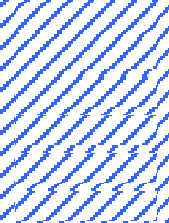
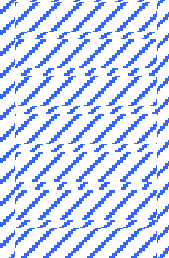

Le Tableau 4.3 et 4.4 reprennent les caractéristiques de chacun des médecins généralistes participants pour les provinces flamandes.

*Tableau 4.3: description des médecins généralistes flamands qui ont participé aux focus groups*

focus group	médecin généraliste	sexe	nombre d'années d'expérience professionnelle	type de pratique	proportion approximative de patients de + de 65 ans
<b>Oostkamp1 (n=9)</b>	HA1	Masculin	23 ans	Solo	30 %
	HA2	Masculin	22 ans	Solo	30 %
	HA3	Masculin	28 ans	Groupe	50 %
	HA4	Féminin	3 ans	Urgentiste	20 %
	HA5	Masculin	28 ans	Groupe	30 %
	HA6	Masculin	25 ans	Solo	15 %
	HA7	Masculin	32 ans	Duo	33 %
	HA8	Masculin	33 ans	Duo	40 %
	HA9	Masculin	6 ans	Groupe	10 %
<b>Oostkamp2 (n=7)</b>	HA1	Féminin	2 ans	Duo	missing
	HA2	Masculin	21 ans	Solo	20 %
	HA3	Masculin	17 ans	Solo	15 %
	HA4	Féminin	4 ans	Urgentiste	5-10 %
	HA5	Féminin	2 ans	Groupe	5 %
	HA6	Masculin	7 ans	Solo	30 %
	HA7	Masculin	33 ans	Solo	45 %
<b>Genk (n=10)</b>	HA1	Masculin	44 ans	Duo	40 %
	HA2	Masculin	22 ans	Solo	missing
	HA3	Masculin	29 ans	Solo	missing
	HA4	Masculin	25 ans	Solo	25 %
	HA5	Masculin	19 ans	Solo	20 %
	HA6	Masculin	23 ans	Solo	40 %
	HA7	Masculin	37 ans	Solo	40 %
	HA8	Masculin	33 ans	Duo	50 %
	HA9	Masculin	31 ans	Solo	50 %
	HA10	Masculin	28 ans	Solo	30 %
<b>Gand (n=8)</b>	HA1	Masculin	20 ans	Duo	5 %
	HA2	Masculin	48 ans	Solo	75 %
	HA3	Masculin	30 ans	Duo	30 %
	HA4	Masculin	21 ans	Duo	15 %
	HA5	Féminin	32 ans	Solo	7 %
	HA6	Masculin	22 ans	Solo	40 %
	HA7	Féminin	22 ans	Duo	5 %
	HA8	Féminin	15 ans	Solo	50 %
<b>Deurne (n=9)</b>	HA1	Masculin	20 ans	Centre de santé	45 %
	HA2	Masculin	34 ans	Groupe	50 %
	HA3	Masculin	26 ans	Groupe	15 %
	HA4	Masculin	15 ans	Groupe	30 %
	HA5	Masculin	28 ans	Solo	20 %

	HA6	Masculin	32 ans	Duo	40
	HA7	Masculin	26 ans	Duo	20
	HA8	Masculin	25 ans	Duo	25
	HA9	Masculin	24 ans	Solo	30

*Tableau 4.4: description des médecins généralistes francophones qui ont participé aux focus groups*

province des focus groups	caractéristique des FG	MG	sexe	nombre d'années d'expérience	type de pratique	proportion approximative de patients de + de 65 ans	pour les utilisateurs, nombre de patients référés aux HdJG
<b>Liège (n=3)</b>	utilisateurs	MG1	masculi	25	solo	40 %	6-10
		MG2	masculi	36	solo	20 à 25 %	> 10
		MG3	masculi	28	solo	25 %	0-5
<b>Liège (n=6)</b>	non utilisateurs	MG1	féminin	14	solo	20 %	
		MG2	masculi	20	solo	20 %	
		MG3	féminin	5,5	groupe	25 %	
		MG4	féminin	12	groupe	30 %	
		MG5	masculi	3	groupe	25 à 30 %	
		MG6	masculi	20	solo	50 %	
<b>Hainaut (n=7)</b>	non utilisateurs	MG1	masculi	missing	duo	missing	
		MG2	masculi	28	solo	60 %	
		MG3	masculi	17	solo	25 %	
		MG4	masculi	28	solo	50 %	
		MG5	féminin	26,5	duo	70 %	
		MG6	masculi	27	duo	15 %	
		MG7	masculi	21	solo	20 %	
<b>Hainaut (n=8)</b>	utilisateurs	MG1	masculi	30	solo	30 %	0-5
		MG2	masculi	42	duo	50 %	0-5
		MG3	masculi	28	solo	20 %	0-5
		MG4	masculi	24	solo	20 %	0-5
		MG5	masculi	33	solo	40 %	6-10
		MG6	masculi	30	solo	35 %	6-10
		MG7	féminin	25	solo	25 %	0-5
		MG8	masculi	29	solo	30 %	0-5
<b>Bruxelles (n=4)</b>	utilisateurs	MG1	masculi	27	solo	40 %	0
		MG2	masculi	47	solo	35 %	0-5
		MG3	masculi	35	solo	50 %	0-5
		MG4	masculi	35	solo	40 %	> 10
<b>Bruxelles (n=3)</b>	non utilisateurs	MG1	masculi	32	solo	30 %	
		MG2	masculi	39	solo	> 50%	
		MG3	masculi	34	solo	30 %	
<b>Luxembourg (n=6)</b>	utilisateurs	MG1	masculi	25	solo	15 %	0-5
		MG2	masculi	30	duo	25 %	0-5
		MG3	féminin	6	duo	20 %	0-5

		MG4	masculi	24	solo	40 %	0-5
		MG5	féminin	10	solo	15 à 20 %	0-5
		MG6	masculi	11	solo	30 %	0-5
<b>Luxembourg (n=8)</b>	non utilisateurs	MG1	masculi	35	solo	60%	
		MG2	masculi	32	solo	45 %	
		MG3	masculi	19	missing	25 %	
		MG4	féminin	3,5	missing	20 %	
		MG5	féminin	14	solo	30%	
		MG6	masculi	21	solo	30 %	
		MG7	masculi	32	solo	30 à 40 %	
		MG8	masculi	34	solo	40 %	
<b>Namur (n=9)</b>	utilisateurs	MG1	masculi	15	solo	35 %	0
		MG2	masculi	28	solo	15 à 25 %	6-10
		MG3	masculi	35	solo	35 %	0-5
		MG4	féminin	26	solo	30 %	0-5
		MG5	féminin	30	solo	30 %	6-10
		MG6	masculi	30	solo	50 %	6-10
		MG7	masculi	31	duo	50 %	sans données
		MG8	masculi	30	solo	> 60 %	sans données
		MG9	masculi	34	solo	40 %	sans données
<b>Namur (n=9)</b>	non utilisateurs	MG1	masculi	35	solo	35 %	
		MG2	masculi	38	solo	30 %	
		MG3	masculi	28	solo	30 %	
		MG4	masculi	25	solo	30 %	
		MG5	masculi	29	solo	40 %	
		MG6	masculi	30	solo	30-40 %	
		MG7	masculi	22	solo	30 %	
		MG8	masculi	40	solo	80 %	
		MG9	masculi	20	solo	30-40 %	

Les focus groups francophones ont réuni 30 MG utilisateurs des HdJG et 33 MG non-utilisateurs des HdJG. Il a été constaté qu'il était beaucoup plus aisé de recruter des MG n'ayant pas de connaissance de l'HdJG et n'ayant jamais référé, que des utilisateurs probablement beaucoup moins nombreux et donc plus difficiles à identifier.

La population des médecins généralistes interrogés pratique en moyenne depuis 25 ans et leur patientèle est constituée en moyenne de 1/3 de patients âgés. Une grosse majorité des médecins travaille en solo. Une minorité travaille en duo ou en groupe. Globalement, les MG utilisateurs ont une expérience de référence à un HdJG de moins de 5 patients.

### 4.3 Résultats de l'étude des focus groups

Le rapport analytique des entretiens des focus groups est présenté ci-après par thème. Six thèmes principaux se sont dégagés de l'analyse des focus groups, chaque thème regroupant des sous-thèmes. Cette structure permet d'améliorer la clarté de la présentation des résultats. Les verbatims illustrent la partie du texte qui se rapporte à chaque thème. Pour la partie flamande, l'origine des verbatims est donnée entre parenthèses. L'origine des verbatims en français est indiquée à la fin du texte sous la forme: « ville - utilisateurs (ou non) – numéro de paragraphe dans le retranscrit ». A = Arlon, Lg = Liège, B = Bruxelles, Ch = Chapelle-Lez-Herlaimont, H = Huy, U = utilisateurs de l'HdJG et NU = non utilisateurs de l'HdJG.

Les six principaux thèmes sont repris dans l'encadré ci-dessous et sont développés plus loin dans le texte d'analyse.

1. **Facteurs contextuels**
2. **Manque d'informations**
3. **Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques**
4. **Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques**
5. **Raisons positives et avantages à référer**
6. **Suggestions**

De nombreux thèmes ou raisons ont été évoqués dans les focus groups pour expliquer les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne réfèrent pas ou réfèrent peu de patients à l'hôpital de jour gériatrique.

Cette situation est liée, avant tout, à une série de facteurs contextuels. Ceux-ci ont été regroupés dans le premier chapitre.

Ensuite, il est apparu que les médecins généralistes ont l'impression de ne pas être informés suffisamment sur les hôpitaux de jour gériatriques. Le deuxième chapitre a abordé ce manque d'informations ressenti par les MG.

Dans les focus groups, certains MG ont exprimé que l'HdJG n'était pas nécessaire à leur pratique médicale. Le troisième thème concerne les propos liés à cette thématique.

Les raisons qui poussent les médecins généralistes à ne pas référer leurs patients et les barrières organisationnelles expliquent également la sous-utilisation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes. Cela a fait l'objet du quatrième chapitre.

Les avantages et les motivations positives liées à la référence des patients aux hôpitaux de jour gériatriques sont expliqués dans la cinquième section.

Enfin, les suggestions du sixième chapitre répondent aux principales pierres d'achoppement identifiées.

### 4.3.1 Facteurs contextuels

#### 4.3.1 Facteurs contextuels

#### 4.3.2 Manque d'informations

#### 4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

#### 4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

#### 4.3.5 Raisons positives et avantages à référer

#### 4.3.6 Suggestions

Au cours des discussions sur les hôpitaux de jour gériatriques, les médecins généralistes ont évoqué toute une série d'idées critiques et d'expériences sur les hôpitaux, dont beaucoup n'étaient pas liées au thème des patients gériatriques. L'impression générale est celle d'un manque de confiance et d'une perception relativement négative des hôpitaux par les médecins généralistes. Il semble que des tensions existent entre la première et la deuxième ligne de soins. Ce problème semble très général, fortement perturbateur et a été mis en avant dans la majorité des discussions. Il constitue une première explication aux difficultés des médecins généralistes en matière de référence.

#### ***4.3.1.1 Avantage financier et commercial***

Les MG soupçonnent que des préoccupations financières président à la mise en place d'une nouvelle structure comme l'HdJG. Les MG se demandent quelles sont les raisons véritables de l'existence de l'HdJG. Une des premières hypothèses évoquées par les MG est la raison financière. Les médecins généralistes ont l'impression que la création des hôpitaux de jour gériatriques relève plus d'une politique de subventionnement qui profite surtout aux soins de deuxième ligne. Ils pensent que les hôpitaux de jour sont nés d'un intérêt commercial. L'analyse approfondie de cette opinion montre que les médecins généralistes pensent que les hôpitaux essaient de tirer un maximum de profit. C'est ainsi qu'on réfère à toutes sortes d'instances, notamment aux cliniques de la prostate, aux cliniques du sein, aux cliniques de l'énurésie, aux cliniques de la mémoire, etc. A leur avis, toutes ces entités ne sont



---

créées qu'à partir du moment où elles sont synonymes de bénéfiques et quand elles peuvent être subventionnées.

HA3: ik weet dat daar een zeer grote commerciële factor aanwezig is, en dat zij proberen nog meer van de koek bij zich te houden, dat ze ons altijd maar proberen langer en meer op buiten spel te zetten op alle gebied. (focusgroep Oostkamp2)

Leur principale critique réside dans le fait que dans ce type d'initiatives, les médecins généralistes sont souvent oubliés et négligés et lorsque des primes supplémentaires sont dégagées pour le financement des hôpitaux, ils n'en sont pas informés. Les médecins généralistes ne se sentent pris en considération que si leur présence constitue une condition de subventionnement. Les médecins généralistes demandent que ce projet soit également synonyme de bénéfiques à leur niveau. Les médecins généralistes disent ne percevoir aucun stimulant financier alors que les hôpitaux sont rémunérés.

HA2: ja, de stimulans, de financiële stimulans ligt ook niet bij ons hé. Ik bedoel wij krijgen geen supplement als wij doorverwijzen naar het dagziekenhuis, maar het ziekenhuis krijgt... Maar dat hebt ge dan altijd hé, dat is het systeem een beetje. (focusgroep Oostkamp1)

Il serait plus rentable pour un hôpital d'accueillir des patients plusieurs fois pour de courts séjours par rapport à de longs séjours. Le profit de l'hôpital est également évoqué par les MG en constatant que les patients sont soumis à de nombreux examens.

Donc, l'excès d'examen qu'on peut éventuellement demander pour faire tourner la machine, c'est connu. (BU-39)

Des médecins évoquent également des économies en matière de soins de santé que les HdJG pourraient apporter.

C'est certainement une formule qui a été ouverte récemment pour essayer de résoudre le gouffre de l'INAMI. (BNU-32)

Ils aimeraient également savoir sur quelle base les hôpitaux sont subventionnés. Malgré cela, les médecins généralistes nuancent leur opinion en affirmant que les hôpitaux agissent par intérêt économique parce qu'il y va de leur survie.

HA2: ik denk dat misschien ook wel verklaart waarom de eerstelijns overgeslagen is, omdat uiteindelijk iemand gaat op consultatie bij de geriater. Geriater weet dat in het ziekenhuis dat financieel goed uitkomt dat die persoon voor bijvoorbeeld drie onderzoeken op een dagziekenhuis arriveert en daar komen wij niet in tussen hé. (focusgroep Oostkamp1)

Je suppose que l'hôpital touche par patient. (BU-84)

Il y a une logique très productive, effectivement. (ANU-163)

#### ***4.3.1.2 Chevauchement entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> lignes et spécialisation supplémentaire pour la deuxième ligne***

Aux yeux de certains médecins généralistes, l'hospitalisation de jour gériatrique est à nouveau une affaire entre médecins hospitaliers et spécialistes. Ils constatent que, lors de leur arrivée, les nouveaux gériatres et les nouveaux médecins hospitaliers ne s'engagent pas à raccourcir les listes d'attente ou à résorber la charge de travail mais qu'ils se concentrent plutôt sur un nouveau terrain à défricher. Un médecin généraliste pense que les médecins hospitaliers sont trop peu rémunérés et qu'ils cherchent, dès lors, à exploiter de nouveaux domaines. Cette hypothèse soulève la crainte que l'ouverture de nouveaux hôpitaux de jour gériatriques ne finisse par faire concurrence aux médecins généralistes.

HA9: Dat kan gode zijn..., enfin ja, dat de klinieken zich allemaal op die trein hebben geworpen om te zeggen van: oké, we kunnen nog eens een deel van de huisartsenpatiënten aftrogen en die allemaal in die kliniek zelf oplossen. (focusgroep Deurne)

Pour les MG, les spécialistes ont d'autres compétences qu'eux et il faut bien délimiter les domaines. Plusieurs questions sont posées par les MG sur la délimitation entre première et deuxième ligne de soins. Plus particulièrement, ils se demandent où « se situent » les gériatres : font-ils partie de la deuxième ligne, répondent-ils aux besoins de la première ligne de soins ? Font-ils au contraire partie de la 1<sup>ère</sup> ligne ? Autant de questions sans réponse précise qui représentent un doute sur l'utilité de l'HdJG et une certaine méfiance à l'égard de cette structure.

Un des problèmes de la gériatrie, c'est celui-là ; c'est de savoir où va se situer le gériatre. Va-t-il revendiquer d'avoir un accès à la première ligne ou va-t-il accepter d'être systématiquement en deuxième ligne. Tant qu'on n'aura pas défini cela très clairement, je crains fort... on aura des problèmes. Il faut comprendre les généralistes. (BNU-92)

### ***4.3.1.3 Hospitalocentrisme***

Les médecins généralistes ont peur que les soins de deuxième ligne n'empiètent sur leur terrain. Une hospitalisation de jour gériatrique et son suivi devraient se faire à leur demande et non relever de la compétence du gériatre. Au cours des soirées de discussion, le terme 'hospitalocentrisme'<sup>2</sup> est apparu, essentiellement en Flandre. Ils ont l'impression que de nombreuses disciplines hospitalières se préparent à infiltrer les soins de première ligne. Les infirmiers spécialisés en diabétologie, en psychiatrie ou en gériatrie ont été cités à titre d'illustration de ce phénomène. Les médecins généralistes ont le profond sentiment qu'on essaie d'élargir la deuxième ligne à la première ligne, qu'on réduit leurs tâches. Les médecins généralistes réagissent avec colère à cette politique qui consiste à ne leur laisser que ce que la deuxième ligne n'arrive plus à gérer. Ils ont peur pour leur statut de médecin généraliste et se sentent parfois utilisés.

HA1: maar toch denk ik dat de intramurale zorg klaar staat om extramuraal naar buiten te komen. Dus we kennen allerlei soorten verpleegsters, voor van alles en nog wat. 't Is volgens mij een sluijke manier om nog daarin verder te gaan. Ik weet niet wat jullie opinie is.

HA7: elke specialist heeft zijn dagkliniek è

HA: hm

HA1: binnenkort zien we de geriateren aan huis gaan komen.

HA8: ik denk het niet. Als ze op twee maanden nog geen verslag kunnen schrijven, kunnen ze niet aan huis komen.

HA1: een verslag maken brengt niet veel op, maar euh...

HA9: ze zullen de verpleegster wel sturen (focusgroep Genk)

---

<sup>2</sup> D'autres travailleurs de la première ligne fortement organisés privent les médecins généralistes de leur travail, dans le cadre d'une structure de complaisance qui ne sert que de couverture pour amener les patients, le plus rapidement possible, vers des soins de pointe spécialisés. Ce système n'a d'avenir que si le recours à ce secteur spécialisé s'intensifie ce qui explique pourquoi certains créent un besoin artificiel de ces soins spécialisés. Pour cette raison, on travaille assidument à développer des canaux qui permettent d'orienter les patients le plus rapidement possible vers le secteur hospitalier (cliniques des hommes et autres initiatives). Dans ce schéma, le patient passe à côté des soins de première ligne et est directement orienté vers les hôpitaux chers.

(source: <http://www.svh.be/specialistenscheiden20070521.htm> et présentation powerpoint "De plaats van een grote Huisartsenkring in het zorgstrategisch plan van het Waasland" - 23 juni 2005 - Alain Van Hevele)

Je pense à quelque chose. C'est peut-être une réaction un peu épidermique qui viendrait d'autres centres. Je pense au centre de la ménopause, au centre de ceci ou de cela, et la peur que le patient se fasse phagocyter par une série de spécialistes. (LgNU-32)

Le fonctionnement et la structure de l'HdJG semblent, pour certains MG, assez éloignés de leurs préoccupations premières. Cela reste une structure hospitalière qui répond parfois de manière inadéquate aux besoins des Médecins Généralistes.

La perception que les MG ont globalement des hôpitaux est étendue aux HdJG qui sont assimilés à une structure hospitalière classique.

Mais on sent que la démarche à la base a été soufflée par les médecins spécialistes. Cela dénote d'une certaine méconnaissance de la médecine générale, je trouve. (BNU-99)

#### ***4.3.1.4 Manque de concertation avec le médecin généraliste***

Dès l'entrée d'un patient à l'hôpital, le MG perçoit que son avis n'est pas ou peu pris en compte. Ce déficit de communication et de collaboration entre l'hôpital et le MG est vécu par le MG comme un manque de reconnaissance de la place qu'il occupe dans le système de soins mais aussi qu'il occupe auprès du patient. L'hôpital prend peu en compte la relation privilégiée que le MG a avec son patient, la connaissance qu'il a de son contexte, de son environnement, de ses antécédents. Ces données pourraient cependant être bénéfiques au patient si l'hôpital disposait de ces informations.

Ces propos assez critiques sont toutefois nuancés par certains MG.

.... Une anémie découverte à la prise de sang. Donc j'avais programmé effectivement gastroscopie, colonoscopie, puis elle a vu la gériatre, la gériatre l'a vue, elle a dit, je pense qu'il est un peu prématuré de faire tous ces examens-là, ils n'ont pas été faits. Donc quand même, il y a eu là un petit peu ingérence. Donc, c'est vrai que j'ai vécu cette situation-là, alors qu'on jugeait que les examens étaient utiles. (ANU-159)

De toute façon, une fois que tu [= le MG] sors de l'hôpital, tu n'as quand même plus rien à dire.

Ce n'est peut-être pas tout à fait vrai. Il faut savoir à qui on envoie. Si tu envoies à n'importe qui, oui, mais si tu envoies à quelqu'un que tu connais, sur lequel tu as un petit peu de prise, je pense qu'on peut discuter avec eux et leur dire. (HuyNU-10)

HA2: aantal... onlangs wordt er een patiënt die verwezen wordt voor een totaal ander probleem, hartprobleem, die heeft al heel lang een thalassemie, da 's heel gode bekend. Nu, ik vergeet dat te vermelden en euh...dus, maar dus dat wordt tot en met drie, vier keer

teruggeroepen om te onderzoeken of het nu echt thalassemie is. Ik heb van de... ja maar da 's een probleem wat al jaren bestaat, dat kennen we, dat moeten we niet behandelen, er is daar geen probleem, ja... ondertussen zijn die onderzoeken allemaal gebeurd, maar dus dat overleg...als dat een dagziekenhuis was, was het daar dan misgelopen. (focusgroep Oostkamp2)

#### ***4.3.1.5 Peur de perdre le contrôle sur le patient***

Lorsque le médecin généraliste fait hospitaliser un patient, par exemple pour un check-up, il a parfois l'impression de perdre le contrôle sur le trajet de soins du patient. Si la coordination est laissée au gériatre, le médecin généraliste est privé de toute information sur ce qu'il advient de son patient. Les médecins généralistes craignent par conséquent que le patient ne les consulte plus sauf, bien sûr, si le médecin généraliste continue à être investi d'un rôle plus important et revoit son malade au lendemain de la visite chez le spécialiste.

HA6: Soms zie je patiënten zeer snel terug dat je zegt, zijn die nu al thuis, hé, want blijkbaar is er geen plaats en op andere momenten geraken ze niet thuis omdat er blijkbaar plaats genoeg is en de bedden ingevuld moeten blijven. Ik heb ook in X een jaar in het ziekenhuis op geriatrie en inwendige gewerkt en ik mocht ook weten wanneer ik ze mocht ontslaan en niet ontslaan. Dus ja, en ik heb de indruk dat dat hier nog altijd gebeurt in de ziekenhuizen. (focusgroep Oostkamp2)

A la question « A votre avis, pourquoi les MG réfèrent-ils peu à l'HdJG ? », plusieurs MG interrogés évoquent comme hypothèse la crainte de perdre des patients. Pour affirmer cela, ils s'appuient sur des expériences antérieures de références vécues avec d'autres services hospitaliers tels que les services de diabétologie par exemple. Selon les MG, lorsqu'un patient y est référé, il est aussitôt pris en charge par ce service hospitalier et est soustrait de facto au suivi de son médecin traitant.

Donc c'est dans ce but-là, et je crois qu'on n'avait pas toujours été, à l'époque, en diabétologie, un patient diabétique c'est un patient perdu. On ne le voyait plus, il voyait le cardiologue, le pneumo, il recevait ses ordonnances, et de temps, vous aviez un courrier disant « on a bien vu votre patient, si vous souhaitez, on pourrait le revoir.... » (ChNU-42)

J'avais envoyé un mail pour inviter [à la participation au FG]. Il y en a un qui m'a répondu qu'il était hors de question qu'il vienne discuter des hôpitaux de jour gériatriques parce que c'était encore une manière de détourner les patients de son médecin traitant. (HuyNU-140)

On a l'impression, en tant que généraliste, de perdre toute une série de domaines. La gériatrie était une des rares choses qui nous restait et même là, en créant un titre de gériatre, on essaie

de nous prendre une des dernières sphères d'activités qui nous restait. A part les gripes évidemment et les gastroentérites. (BNU-89)

On aurait peut-être un peu l'impression que ce genre de structure, ça va encore un petit peu nous retirer de nos compétences et de nos prérogatives. (ANU-126)

Certains MG tempèrent ce qui est dit en évoquant leur propre responsabilité dans le suivi du patient.

On ne perd les patients dans les dédales de l'hôpital que si on n'y est pas attaché. Si on y est attaché, le spécialiste verra bien que c'est un tel qui est le médecin traitant du patient, et il ne va pas se l'approprier. Tu penses qu'il a intérêt à s'approprier des patients de 85 ans, comme on disait tantôt, il doit quand même se dire « tant mieux, si son médecin le suit de près ». (HuyNU-145)

#### ***4.3.1.6 Trop d'examens***

Des MG pensent que de nombreux examens inutiles sont pratiqués dans le milieu hospitalier. Ils redoutent ainsi que les patients référés à un HdJG soient soumis à une batterie d'examens peut-être inutiles. Des examens parfois déjà effectués par le médecin généraliste sont reproduits à l'hôpital. Dans le cas d'une hospitalisation en vue d'un diagnostic ou d'un bilan, les MG souhaiteraient que les hôpitaux et les gériatres travaillent de manière plus ciblée, ceci dans l'espoir qu'il ne soit pas procédé à toute une batterie d'examens chez le patient. Cela signifie la prise en compte, par les spécialistes, du contenu du dossier du patient dont dispose le MG.

M: dat is toch wel iets waar vaker terugkomt hé..., ge laat hem opnemen in het dagziekenhuis en dan gebeurt daar een ganse batterij testen op die je als huisarts niet meer onder controle hebt. Dat gevoel heb ik, dat je, dat dat aangegeven wordt hè.

P2: ik denk dat dat het probleem is, ja. (focusgroep Oostkamp2)

(à l'hôpital) on fait beaucoup d'examens inutiles. (BU-17)

On envoie notre patient, on le lâche et puis on le récupère après, mais une fois qu'il est là, on ne parvient pas, on a l'impression une fois qu'il est .... C'est chez ceux qui savent, qui rentrent. A l'hôpital, il est un peu comme à Walibi, il paye son droit d'entrée et puis il peut aller sur toutes les attractions. Et plus il fait d'attractions, mieux c'est. Ca, ça nous gêne quand même parfois. C'est une image. (HU-80)

#### ***4.3.1.7 Longs délais d'attente et attente de résultats***

Quand un médecin généraliste veut référer un patient à l'hôpital, il est régulièrement confronté à des délais d'attente. Les médecins généralistes trouvent

très désagréable que l'hôpital soit souvent surchargé. Cet état de chose nuit à leurs performances parce qu'il les empêche d'exercer leur fonction de référence et de coordination. Le patient se rend chez le médecin généraliste mais doit attendre longtemps. Actuellement, si le médecin généraliste veut une prise en charge rapide de son patient gériatrique, il doit l'orienter vers les urgences.

HA6: 't is eigenlijk zo, dat het ziekenhuis nu, in volle expansie is de laatste jaren en dus er zijn heel wat nieuwe initiatieven de laatste tijd op ons pad gekomen, maar de algemene indruk die bestaat, dat is dat naar dienstverlening en naar soepelheid voor de eerstelijns dat er vooral te veel en te lange wachttijden zijn en daardoor geraken we moeilijk vooruit en komt ge daardoor in een situatie dat ge bijna noodgedwongen moet een opname regelen of een omleiding via spoedgevallen. Dat is dan de enige weg om een opname te regelen en het gebeurt dat wanneer ge dan met de verantwoordelijke geriater belt om een geplande opname te doen, dat hij zegt van: "ja op dit ogenblik zitten we vol en we zullen zelf opnieuw contact opnemen, zodra een bed vrijkomt". Dat kunnen soms wel meerdere weken zijn. (focusgroep Genk)

HA2: maar het hele verhaal is... ge denkt dat die dementie heeft, dan belt ge voor een afspraak, dan moeten ze een tweetal maanden, misschien nog wat langer wachten. Dan worden die gezien of die zelfs een paar keer gezien en dan moet ge nog eens twee, drie maanden wachten op verslag. Ja, na een half jaar zijn die misschien aan medicatie ongeveer dan è. (focusgroep Genk)

Oui, deux semaines sont nécessaires, entre une à huit semaines. Si on veut un bilan assez rapide, c'est vrai que c'est un peu long. (ANU-108)

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

Selon eux, l'HdJG, en collaborant avec un très grand nombre de spécialistes, devrait être disponible pour des problèmes semi-urgents. Les MG doutent d'ailleurs de la pérennité de l'offre de service des HdJG : la disponibilité de ces derniers risque selon eux de souffrir rapidement de leur propre succès.

Mais ça risque peut-être de saturer relativement vite si ça prend du succès, avec les six places, on va se retrouver avec des délais d'attente. Parce qu'ils mettent entre une et huit semaines. (ChNU-199)

En matière de délai, c'est un souhait des MG interrogés de recevoir rapidement le rapport d'hospitalisation complet et lisible.

Donc, un rapport rapide, si possible un résumé déjà le jour même, quand la patiente revient de son hospitalisation d'un jour, ou alors très rapidement, on a quand même pas mal de

moyens de communications ultra-rapides, donc on sait qu'on va être informés très vite de ce qu'on a eu comme résultats. (ChNU-140)

Donc, moi j'ai demandé un électro, j'ai demandé un écho, j'ai demandé un abdomen à blanc, un écho abdominal également, un échocardiogramme et une prise de sang. Et en principe, j'aurai, à la fin de l'hospitalisation, un rapport, tout du moins provisoire, mais je vois que, de plus en plus, on a des rapports dactylographiés qui sortent avec les patients ou alors, en gériatrie, il y a encore une assistante qui a une très belle écriture avec de belles lettres. C'est très joli, moi j'aime bien, et puis voilà, on a quand même l'essentiel. (ChNU-36)

#### ***4.3.1.8 Trop peu de maisons de repos et de soins***

Le débat sur le problème du manque criant de maisons de repos et de soins (MRS), maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et autres institutions d'accueil des personnes âgées fait rage. Cette problématique a été abordée en Flandre. Aucun propos relatif à cela n'a émergé dans les focus groups francophones.

Le plus grand problème est celui du placement des personnes âgées dans ces centres d'hébergement. Les patients qui ne doivent pas être hospitalisés mais qui ne peuvent plus rester chez eux et veulent ou doivent être admis dans une maison de repos ne peuvent y obtenir une place que par l'intermédiaire de l'hôpital. A ce problème, s'ajoute encore celui d'un manque de suivi dans la chaîne après le maillon de l'hôpital. Cela signifie que la personne âgée qui ne peut plus rester chez elle pour l'une ou l'autre raison, doit rester hospitalisée dans le service de gériatrie par manque de places dans les maisons de repos, les structures de court séjour ou les MRS. Cette situation provoque un grand mécontentement chez les médecins généralistes qui estiment qu'il est ridicule que des patients soient obligés de passer plusieurs mois dans un service de gériatrie en attendant d'avoir une place dans une maison de repos. Les médecins généralistes doivent en outre payer de leur personne pour leur trouver une place et cela leur demande de passer des heures au téléphone. Le verbatim suivant illustre parfaitement la situation qui vient d'être décrite :

HA 1: dus laat ons nu ne keer een voorbeeld nemen. Een patiënt breekt zijn heup. Ge stuurt hem binnen, nieuwe heup. Na die heup doet hij een longontsteking. Hij eet niet goed niet meer. In feite kan die mens niet meer naar huis. Hij moet naar een rusthuis, maar er is geen rusthuis, want alles is volzet. Waar blijft die mens? Ah, in de geriatrie. Ja, er is ook geen andere mogelijkheid. Wat moet ge met die mens doen? Ge kunt hem toch niet in de voorraadkamer leggen of anders komt ge in het nieuws. (focusgroep Gent)

(0 passage en Wallonie et Bruxelles)



De nombreux médecins généralistes estiment donc qu'il est urgent d'organiser et de subventionner des initiatives autres que la création d'hôpitaux de jour gériatriques. Et, comme l'ont fait remarquer les médecins généralistes, les alternatives aux nouveaux hôpitaux de jour gériatriques ne manquent pas (voir paragraphe 4.3.3.2. Renvois actuels).

#### ***4.3.1.9 Beaucoup de blabla et peu d'action***

Les médecins généralistes surtout flamands se sont montrés relativement sceptiques face à l'utilité d'une soirée de discussion sur les hôpitaux de jour gériatriques parce qu'ils ont souvent le sentiment d'être les derniers informés et de ne pas être entendus. Ils s'interrogent aussi sur ce qu'il adviendra de leurs idées et suggestions émises sur les hôpitaux de jour gériatriques.

HA5: wij vergaderen hier eigenlijk voor het nut van een dagziekenhuis, maar ik vind dat wij... Er wordt niet eens naar ons geluisterd en nu plots moeten ze ons zien als ze het al opgericht hebben om het te doen marcheren. (focusgroep Gent)

(0 passage en Wallonie et Bruxelles)

#### ***4.3.1.10 Esprit d'ouverture du MG***

Plusieurs médecins généralistes interrogés parlent de responsabilité de leur part, notamment en termes de communication avec le médecin hospitalier : ils reconnaissent qu'ils doivent eux-mêmes faire un effort de précision lorsqu'ils entrent en contact avec le gériatre.

Précisons bien nos demandes, et adressons les patients qui peuvent être aidés de manière... Et puis, si tout ce message passe bien auprès du généraliste, il n'aura plus peur. Il fera sa synthèse et puis, il donnera un coup de fil et s'il va voir les gériatres, ils seront très heureux, les gériatres, de pouvoir travailler comme ça. (ChU-128)  
Et pour préciser nos demandes, il faut vraiment prendre contact personnellement. Une lettre ne suffit pas, un coup de téléphone est très limite, il faut vraiment s'investir, prendre son temps, et l'idéal... (ChU-129)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

#### ***4.3.1.11 Conclusion sur les facteurs contextuels***

Les médecins généralistes font remarquer que lorsque les hôpitaux bénéficient d'incitants financiers pour développer de nouvelles initiatives, il est rare qu'ils y impliquent les médecins généralistes. Ils perçoivent ainsi l'hôpital de jour gériatrique comme une nouvelle entité qui s'attribuent certains soins de deuxième ligne mais également des tâches dévolues au médecin généraliste. La tendance va vers l'utilisation de nombreux prestataires de soins de nombreuses disciplines pour des activités extramuros, ce qui est ressenti comme une concurrence menaçante pour les soins de première ligne et une tendance à verser dans une sorte d'hospitalocentrisme.

La spécificité des médecins généralistes est peu prise en compte par les structures hospitalières. Les médecins généralistes craignent que les HdJG agissent comme appendices des hôpitaux, avec un mode de fonctionnement et des réflexes strictement hospitaliers.

La référence par le médecin généraliste devrait impliquer automatiquement une concertation entre l'hôpital et le médecin généraliste. La coordination devrait aussi relever, en partie, des tâches du médecin généraliste. Le médecin généraliste a toutefois aujourd'hui l'impression que l'hôpital a tendance à lancer un peu trop rapidement les tests standards et à soumettre le patient à de nombreux examens redondants et inutiles. L'hôpital, mais aussi le médecin généraliste et le patient sont confrontés à des délais d'attente pénibles et ceci aussi bien avant que pendant ou après une admission.

Ce n'est pas sans une certaine colère et un certain scepticisme que les médecins généralistes, flamands surtout, se demandent dans quelle mesure, toutes les critiques et les idées qu'ils émettent pour améliorer la situation seront réellement entendues ou mises en œuvre.

## 4.3.2 Manque d'informations

4.3.1 Facteurs contextuels

### 4.3.2 Manque d'informations

4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

4.3.5 Raisons positives et avantages à référer

4.3.6 Suggestions

Un des premiers points abordés pendant les focus groups avec les médecins généralistes a été celui de leur connaissance des hôpitaux de jour gériatriques. Bien que les données qualitatives soient difficilement extrapolables, il est néanmoins frappant de constater que la majorité des médecins généralistes qui ont participé aux focus groups ne connaissent pas les hôpitaux de jour gériatriques. Les médecins généralistes ont exprimé la représentation qu'ils avaient d'un hôpital de jour gériatrique et spéculé sur son objectif et ses fonctions.

Etant donné ce manque de connaissance, dans les focus groups flamands, dans le but d'enrichir la suite de la discussion, le modérateur a, ça et là, expliqué certaines choses et corrigé la vision de l'hôpital de jour gériatrique des médecins généralistes. Dans le même ordre d'idée, dans les FG francophones réunissant des médecins «non utilisateurs» une feuille d'information (voir annexe 5) relative aux objectifs des HdJG était distribuée aux participants en cours de séance.

### *4.3.2.1 Pas de profilage*

En ce qui concerne la création et l'existence des hôpitaux de jour gériatriques, les médecins généralistes flamands ont indiqué qu'ils n'avaient pas été suffisamment informés ou du moins pas de manière suffisamment convaincante. Ils se sont aussi étonnés de ne pas avoir été informés de cette étude commanditée par les autorités fédérales. De l'avis des médecins généralistes qui ont participé aux focus groups, les spécialistes et les hôpitaux ne parlent pas non plus, manifestement, des hôpitaux de jour gériatriques et les hôpitaux de jour gériatriques ne se font pas connaître auprès des médecins généralistes.

HA8: in primo is het toch de federale overheid die dat in gang steekt, wij... ons niet informeert, maar blijkbaar wel naar de hospitalen die daar zelfs een structuur op gecreëerd hebben die de finances krijgen en waarvan wij nog altijd niet op de hoogte gesteld worden. Da 's toch de basis van de zaak waar het grof misloopt. Waarom zijn wij dus nooit geïnformeerd? (focusgroep Oostkamp1)

HA7: ik denk dat fout geweest is dat de geriateren daar niet mee naar buiten gekomen zijn. (focusgroep Oostkamp2)

Le premier argument que les MG francophones évoquent pour expliquer la non-référence de patients par leurs pairs est le manque de connaissance de l'existence de l'HdJG. A ce propos, il arrive que les MG aient pensé à un nouveau centre spécialisé type « clinique de vaccinologie » ou « clinique de la ménopause ».

Je pense que le manque d'informations est l'obstacle majeur. Chaque médecin a dans ses patients, quelqu'un qui tôt ou tard pourrait bénéficier de ces services. (BNU-53)

C'est quoi comme type de publicité qu'on a faite? (BU-56)

On ne sait pas que ça existe. (ANU-96)

Le manque d'informations sur les possibilités surtout d'hospitalisation de jour gériatrique. (AU-79)

J'avais reçu le petit folder de Z. [hôpital] en effet, je l'ai lu, j'avais considéré cela comme un gadget supplémentaire comme la vaccinologie [clinique de vaccinologie], comme leurs techniques de pied, le diabète ou ceci, cela, on peut encore leur passer les patients, on ne les reverra plus, on a peut-être un rapport, je me suis dit, on va se laisser un tout petit peu de temps, voir comment ça fonctionne et ... (ChNU-28)

#### ***4.3.2.2 Degré de notoriété et d'utilisation***

On trouve, d'une part, des médecins généralistes qui n'ont encore jamais entendu parler d'hôpital de jour gériatrique, et d'autre part, des médecins généralistes qui en ont déjà effectivement entendu parler.

HA8: in Brugge worden wij toch gebombardeerd via de mail van collega X en zo met allerlei informatie. Ik heb ik nog nooit iets over da geriatrisch ding gehoord. (focusgroep Oostkamp1)

HA3: ...'t is natuurlijk ook onbekend bij ons, misschien dat het daardoor ook onbemind is... (focusgroep Oostkamp2)

HA6: Ik was een beetje beschaamd toen je zei ja, je kunt naar het geriatrisch dagziekenhuis sturen en ik hoorde het in Keulen donderen, dus ik ben blij dat ik...alé ik dacht dat ik had zitten slapen, maar dat niemand dat hier weet... (focusgroep Oostkamp2)

Dans la partie francophone, les MG des focus groups utilisateurs font état d'une expérience réduite liée à un faible nombre de patients référés. Lorsque les MG non utilisateurs découvrent l'information relative aux HdJG, ils mettent en avant leur intérêt.

Mais mon avis, c'est que si la dernière patiente que j'ai fait hospitaliser en gériatrie, si j'avais su que ça existait, je lui aurais probablement proposé ça. (ANU-100)

Dans les focus groups flamands, ce degré de notoriété fournit également une indication sur l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes. Les hôpitaux de jour gériatriques ne sont pas utilisés ou sont sous-utilisés par les médecins généralistes.

HA1: ik ken het, maar ik heb er geen ervaring mee, alé, al van gehoord, maar alé, ik weet het niet echt, ik heb er geen ervaring mee. (focusgroep Oostkamp1)

HA9: Voor mij is dat bijna een nieuwe term. Door de omschrijving kan ik wel uitmaken wat dat het mogelijks kan inhouden, maar ik ken zo niets in mijn nabije omgeving of in het Antwerpse. En ik heb er totaal geen ervaring mee. (focusgroep Deurne)

Les MG francophones attendent beaucoup de leur première expérience de collaboration avec les HdJG.

Pour moi, c'est un phénomène nouveau. (BU-6)

Oui, enfin, on verra à l'usage. (ChNU-39)

#### ***4.3.2.3 Mode d'information***

Lorsque les médecins généralistes sont informés de l'existence des hôpitaux de jour gériatriques, ce qu'ils en ont appris, ils l'ont appris, soit par hasard, soit dans le cadre de la référence d'un patient à un spécialiste, d'un courrier, d'un recyclage, du cercle ou d'une publication d'un CPAS. Le paragraphe 4.3.6.1. développe plus en détails, la manière dont les médecins généralistes désirent être informés et ce qu'ils suggèrent pour une meilleure information.

HA2: ik ben er eigenlijk deze week, gewoon de term geriatriesch dagziekenhuis, heb ik voor de eerste keer gehoord en dat was in verband met een Alzheimerpatiënt, alé iemand die dus een scan moest hebben. (focusgroep Oostkamp1)

HA6: ja, ik ben X, ik ben 8 jaar soloarts. Euhm, ik heb per toeval iemand verwezen naar het geriatriesch dagziekenhuis. (focusgroep Oostkamp2)

Parfois, c'est à l'occasion de la recherche d'une solution pour un patient âgé que le MG reçoit l'information.

Je vois cette patiente, je dis, je voudrais savoir ce qui se passe, ça m'embête, donc, j'ai pris mon téléphone, j'ai demandé à Madame Z. [gériatre] « est-ce que ça existe chez vous ? Elle m'a dit, oui, bien sûr ». (ChNU-61)

#### ***4.3.2.4 Image***

Même si la majorité des médecins généralistes interrogés ne connaissent pas les hôpitaux de jour gériatriques, il semble que certains médecins généralistes aient néanmoins été capables d'esquisser une image réaliste de cette forme de soins aux personnes âgées. Ils l'ont décrite comme un centre dans lequel un patient gériatrique arrive le matin pour le quitter le soir, qui ne prévoit pas de journée d'hospitalisation ou d'admission, dans lequel on peut effectuer sur une seule journée toute une série d'examens auprès de divers spécialistes et qui est dirigé et coordonné par un gériatre. Inversement, certains médecins généralistes n'avaient pas la moindre idée de ce qu'était exactement un hôpital de jour gériatrique.

HA6: maar kunt ge dan misschien eerst ne keer beginnen met een omschrijving of een definitie van wat een dag geriatische kliniek is eigenlijk? (focusgroep Deurne)

HA9: ik kan me voorstellen dat voor een aantal gevallen, techniciteiten of wat weet ik veel. Patiënten voor gewoon een dagziekenhuis, dat dat dan specifiek naar de noden van de geriatische patiënt eventueel zou gericht kunnen zijn. En dan misschien ook op therapeutisch vlak, verzorgen van wonden, doorligwonden, bijstellen van diabetes, zo van die dingen (focusgroep Deurne)

Formule qui existe déjà pour le tout venant, hein ; les bilans dont le contenu est défini à l'avance, ça, ça existe quand même depuis un certain temps. (BNU-3)

#### ***4.3.2.5 Analogies***

Il est ressorti de tous les focus groups que les médecins généralistes ont associé ou confondu l'hôpital de jour gériatrique avec d'autres services analogues qu'ils

connaissent, notamment la clinique de la mémoire, la polyclinique, les services de revalidation, le centre de jour, les courts séjours, le service de gériatrie ou simplement l'hospitalisation de jour classique. Certains pensent qu'une clinique de jour gériatrique est le regroupement d'une série d'initiatives existantes du type de celles énumérées ci-dessus.

HA6: ik had er een heel ander beeld van. Ik dacht dat het ging om opvang, dagopvang van geriatrisch patiënten, waarbij dat ze in de thuissituatie verblijven en gedurende de dag worden opgevangen in een aangepaste omgeving. En ik dacht dat ik er één kende, zijnde bijvoorbeeld Toevlucht van Maria aan de coupure. Dat dacht ik.

HA7: ik dacht ook dat dat was (focusgroep Gent)

HA1: Nu, als ge zegt van: ge moet een geriatrisch dagziekenhuis hebben, maar ge hebt ook nog een geriatrische dienst. Alé, wat voor iets raar is dat nu? Ik bedoel, dat dat samen kan bestaan, ik kan me dat goed inbeelden, maar ik denk dat ze het zelf niet goed weten voor wat dat ze gaan kiezen. (focusgroep Gent)

C'est assez curieux parce qu'on est en train de voir réapparaître quelque chose qui existait auparavant. Moi, je me souviens très très bien de l'hôpital Y., il y a 30 ans, eh bien à l'hôpital Y. il existait un hôpital de jour gériatrique, bien entendu, mais qui ne portait pas ce nom-là. (BNU-4)

Quand il rentre dans le service de gériatrie, c'est le gériatre qui décide et qui fait tout, et qui me paraît être fort le parent pauvre de l'hôpital... mendier des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier .... Maintenant, c'est vrai qu'un hôpital de jour qui vient d'ouvrir, moi, je n'ai aucune expérience. J'ai une grosse expérience gériatrique, je n'ai pas du tout confiance. (HuyNU-34)

#### ***4.3.2.6 Fonctions, objectifs***

Les MG décrivent les HdJG comme ayant des fonctions et des objectifs similaires : éviter, dans la mesure du possible, l'hospitalisation classique ou raccourcir le séjour du patient à l'hôpital, favoriser son retour à domicile pour lui permettre de rester le plus longtemps possible dans l'environnement qui lui est familier. Ils conçoivent toutefois une possibilité de diversité dans le fonctionnement des différents HdJG existants. L'idée que se font certains médecins généralistes de l'objectif des hôpitaux de jour gériatriques se rapproche assez bien de cette définition:

HA1: voornamelijk om de hospitalisatieduur te verminderen, alé want meestal als je de geriatrische patiënt binnenzendt, blijft die daar vier, vijf weken meestal. (focusgroep Oostkamp1)

D'autres fonctions ont également été suggérées, notamment l'optimisation des aspects temps, coût et espace. Selon les médecins généralistes, les activités de l'hôpital de jour devraient servir à réaliser des économies de coûts. Aujourd'hui, on essaie de prévoir un maximum d'examen sur une seule journée alors qu'avant les patients qui présentaient une dégradation de l'état général étaient envoyés plusieurs jours en observation.

L'hôpital de jour gériatrique, en fait, c'est une structure qui permet sur 24 heures, en général, de pouvoir faire le bilan de santé d'une personne âgée de plus de 75 ans, et donc, il n'y a pas eu de traumatisme de l'hospitalisation. Souvent, une personne âgée, elle arrive, une fois, elle se perd un peu ...., une fois, elle perd un peu la mémoire, une fois, elle ne mange pas, etc. On essaie de résoudre souvent les problèmes cas par cas, et à un moment donné, on se dit, il faudrait peut-être prendre en charge de façon uniforme, revoir toute la problématique de cette personne et de la prendre en charge de façon plus globale, l'envoyer à l'hôpital c'est très déstructurant, ça coûte cher pour à la société. Donc, on l'envoie avec éventuellement un problème spécifique, comme par exemple, elle a perdu l'appétit, elle maigrit et en même temps, éventuellement, elle peut faire un bilan au niveau mental, un bilan au niveau cancérologique, ostéoporose, etc, parkinson, et voilà. (AU-1)

Les médecins généralistes pensent que ces cliniques seront subventionnées par les autorités fédérales dans le but principal de promouvoir l'efficacité. Quoiqu'il en soit, les deux verbatims ci-dessous montrent que cela soulève des questions au niveau des objectifs des autorités.

HA8: maar heeft de federale overheid eigenlijk primair gezegd wat dat de bedoeling was van dat te creëren? (focusgroep Oostkamp1)

HA7: Wat wilt de overheid bekomen? Het zal in alle geval al minder geld kosten. (focusgroep Deurne)

Légalement, les hôpitaux de jour gériatriques sont tenus de proposer trois activités, à savoir des activités d'évaluation diagnostique, de mise au point thérapeutique et de revalidation. Les médecins généralistes pensent que les activités d'évaluation et de diagnostic constituent les activités les plus logiques d'un hôpital de jour gériatrique. Ils pensent que l'évaluation est destinée aux patients sur lesquels on n'a plus prise et dont on ne sait plus très bien quoi faire. En ce qui concerne leur mission thérapeutique et de revalidation, les médecins généralistes sont moins



convaincus. Leurs doutes portent surtout sur le programme de revalidation parce qu'ils craignent que ce programme ne soit impossible à réaliser en un seul jour.

HA3: maar ik denk toch dat het voornamelijk diagnostisch is, toch hé? Waar dat er nu ook een beetje op bedoeld is, is de achteruitgang van de algemene toestand waarmee ge zeker mee geconfronteerd wordt, maar ik denk niet dat dat dan de bedoeling is om dat in één dag... (focusgroep Gent)

HA1: en revalidatie op één dag, dat gaat niet. Dat is een contradictie in terminus, denk ik. (focusgroep Gent)

HA2: is die revalidatie anders dan de revalidatie met dezelfde pathologie van jonge mensen? (focusgroep Oostkamp2)

Ils disent [dans le feuillet d'information] que les objectifs, c'est un programme diagnostique, un programme thérapeutique et un programme de rééducation fonctionnelle. C'est quand même assez complet. (BU-16)

Les MG francophones savent que les HdJG existent mais ils se posent beaucoup de questions quant à leurs fonctions. Ils restent perplexes quant aux raisons véritables de l'existence de ceux-ci. Ceci est certainement à relier au manque d'informations que les MG signalent dans chacun des focus groups.

D'autres MG, une minorité, semblent cependant connaître davantage les fonctions de l'HdJG, souvent en ayant expérimenté une collaboration fructueuse.

C'est vrai que ça existe, mais on ne sait pas trop ce qu'ils proposent. Je ne suis pas [convaincu]... (ANU-35)

Et aussi pour évaluer un petit peu son autonomie, il y a le bilan, c'est vrai, voir si elle peut encore rester seule à la maison, quelle aide il faut lui apporter, ça, c'est important aussi, je trouve, on ne connaît pas toujours tous les tests non plus, non, ça, je trouve que c'est bien aussi. (AU-2)

#### ***4.3.2.7 Conclusion sur le manque d'informations***

Le manque de connaissance et d'informations laisse supposer que l'existence et l'objectif des hôpitaux de jour gériatriques n'ont pas été clairement communiqués aux médecins généralistes. Jusqu'ici, les hôpitaux ne se sont pas non plus présentés comme des hôpitaux proposant des soins de jour aux patients gériatriques. Ce point explique aussi pourquoi les médecins généralistes ne réfèrent jamais ou ne réfèrent que rarement leurs patients à un hôpital de jour gériatrique. Les médecins

généralistes qui y ont déjà référé au moins un patient, l'ont, le plus souvent, fait par hasard ou par l'entremise d'un spécialiste. L'image qu'ont les médecins généralistes des hôpitaux de jour gériatriques est relativement proche de la réalité mais ils confondent parfois avec d'autres structures telles que le service de gériatrie, la clinique de la mémoire ou les centres de jour.

### 4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

4.3.1 Facteurs contextuels

4.3.2 Manque d'informations

**4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques**

4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

4.3.5 Raisons positives et avantages à référer

4.3.6 Suggestions

Au cours des focus groups, des médecins généralistes disent ne pas ressentir le besoin d'une structure comme celle de l'hôpital de jour gériatrique. Ils expriment le fait que leur pratique nécessite peu l'avis de spécialistes (trop pointus et pas assez adaptés à la pratique de 1<sup>ère</sup> ligne de soins), que la référence à un HdJG n'est pas un réflexe, que les MG ont globalement peu de patients qui correspondent aux critères d'admission de l'HdJG.

Actuellement, certains MG jugent gérer de façon satisfaisante la demande d'examens complémentaires de leurs patients, y compris des patients âgés. Dans ces conditions, l'HdJG n'est pas ressenti comme une structure répondant à un besoin spécifique.

#### *4.3.3.1 Pas de besoin évident*

Certains MG interrogés disent ne pas avoir besoin des structures comme les HdJG. Nous faisons l'hypothèse que les MG distinguent peu la différence entre un HdJG et les structures classiques hospitalières auxquelles ils ont l'habitude de référer. Qu'est-ce qu'un HdJG et un gériatre peuvent apporter de plus à la pratique du MG? La gestion des patients âgés ne pose en effet pas de problème à certains MG interrogés: les MG disent pouvoir gérer sans difficulté les pathologies telles que l'hypertension ou le diabète par exemple. Et lorsqu'ils doivent référer le patient pour des examens complémentaires, ils prennent eux-mêmes les rendez-vous auprès des spécialistes.

Un médecin généraliste est parfaitement capable de prendre en charge le traitement de l'hypertension comme un grand. Il n'a pas besoin de l'hôpital de jour pour faire ça. S'il garde

le patient, il peut prendre en charge le traitement et le schéma thérapeutique d'un diabète quel qu'il soit. (BU-86)

Nous autres, quand tu as un patient âgé, tu l'orientes quand même, soit tu l'hospitalises .... Conséquent, ou bien alors, tu lui fais des examens .... s'il a encore .... Je ne sais pas si on a vraiment besoin d'avoir un HdJ Gériatrique. (HuyNU-158)

La question qui se pose est donc la suivante: l'hôpital de jour gériatrique peut-il combler un déficit ou un manque ressentis par les MG dans leur pratique ? Ils sont contents de ce qu'ils peuvent proposer au patient. Une partie des médecins généralistes flamands pensent qu'il serait utile de créer une sorte de structure d'accueil (de jour) des personnes âgées et qu'on ne résoudra pas le problème des situations parfois poignantes de certaines personnes âgées en créant des hôpitaux de jour gériatriques. Selon eux, ces problèmes doivent être résolus en veillant au fonctionnement correct des institutions existantes et en injectant de l'argent dans l'élargissement d'organisations existantes plutôt que dans la mise sur pied d'une nouvelle initiative. Les besoins seraient ressentis plutôt au niveau des soins à domicile, des soins informels et des structures d'accueil pour les personnes âgées.

HA6: eigenlijk de essentie is: de schifting van: waar stuur je de patiënt naartoe, wordt in onze handen gelegd, als je het zo uitlegt, terwijl wij dat eigenlijk, misschien niet wensen of niet willen of niet kunnen of eigenlijk de notie niet van hebben. Ik zou niet weten waar dat ik specifiek naar toe moet sturen. Ik stuur gewoon naar een ziekenhuis, naar een specialist die ik ken. N'importe de leeftijd. Is de verzorging van de geriatrische patiënt, therapeutisch of diagnostisch beter als ik hem doorstuur naar het geriatrisch dagziekenhuis, dat zou de zaak veranderen. Als ik weet dat de patiënt er op een andere manier benaderd zou worden, beter naar zijn noden, als dat echt zo is, dan opent dat een nieuw luik, anders niet. (focusgroep Gent)

HA8: wat dat ik daarbij allemaal zit te denken, is van: zouden ze niet beter geld steken in het uitbreiden van thuiszorg, de rusthuizen. Want er zijn een aantal mensen die inderdaad echt niet meer thuis kunnen blijven, waar dat geen plaats voor is. En dat zijn dramatische toestanden en op het moment dat dan zo slecht geworden zijn, dat ze naar het ziekenhuis moeten, dan is het te laat. Dan heb je niets meer te bieden. (focusgroep Gent)

Une autre partie des médecins généralistes estime toutefois qu'il y a très certainement une place pour les hôpitaux de jour gériatriques. Ils les considèrent comme une forme de médecine moins aiguë, ouverte à prodiguer une aide et des soins aux personnes âgées et susceptible d'être utiles à certains patients. Ils pensent que ces hôpitaux peuvent être bénéfiques, tant pour la société que pour les médecins

généralistes et qu'il y a effectivement un marché à ce niveau. Ceux qui sont en faveur des hôpitaux de jour gériatriques avancent que l'hôpital de jour gériatrique constitue, en théorie, "un concept fantastique". Ils estiment qu'avec le temps, l'évolution des pathologies et le vieillissement de la population, les hôpitaux de jour gériatriques auront un avenir. Ils estiment que le concept est intéressant mais que sa mise en œuvre peut être améliorée.

#### ***4.3.3.2 Stratégie de référence actuelle***

Les médecins généralistes flamands ont cité les solutions auxquelles ils recourent actuellement pour référer leurs patients âgés. C'est ainsi qu'ils consultent rarement un gériatre et qu'ils font plutôt appel aux spécialistes qu'ils connaissent bien et en qui ils ont confiance. Les possibilités de prévoir une mise au point multidisciplinaire pour un patient qui souffre, par exemple, d'insuffisance respiratoire, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson ou d'incontinence urinaire sont nombreuses. Soit, ils les envoient dans un hôpital pour un court séjour de quelques jours, soit ils les font admettre dans une polyclinique pour une journée. Plutôt que de les référer à un hôpital de jour gériatrique, ils peuvent aussi les référer en ambulatoire à l'hôpital pendant une semaine pour les explorations. Une autre possibilité consiste à consulter des spécialistes comme un pneumologue, un neurologue, un cardiologue ou un gastro-entérologue. Dans les cas aigus, ils envoient les patients directement au service des urgences. Certains pensent que le gériatre n'est pas nécessaire. Parfois ils n'ont pas l'impression d'avoir besoin d'envoyer leurs patients chez un gériatre et ne considèrent pas les problèmes des personnes âgées comme suffisamment spécifiques pour nécessiter leur orientation vers un hôpital de jour gériatrique. Les défenseurs de l'hôpital de jour gériatrique estiment par contre que l'hôpital de jour gériatrique peut s'avérer très complémentaire dans le cadre des problèmes complexes s'il permet d'agir rapidement et de manière ciblée. Bien que les MG préfèrent travailler avec des spécialistes qu'ils connaissent bien, ils opposent peu d'alternatives à l'hospitalisation d'un jour qu'ils trouvent intéressante pour leurs patients (voir chapitre 4.3.5 raisons positives et avantages à référer).

HA7: weet je dat ik denk dat het voordeel is, wij kennen goed ons specialisten, dat we direct onze telefoon oppakken en: ja, ik zit hier met een probleem van duizeligheid, kunt gij dat oplossen? Ik krijg een urineverlies,... Maar geriater, ge moet ne keer eerlijk zijn, iedere huisarts heeft schrik van een kinderarts, ik ga niet zeggen...niet zo erg, maar een geriater zeker hé. Eigenlijk is de geriater een huisarts die een beetje gespecialiseerd is in ouderen hé. (focusgroep Oostkamp2)

HA6: Ik heb een arsenaal aan specialisten waar dat ik de pathologie die ik zie, doorverwijs. Ik heb daar mijn voorkeur in. Ik vraag aan mijn patiënt: ken jij iemand waartoe je zou willen..., neen, dan zeg ik: ik stel die voor. Ge kiest uw mensen naar waar je doorverwijst al naargelang uw contacten. Meestal, als je 20 jaar bezig bent, hebt ge die mensen wekelijks aan telefoon en da 's bij de voornaam van: hé, ik heb... En dat werkt ideaal samen. En een collega waar dat het niet mee klikt, stuurt gij nooit niet meer naar, è. (focusgroep Gent)

Les MG sont nostalgiques des petits hôpitaux de proximité dans lesquels on connaissait les spécialistes.

Quand je suis arrivé dans la région, il y avait deux hôpitaux à Z (localité), un hôpital à Y, un hôpital à X, avec relativement peu de médecins, et peu de médecins que l'on connaissait en général bien, et avec qui on avait facilement un contact direct. (ANU-7)

#### ***4.3.3.3 Référer à l'HdJG n'est pas un réflexe chez les médecins généralistes***

Certains MG disent connaître (parfois de façon approximative) l'existence de l'HdJG mais reconnaissent que référer un patient n'est pas un réflexe lorsqu'ils se trouvent devant un patient âgé qui nécessite des examens complémentaires.

Il faut y penser. (HU-59)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

Les MG disent que le gériatre a l'habitude de référer, à l'image d'autres spécialistes. Il est donc plus naturel pour lui de penser à l'HdJG qu'un MG. Ceci expliquerait en partie le peu de référence par le MG.

Les spécialistes ont presque une tradition de référer automatiquement; ce n'est pas dans notre tradition. (BNU-56)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

#### ***4.3.3.4 Le MG n'a pas besoin de spécialistes***

Il a été entendu dans certains focus groups que le MG n'avait pas vraiment besoin de l'avis de spécialistes dans sa pratique, cet avis étant considéré comme trop pointu, trop « scientifique » et répondant peu aux préoccupations du MG.

Mais parce qu'il y a aussi, en tous cas, dans la réflexion qu'on a parfois dans les groupes, les Dodécagroupes, etc, où on a discuté de ces problèmes de gériatrie, mais aussi le fait que peut-être le médecin traitant généraliste est plus proche de la préoccupation quotidienne et a moins besoin d'un avis, je vais dire, scientifique sur la précision de la pathologie ou sur l'implantation anatomique de la pathologie. Je ne dis pas que ça ne nous intéresse pas, mais enfin, ça nous intéresse moins que le vécu quotidien et c'est vrai, qu'en tous cas, je parle pour moi, moi j'ai eu quelques mauvaises expériences d'hospitalisation de patients âgés que j'adressais, mais de façon peu structurée, c'est vrai, que j'adressais un petit peu en urgence avec un problème spécifique, et puis qui revenait, évidemment, avec le même problème parce qu'on ne peut pas tout soigner, mais à ce problème s'étaient ajoutés d'autres problèmes. (ChU-65)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

#### ***4.3.3.5 Peu de patients au profil adapté***

Certains MG affirment que la structure de l'HdJG n'est pas la panacée. Il s'agit pour eux d'un outil à utiliser ponctuellement, dans certaines situations bien particulières répondant aux critères connus des HdJG. Les MG auraient, selon eux, relativement peu de patients qui répondent à ces critères et donc relativement peu de patients à référer.

Tous les problèmes des patients âgés ne peuvent pas trouver de solutions à l'HdJG comme les problèmes aigus ou urgents. Ces problèmes aigus ou urgents n'entreraient pas selon les MG dans les fonctions de l'HdJG.

Je sais que ça existe, et que je pourrais m'en servir, mais dans la gestion de mes patients âgés, je n'ai pas éprouvé le besoin de cela jusque maintenant. (ANU-98)

Ca pourrait se présenter à l'occasion, mais à mon avis, ça restera très rare. (ANU-99)

En curatif, c'est aussi très difficile pour nous de référer à un hôpital de jour comme ça parce qu'on essaye toujours de garder les gens le plus longtemps possible dans la maison de repos s'ils y sont ou chez eux, entourés par la famille. Donc, quand on envoie des gens à l'hôpital, des personnes âgées, en tous cas, c'est des gens qui sont déjà fort avancés dans leur pathologie. C'est quand on est débordé, donc, c'est relativement urgent. Je ne pense pas que la notion d'hôpital gériatrique de jour permette justement de référer le patient assez rapidement. Donc, je le vois plus, moi, comme un outil de prévention chez les personnes âgées,

éventuellement. Je ne l'ai jamais utilisé parce que l'hôpital de jour, je ne le connais que pour tout le monde, essentiellement une chimiothérapie ici. (HuyNU-40)

Mon problème est plus celui-ci que dans la pratique de tous les jours, vous avez votre patient que vous connaissez, puis à un moment, il y a quelque chose qui se dérègle. Mais au moment où ça se dérègle, vous avez besoin de la solution. Ce n'est pas deux semaines après que vous allez dire... (LgU-72)

#### ***4.3.3.6 Conclusion sur l'aspect " Besoins limités en HdJG "***

Certains MG interrogés pensent ne pas tirer de bénéfices de la référence auprès d'un HdJG. Des MG pensent que l'avis d'un spécialiste hospitalier n'est pas nécessaire à leur pratique gériatrique ou qu'ils ont relativement peu de patients dont les besoins correspondent au « profil » de services offerts par l'HdJG.

Les propos des MG sous-entendent, à notre avis, que l'HdJG n'apporte rien de plus que les structures classiques existantes auxquelles les MG réfèrent actuellement. L'usage d'un réseau de spécialistes connus, une hospitalisation courte,... sont évoqués comme les alternatives actuelles à l'usage des HdJG.



#### 4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

4.3.1 Facteurs contextuels

4.3.2 Manque d'informations

4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

4.3.4 **Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques**

4.3.5 Raisons positives et avantages à référer

4.3.6 Suggestions

Les MG relèvent de nombreuses barrières, craintes, difficultés à la référence de patient à l'HdJG, tout particulièrement pour les patients et pour eux-mêmes.

##### *4.3.4.1 Barrières dans la perspective du patient*

###### *a) Fatigant, lourd et stressant*

L'excès d'examens réalisés en milieu hospitalier est souvent évoqué par les MG. Ils craignent ce même excès pour leurs patients à l'HdJG. Le MG redoute ainsi une journée épuisante pour le patient âgé.

On ne peut pas traiter une personne âgée comme quelqu'un de plus jeune et le soumettre à des examens intempestifs qui n'ont aucun intérêt pour personne. (BNU-5)

Le patient doit être bien fatigué... (BU-37)

C'est peut-être même plus fatigant pour le patient, hein, s'ils doivent faire le marathon entre plusieurs médecins, ce n'est pas évident. (ANU-135)

Les bombarder comme ça dans un hôpital de jour où on va les assommer toutes les demi-heures, allez, pensez à autre chose, c'est un véritable parcours du combattant. (ANU-145)

HA3: was het niet zo dat het tempo van onderzoeken iets gespreider werd bij de geriatrische patiënten omdat ze dat ook zelf klinisch niet meer aankunnen en dat dat allemaal op één dag gaat. Bij ons is dat allemaal goed hé, gastroscopie, coloscopie, allemaal op één dag, maar oudere mensen, ik weet niet of dit echt nog haalbaar is bij mensen die 80plus zijn, alé... (focusgroep Oostkamp2)

###### *b) Spécialisation à outrance*

Un risque pour l'HdJG selon certains MG interrogés est de se spécialiser à outrance, de cloisonner les maladies et de perdre son caractère global.

Il est probable aussi que comme c'est .... Peut-être plus avec la gériatrie qu'avec la médecine générale, finisse par tourner avec une idée de médecine spécialisée, de médecine gériatrique. C'est une explication. (AU-12)

Oui, on est entrés aussi dans cette optique d'hyperspécialisation, on va voir le cardiologue, on va voir le pneumologue, mais on ne voit peut-être pas le côté gériatrique peut-être plus global (ChNU-56)

Si c'est pour faire ce centre de la ménopause que je trouve complètement à côté de leurs pompes. Donc voilà, est-ce qu'on va faire une journée hôpital de jour-gastro pour faire la totale et sur ..... , comment faire en sorte que ces hôpitaux de jour gériatriques ne soient pas trop hyper-spécialisés, qu'il n'y ait pas une sorte d'autonomisation un peu perverse du patient qui va faire son bilan, son hôpital de jour neuro-psy pour l'Alzheimer, puis son hôpital de jour uro pour ses incontinences, etc, vous voyez ce que je veux dire. (LgNU-107)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

### *c) Problèmes de transport*

Le problème du transport est mentionné très souvent par les MG. Les personnes âgées sont dépendantes de la famille ou des voisins. Il serait utile de trouver une solution peu coûteuse pour faciliter les déplacements des patients vers l'HdJG.

On peut déborder, on peut se dire qu'il pourrait y avoir même un transport éventuellement, parce que qu'est-ce qu'on fait quand on n'a pas une famille, un voisin, le CPAS, et une nièce ou quoi que ce soit qui soit disponible, on peut faire appel à une ambulance. L'ambulance, ça coûte cher à la société, l'ambulance, c'est traumatisant, il faut bien le dire, pour le patient, une ambulance qui fait pin-pon, c'est toujours très traumatisant. Donc, je ne sais pas, est-ce qu'il n'y a pas moyen d'avoir un charroi qui serait très disponible, adapté quand c'est nécessaire, quand il n'y a pas d'autre possibilité ? (ChNU-142)

HA6: mensen zeggen van: ja maar, hoe moet ik daar geraken en als ik daar geraak, wie gaat er met mij meegaan van het ene onderzoek naar het ander? Da 's één van de grote problemen. (focusgroep Gent)

### *d) Connotations péjoratives liées à la gériatrie*

Plusieurs MG rapportent des propos de patients, étonnés d'être référés en gériatrie. Ce terme est connoté négativement chez des patients qui ne se sentent pas « vieux ». Le terme « gériatrie » pourrait potentiellement être un frein pour le patient.

Pour les gens eux-mêmes, ils disent parfois, c'est assez marrant, tiens, je vais pour un bilan de cardiologie à X (ville) et je me retrouve chez des vieux à Y (ville). Donc, c'est que je suis vieux maintenant. (AU-88)

La question précédente, il y a une connotation « gériatre, c'est pour les vieux ». Il y a beaucoup de patients qui ne se sentent pas vieux. On m'a envoyé en gériatrie, vous vous

rendez compte, j'étais avec quatre personnes, il y avait trois vieux. Vous avez quel âge ? 87... (HNU-95)

Tu dis qu'à côté, il y a la pédiatrie. (ChNU-96)

Donc, je crois qu'il faut voir si le patient accepte ce terme gériatrique en disant « maintenant, vous êtes dans la catégorie des plus de 70, est-ce que vous voulez vous faire soigner comme... » (ChNU-97)

HA2: ik heb andere ervaringen, ja, ik heb een andere praktijk. Maar ik heb er veel die zeggen: ik ga binnen in het ziekenhuis, ik ga mij in de geriatrie leggen. Maar ik heb dan omgekeerde mensen, die iets mankeren, die 85 jaar zijn en die reclameren dat ze in de geriatrie vliegen, want ik heb iets aan mijn hart en ze willen niet bij die oude mensen liggen. (focusgroep Gent)

### *e) Coûts pour le patient*

Les MG ont été étonnés par le montant que nécessitait une hospitalisation en HdJG, à charge du patient. Une centaine d'euros leur paraît très onéreux pour beaucoup de personnes âgées (cette somme semble surtout liée au bilan neuropsychologique qui n'est pas remboursé par la sécurité sociale). Certains affirment que, si de telles structures sont mises en place, la sécurité sociale doit également y mettre les moyens pour réduire le coût du ticket modérateur.

Il y a un obstacle majeur, c'est le prix. (HuyNU-246)

De toute façon, même en consultation externe. (HuyNU-248)

Je sais bien, mais de toute façon, si on crée une structure comme ça, il faut que ce soit dans un package de l'INAMI, avec un forfait où les gens interviendront pour un ticket modérateur symbolique, moins élevé que ça, ou alors, il faut supprimer le bilan neuropsychologie si on envoie les gens pour une anémie, par exemple, ferriprive. Je ne vois pas ce qu'on va faire. Oui, mais là, on a l'air de dire que ce serait fait systématiquement (HuyNU-249)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

### *f) Réticence des familles/du patient*

Certaines familles seraient réticentes de voir leur parent référé en HdJG, probablement par manque de connaissance de la structure, selon certains MG.

Réticence aussi des familles, j'ai envie de dire. Oui, parce que vous avez beau leur expliquer comment... (ChU-60)

Certains MG mentionnent aussi le fait que le patient se sente « abandonné » par leur médecin de famille.

C'était un brave homme, et là il a été un peu sévère avec moi, il a dit « vous me lâchez docteur ». Donc certains vivent le fait d'être hospitalisés comme une espèce de refus, d'abandon. (BNU-26)

Pourquoi est-ce que vous ne vous occupez pas de ça vous-même, Docteur ? Vous m'avez envoyé là-bas, j'aurais même un petit peu peur qu'elles ne nous le reprochent. (ANU-145)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

#### *g) Incohérence dans le discours du personnel hospitalier*

Les MG relèvent des incohérences dans le discours des hospitaliers, entre le neuropsychologue, le spécialiste, etc. Il serait souhaitable que les MG reçoivent des spécialistes consultés une information cohérente.

Il faudrait veiller à ce que la communication des informations soit relativement uniforme à l'hôpital. Parce que vous avez l'infirmière qui dit une chose, le stagiaire qui dit une chose, le premier assistant qui dit autre chose, et le patient, quand il passe, il vient encore vers autre chose, les gens sont tout à fait perdus. Mais, ça, c'est un problème structurel de l'hôpital. C'est la multiplicité des intervenants qui fait que... (HU248)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

#### **4.3.4.2 Barrières organisationnelles**

##### *a) Bonne et mauvaise communication ou absence de communication*

Des problèmes d'accessibilité aux services hospitaliers sont souvent signalés. Le MG ne parvient pas à contacter le spécialiste (centrale téléphonique peu efficace, indisponibilité du spécialiste,...) pour assurer le suivi médical du patient. A l'entrée, comme à la sortie du service hospitalier, peu de communication existe entre MG et spécialiste, ce qui est fortement regretté par le médecin de famille.

Oui, l'hôpital de jour devrait structurer ses modalités d'entrée à l'hôpital de jour, et expliquer. Il faudrait qu'il y ait une meilleure accessibilité téléphonique des deux hôpitaux parce que la salle 7, c'est mission impossible, aussi bien à X (ville) qu'à Y (ville), donc moi, je préfère, comme ils disent, je prends ma voiture et j'y vais parce que, même si j'habite à sept kilomètres, c'est nettement plus rapide que de prendre son téléphone. (ChU-211)

Oui. Par téléphone, il faut déjà trois quarts d'heure avec la centrale téléphonique avant d'avoir le poste qui.... (HU-145)

Non, je crois que c'est vrai, il faut aller sur place, expliquer son cas, voir le dossier éventuellement. (HU-146)

HA6: nu een tweede vraag is ook, vind ik persoonlijk, dat is vanwaar moet de informatie komen, nee? Dus nummer één, komt het van de federale overheid, da 's nummer één. Als wij moeten wachten totdat het komt van het ziekenhuis, we moeten eerlijk zijn, de communicatie van, de globale communicatie van het ziekenhuis naar de huisarts als groep, vind ik nog altijd triest. In verschillende groeperingen en volgens ervaringen van de collega's hier, dat is in het algemeen triest. (focusgroep Oostkamp1)

*b) Nombre limité de places*

Les MG craignent que le succès des HdJG n'allonge le temps de rendez-vous et limite fortement le nombre de places disponibles.

Il faut dire qu'on a la chance de ne pas se tenir à une région, les deux hôpitaux, il y a une culture gériatrique qui se développe très fort, on sent ça très bien que de la part aussi bien de l'un que de l'autre. Ils sont malheureusement un peu dépassés par la demande. (ChU-46)

Au départ, ils étaient tout heureux de nous proposer leur hôpital de jour, mais maintenant, ils n'en parlent plus parce que... (ChU-47)

C'est tout à fait vrai, mais ils n'ont déjà plus de place, ils sont saturés. (ChU-49)

Oui, mais ils n'ouvrent que trois jours par semaine. (ChU-51)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

*c) Heures d'ouverture limitées, un jour ne suffit pas*

De nombreux médecins restent sceptiques quant à la faisabilité de réaliser une mise au point en un jour. Certains comprennent que 2 jours soient nécessaires pour réaliser l'ensemble des examens.

Parfois, c'est en deux fois. D'ailleurs, ils le disent, les gériatres, vous savez, ce que vous me demandez-là, c'est complètement fou, vous savez, on travaille ici, ce n'est pas possible de gérer tout ça. Mais je dis, je ne suis pas pressé, si c'est dans dix jours, c'est dans quinze, c'est bon. (ChU-139)

HA2: maar ik denk buiten het feit van die wachttijd, dat het toch ook heel belangrijk is van hoeveel dingen kunnen er op die één dag gebeuren? Hoeveel disciplines kunnen die patiënt zien op één dag? Want als dat gaat over twee onderzoeken, dan zeg ik, ik zal het zelf wel organiseren. Ik krijg ook wel een RX thorax en een gastroscopie op één dag geregeld. Die moet toch door vier, vijf, zes disciplines gezien worden op één dag en is dat haalbaar momenteel in Genk? (focusgroep Genk)

*d) Liberté de choix du spécialiste limitée*

Selon les MG, l'HdJG travaille avec un groupe de spécialistes attachés à l'hôpital. Le MG n'a donc pas de prise sur le choix du spécialiste ou des spécialistes auxquels sera référé son patient.

Il faut savoir à qui on veut envoyer le patient, évidemment aussi. (HuyNU-22)

Mais tu ne le sais pas. Toi, tu veux ça, ça et ça, et c'est elle qui choisit le médecin qui va... (HuyNU-23)

Non, si je veux que ce soit Z. (médecin spécialiste) qui donne l'avis ici à X (ville) je .... Mais ce n'est peut-être pas le jour même, ça peut être deux jours après, trois jours après. Mais parfois, il faut un peu insister. (HuyNU-24)

Moi, elle me dit, vous avez ça, ça et ça. Si vous voulez tout faire sur une journée, vous devez prendre tel médecin. Sinon, ce n'est pas l'hôpital de jour, c'est de la consultation à la carte. C'est un choix limité. (HuyNU-25)

C'est facile, mais je trouve que parfois, il faut un peu insister, attendre un peu. (HuyNU-26)

HA3: maar een geriatisch dagziekenhuis is, voor zover ik begrijp, precies bedoeld voor dingen die niet dringend zijn en die dus vooraf kunnen geregeld worden op zo'n dag. En ik heb er toen de specialisten bij gekregen die ik toen wou, behalve de geriater want dan moet je wel die... er zijn er twee, dacht ik in X. Maar je moet wel die nemen die in dat centrum zit. (focusgroep Gent)

Certains médecins généralistes qui ont participé aux focus groups sont également convaincus qu'avant de référer un patient gériatrique vers une structure de soins quelle qu'elle soit, il est nécessaire d'obtenir l'accord de la personne âgée. Hélas, ce n'est généralement pas le cas, ce qui pousse les généralistes à dire que le patient devrait être traité dans les meilleures conditions possibles, dans des délais raisonnables en fonction de ses besoins et comme convenu au préalable avec son médecin traitant.

HA8: dat je de zaak zelf beter coördineert en de zaak kunt beter opvolgen. Ik vind alleen nadeel, laat zeggen een hoogbejaarde patiënt 's morgens sturen en zeggen 's avonds naar huis laten komen, de mensen misschien zeker geen vragende partij zijn. (focusgroep Oostkamp1)

(0 passage en Wallonie et Bruxelles)

#### *e) Temps et énergie pour les médecins généralistes*

Lorsque le MG a connaissance de la structure, une raison qui peut freiner la référence est l'énergie et le temps que le MG doit consacrer pour préparer l'admission d'un patient âgé à l'HdJG. Un contact préalable avec le gériatre est nécessaire selon les MG pour s'accorder sur les attentes du MG et les propositions du gériatre, mais cela prend un temps considérable.

Il y a tout un travail de motivation, d'encadrement etc. et ça, les médecins spécialistes, ça leur échappe complètement. (BNU-56)

Oui, mais il faut préparer tout ça. (BU-129)

Animateur: Et vous soulignez le temps de coordination que ça prend. (ChU-150)  
 C'est plus facile de faire un papier, tu vas à l'hôpital, ce n'est pas la même chose. (ChU-151)  
 Oui mais là, tu es sûr que ça foire. (ChU-152)  
 Là, on est sûr que ça foire. (ChU-153)  
 Si le gériatre était gentil, il te donnerait son numéro privé. Moi, j'en ai quelques uns dans mon GSM, et je téléphone directement, et ça marche. (ChU-154)

(0 passage à ce sujet en Flandre)

### *f) Coût pour la société*

Deux admissions courtes dans un établissement hospitalier, y compris dans un HdJG, coûtent plus cher à la société qu'une admission plus longue ou un traitement par le généraliste, selon des MG.

Il vaut mieux plusieurs one-day, il vaut mieux cinq one-day qu'une hospitalisation de cinq jours, ça, il n'y a pas photo. Tu vois maintenant une appendicite et qu'ils hospitalisent un jour pour mise au point, puis tu dis, revenez vous faire opérer la semaine prochaine, ça fait deux petites hospitalisations. On a compris, ils font tous ça, il ne faut pas les critiquer. C'est le système de financement des hôpitaux qui est tel. (ChU-307)

Animateur : Oui, mais nos patients n'y perdent pas dans ce système-là. (ChU-308)

Non, il faut savoir que oui... (ChU-309)

Animateur : C'est un point de contact entre l'intérêt du patient et l'intérêt de l'hôpital ici. (ChU-310)

Oui, oui, mais ce qui est important de dire, c'est que si l'hôpital s'y retrouve, il peut investir dans ce domaine. Et là, c'est bingo. Parce que si on a une structure qui n'est pas rentable, on n'a pas du tout envie de l'agrandir. Mais si elle est rentable pour l'hôpital, il y a une possibilité de l'élargir. (ChU-311)

HA5: wat ik eigenlijk mij interesseer is eigenlijk, wat is het verschil tussen zo'n dagdinge... hoeveel kost het ons aan de maatschappij? Waarom hebben ze dat weer opgericht? Bijvoorbeeld ja, ik kan mij best voorstellen, iemand met een feacaloom of dagelijks geconstipeerd is, dat je dan daar eventueel binnenstuurt en dan een coloscopie aanvraagt, maar sowieso een feacaloom kunnen wij ook thuis verwijderen met een verpleegkundige. Dus, ik vraag mij af, wat is de kostprijs? (focusgroep Gent)

### *g) Pas de transparence*

Les médecins généralistes ont besoin de transparence. Ce besoin d'information est double : d'une part les médecins généralistes ne sont pas informés de la manière dont les patients sont inscrits (pas d'accès aux données d'enregistrement). Par ailleurs, les médecins généralistes ont du mal à référer leurs patients tant qu'ils n'ont pas connaissance de ce qu'implique cette initiative et comment elle fonctionne (aucune information sur le fonctionnement et la planification des examens). Il est nécessaire que le MG connaisse les modalités de contact avec l'HdJG, les objectifs et

les fonctions de celui-ci, les conditions d'accessibilité pour les patients et leur mode de fonctionnement précis.

Le problème, c'est de savoir où s'adresser. En général, j'envoie d'abord une première fois chez le spécialiste et en redemandant d'assurer la mise au point en hôpital de jour. (HNU-17)

Oui, oui, il faudrait savoir à qui on peut se référer, quel est le coordinateur à l'hôpital de l'ensemble de... (ChNU-20)

Certains médecins généralistes flamands imaginent que lorsqu'ils réfèrent un patient à un spécialiste, cette admission est enregistrée au niveau administratif comme une admission à l'hôpital de jour, sans collaboration avec le médecin généraliste ou sans référence directe du médecin généraliste à l'hôpital de jour. Ils craignent qu'il n'y ait, de ce fait, de nombreuses erreurs d'enregistrement et que de nombreux médecins généralistes envoient consciemment ou pas des patients aux hôpitaux de jour sans avoir la moindre idée de la manière dont ils y sont inscrits.

HA2: nu is dat allemaal voor ons een beetje onduidelijk, waarom weten wij niet dat wij naar daar verwijzen, omdat dat dat een mix is van dagziekenhuis en consultatie en speciaal onderzoek. Dat zit allemaal in één pot, denk ik. (focusgroep Oostkamp1)

De nombreux médecins généralistes connaissent à peine l'hôpital de jour gériatrique et ne savent pas quels examens peuvent y être programmés et dans quels délais. Ils se posent aussi beaucoup de questions sur l'organisation pratique et le fonctionnement de ce type d'hôpital de jour. Une meilleure connaissance des délais de rendez-vous et du travail qui y est effectué permettrait au MG de s'investir davantage dans la collaboration avec l'HdJG.

HA8: maar ik zie nog altijd niet hoe dat dat praktisch in zijn werk gaat. Zeg je dan als huisarts van: die moet dat en dat en dat onderzoek krijgen. Ik bel daar naar en zij moeten alles regelen of gaat, wordt die gezien door de geriater. Beslist die wat er allemaal moet gebeuren en wordt het volledig uit handen genomen of euhm...? Ik zie nog eigenlijk altijd niet wat gebeurt er? Mensen komen daar toe, ze worden opgevangen door verpleegkundigen? Vervoerd naar de nodige plaatsen waar dat het onderzoek gebeurt? (focusgroep Gent)

Il faut vraiment associer les médecins traitants à la formule sinon vous dépendez uniquement des gériatres, des spécialistes ce qui réduit l'impact de votre expérience. Si vous voulez associer les généralistes, il faut vraiment la transparence. (BNU-91)



#### 4.3.4.3 *Désavantages pour les soins de deuxième ligne*

##### a) *Concurrence interne*

Certains MG ressentent une possible concurrence interne à l'hôpital : certains MG doutent que la priorité soit laissée à des demandes d'examens venant de l'HdJG. L'HdJG est considéré par certains comme le parent pauvre.

Quand il rentre dans le service de gériatrie, c'est le gériatre qui décide et qui fait tout, et qui me paraît être fort le parent pauvre de l'hôpital... mendier des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier... Maintenant, c'est vrai qu'un hôpital de jour qui vient d'ouvrir, moi, je n'ai aucune expérience. J'ai une grosse expérience gériatrique, je n'ai pas du tout confiance. (HNU-34)

HA2: en da 's ook de reden waarom die goede..., alé die echte specialisten met lede ogen zien, want ze nemen hun veel patiënten af, è. Vergeet niet, vroeger aan een mens van 75 jaar deden ze niets hé, 40 jaar geleden. En nu is dat een oudere patiënt è. Want die komt alle drie maanden naar de cardioloog, hij heeft natuurlijk iets aan zijn hart. En naar de neuroloog gaat hij ook, enzovoort, enzovoort. Alé, ik denk..., alé ik heb die indruk. Ik ben niet veel in klinieken, maar ik zie veel mensen die in klinieken werken, dat dat kat en hond is, die geriatrie met die andere superspecialiteiten. En dat ze alleen daar willen liquideren naar de mensen die uitgedoemd zijn, bij manier van spreken. (focusgroep Gent)

##### b) *Surcharge de travail pour les spécialistes*

Les médecins généralistes craignent que le regroupement de plusieurs disciplines, notamment d'un cardiologue, d'un gastro-entérologue, d'un orthopédiste,... ne soit pas efficace à cause de la surcharge que ce regroupement implique pour tous les spécialistes et de la plus grande flexibilité de travail que ce mode de fonctionnement exige d'eux. La flexibilité et la bonne volonté des médecins hospitaliers pourraient donner un sens à l'hôpital de jour gériatrique et impliquer les soins de première ligne.

HA1: maar in feite, ik vind dat concept wel goed, maar dan vraagt ge eigenlijk aan de tweede lijn om al die specialisten op een andere manier te gaan werken. Want daar komt het op neer è.

HA: ja, ja

HA1: dus in enen keer zeggen we... Wij moeten... alé, ik vind dat dat mijn petje te boven gaat. Dan moet ik zeggen: ja, meneer de cardioloog, dat uw agenda volstaat, dat trek ik mij niet aan, want ik stuur die mens naar het geriatriesch dagziekenhuis en gij moet maar zorgen dat ge daar morgen tijd voor hebt. Of dat uw agenda volstaat of niet, dat is mijn probleem niet, want die mens... zo... want dat is dus...dat is het dus. (focusgroep Gent)

Oui parce que comment ils font, ils gardent disponibles des spécialistes? Comment ils font? Il y a quelqu'un qui va se présenter avec un problème à mettre au point? Ah mais très bien,

vous allez voir ce spécialiste-là à telle heure, je ne vois pas comment ils peuvent s'organiser à brûle-pourpoint. (ANU-106)

#### *4.3.4.4 Manque de clarté sur le mode de coordination, d'organisation et de fonctionnement*

La mauvaise connaissance de l'HdJG et le manque de transparence sur son fonctionnement soulèvent une série de questions.

##### *a) Nom, modalités, entité, réglementation, financement ?*

Certains médecins généralistes trouvent que la dénomination est mal choisie et peut entraîner une confusion. Ils se posent des questions sur la réglementation d'application, les modalités, l'entité et le financement d'un hôpital de jour gériatrique. L'hôpital de jour gériatrique est considéré comme quelque chose de théorique plutôt que comme une réalité. Les médecins généralistes trouvent qu'il est important qu'il soit décrit clairement et dispose d'un cadre structuré. Certains s'interrogent sur son commanditaire, son financement, son subventionnement et se demandent depuis combien de temps il existe et qui contrôle les patients inscrits à l'hôpital de jour.

La structure actuelle leur semble confuse et la séparation entre la gériatrie et l'hôpital de jour gériatrique ne leur paraît pas claire. Ils ne voient pas très bien quand le gériatre travaille dans l'hôpital de jour gériatrique et quand il travaille à l'hôpital en tant que tel.

HA2: ja maar, de geriatische dienst, da 's ook diezelfde geriater die dat dagziekenhuis runt.  
En ik denk dat voor het ziekenhuis..., dat dat veel te veel kost (focusgroep Gent)

Les MG demandent plus de clarté sur les raisons d'être, les fondements, le financement de l'HdJG. Plus de clarté, plus de transparence qui participeront à la mobilisation des MG.

HA8: in primo is het toch de federale overheid die dat in gang steekt, wij... ons niet informeert, maar blijkbaar wel naar de hospitalen die daar zelfs een structuur op gecreëerd hebben die de finances krijgen en waarvan wij nog altijd niet op de hoogte gesteld worden. Da 's toch de basis van de zaak waar het grof misloopt. Waarom zijn wij dus nooit geïnformeerd? (focusgroep Oostkamp1)

HA4: zo'n geriatriesch dagziekenhuis is dat dus zo een entiteit, een locatie waarbij al die dokters van het ziekenhuis daar in werken of moeten dat bepaalde dokters zijn? Want ik zou toch wel willen weten... ge hebt uw diabetespatiënt, die gaat dus jaar in jaar uit naar de endocrinoloog, maar vanaf een bepaalde leeftijd, boef, valt hij daar in...dat werkt toch niet? (focusgroep Genk)

Moi, je pense que si on redéfinissait convenablement le but de l'hospitalisation de jour, et à quoi cela sert, on utiliserait cet outil-là convenablement, plus souvent et on présenterait bien son bébé. (ChU-123)

Et il faudrait un peu qu'eux aussi, donnent un peu ce qu'ils sont capables de faire et comment, et quelle est la procédure d'accès, parce que ça, ça a été ..... Ils ont lancé un papier, nous ouvrons un hôpital de jour, pouf, sans donner de détails quant aux procédures.... Qu'on mettrait sur la manière... (ChU-213)

### *b) Planification, calendrier ?*

Les MG sont souvent dubitatifs quant à l'organisation et la planification des examens à réaliser. Quel est le délai nécessaire pour fixer le planning des rendez-vous ?

Longtemps à l'avance, c'est combien de temps à l'avance? (BU-13)

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

HA7: maar hoe kun je dat plannen? Als ze de patiënt nog nooit gezien hebben.

HA1: ja awel da 's dat vraag hé. hoe doe je dat hé? (focusgroep Oostkamp2)

M: misschien is er eerst gewoon een consult bij de geriater?

HA7: voilà, voilà, dat denk ik

HA5: maar ja en dan kunnen ze die dag zelf nog plannen?

HA: ah maar ja, dat kan niet anders

HA7: dat kan niet anders, hebt gij toch... zonder consult kunnen zij geen hele planning doen. (focusgroep Oostkamp2)

### *c) Heures d'ouverture ?*

Des informations concrètes telles que les horaires, les coordonnées de la personne à contacter sont importantes pour faciliter la communication entre le MG et l'HdJG.

Voir quel jour, quel téléphone employer, qui contacter. Ca, je pense que ce serait intéressant, de telle heure à telle heure, et pouvoir directement rentrer dans un service sans passer par la centrale de l'hôpital. (ChU-215)

Oui, une centrale, il y a un numéro. (ChU-216)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

*d) Coût pour le patient ?*

Le coût pour le patient, comme écrit plus haut, est un critère d'accessibilité important à l'HdJG.

C'est quand même un facteur important. C'est la question que j'avais posée tantôt, donc, tous les actes techniques qu'on doit faire, est-ce que le patient paye un ticket modérateur là-dessus? C'est facturé comment? (BU-174)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

*e) Efficience économique*

A chacune des soirées de discussion, les médecins généralistes ont fait part de réflexions sur le fonctionnement d'un hôpital de jour gériatrique. Ils ont posé beaucoup de questions, du type : cette structure fonctionne-t-elle ?, cela tourne à 100% ?, cela rapporte-t-il ?, qui évalue son fonctionnement ?, quel est le bilan financier sur un an ?, un audit a-t-il déjà été effectué ?, quelle est sa fréquence d'utilisation ?, quelle est l'organisation adoptée?, comment réussissent-ils à planifier autant d'exams en une journée?, quelle perspective pour ce type de structure?, ne vont-ils pas être submergés par la demande?, etc. Certains médecins généralistes ont donné un avis positif, d'autres ont interprété toutes ces remarques entendues durant le focus group comme le signal d'un dysfonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique. Les verbatims suivants illustrent autant ce regard critique que cette évaluation positive.

HA8: ja maar 't is een non-functie hé. ja maar da 's een malfunctioneren hé. Als men zegt de helpt huisarts...'t is geen één die er nu iets van weet en ook doorstuurt, dus er is blijkbaar iets mis met de zaak dan zelfs hé. (focusgroep Oostkamp1)

HA6: Blijkbaar functioneert het wel, maar ze hebben ons niet nodig (focusgroep Oostkamp1)

HA6: ik denk dat dat niet uit de startblokken geraakt (focusgroep Genk)

HA4: Maar hoe functioneert het tot nu toe? Die drie jaar dat het nu al bezig is. Hoe functioneren deze die al bezig zijn? Is dat rendabel? Gaat dat? (focusgroep Gent)

HA1: maar het marcheert niet. Want anders zou er geen vergadering zijn moest het marcheren. Hahaha, dat is het antwoord. (focusgroep Gent)

Oui parce que comment ils font, ils gardent disponibles des spécialistes ? Comment ils font ? Il y a quelqu'un qui va se présenter avec un problème à mettre au point ? Ah mais très bien, vous allez voir ce spécialiste-là à telle heure, je ne vois pas comment ils peuvent s'organiser à brûle-pourpoint. (ANU-106)

J'essaye de comprendre un petit peu le cheminement parce que moi, je ne vois pas l'intérêt franchement, pour l'instant, moi c'est la manière d'envoyer mon patient, quel type de patient envoyer. (BU-94)

#### *f) Proximité de l'HdJG*

Les MG interrogés auraient besoin d'informations quant à la situation locale des HdJG. A quel hôpital est attaché le ou les HdJG de leur région? Les médecins généralistes se sont aussi interrogés sur les performances des hôpitaux de jour gériatriques près de chez eux. Dans ce cadre, un médecin généraliste flamand a émis l'hypothèse que les hôpitaux de jour gériatriques de Wallonie ou de Bruxelles se débrouillent peut-être mieux que dans sa propre région. Quelques médecins généralistes ont fait savoir qu'ils avaient besoin d'informations sur la situation locale et sur un exemple de « bonne pratique ». De plus, les hôpitaux de jour gériatriques devraient, à leurs yeux, être évalués.

A Bruxelles, est-ce que vous savez combien il y a d'hôpitaux gériatriques de jour? (BU-58)

HA1: inderdaad dat moet ook geëvalueerd

HA9: dat moet natuurlijk geëvalueerd

HA8: evidence-based, ja (focusgroep Oostkamp1)

#### *g) Qu'est-ce que la gériatrie, un patient gériatrique et un gériatre ?*

Le terme 'gériatrique' est mis en question. Dans chacun des focus groups, les médecins généralistes ont posé au moins une des questions suivantes : qu'est-ce qu'un patient gériatrique ?, qu'est-ce qu'un profil gériatrique ?, qu'est-ce qu'un gériatre ?, quelles sont les rôles et fonctions du gériatre?, à quelle population s'adresse le gériatre?, s'adresse-t-il à une tranche d'âge spécifique?, quelles différences y a-t-il avec un interniste général? Les médecins généralistes souhaitent plus de clarté sur le but, l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux de jour gériatriques. Parfois, dans l'hôpital, le gériatre est aussi appelé le "médecin

généraliste des personnes âgées'. Un médecin généraliste a trouvé qu'il n'existe pas non plus de pathologies vraiment purement gériatriques.

HA6: maar, maar wat noem je dan een geriatrische patiënt? Is dat dan een 65'er, is dat dan een 70'er, is dat dan een 80'er? Is men daar duidelijk over? (focusgroep Oostkamp1)

HA6: en een maagzweer bij een 80-jarige is hetzelfde als een maagzweer, euh... Dus echte stricto sensu geriatrische pathologie, waar dat de geriater specifiek dat behandelt, ik weet het eigenlijk niet. (focusgroep Gent)

Tout simplement quand est-ce que commence la gériatrie, parce que parfois, ce n'est pas très... (ANU-23)

... le gériatre, c'est quand même un interniste, donc... (ANU-86)

Oui, oui, mais ce n'est pas la même chose qu'un interniste général qui ne se limitait pas à faire de la gériatrie, loin de là. (ANU-87)

#### ***4.3.4.5 Rôles et responsabilités***

##### *a) Rôle du gériatre*

Les MG voient le gériatre comme étant un spécialiste du patient âgé et un coordinateur de la structure de l'HdJG. Par ailleurs, il leur paraît important que l'HdJG se dote de quelqu'un, gériatre ou autre, qui coordonne les prises de rendez-vous, qui estime le temps à passer pour chaque examen et à qui le MG peut s'adresser.

Il faut, pour moi, essayer de regrouper et ce n'est pas toujours... Alors, il faut jongler avec les secrétaires en disant, ma patiente a rendez-vous à telle heure, est-ce que vous pourriez mettre le rendez-vous à telle heure chez un autre spécialiste ? Ca, ce n'est pas super évident. (ANU-41)

S'il fallait faire ça individuellement, il faut prendre des rendez-vous etc, ça prend un temps fou (BU-8)

HA9: dus ik denk wel dat wij de meeste onderzoekaanvragen kunnen coördineren en adequaat aanvragen maar dat de geriater ergens een eindverantwoordelijkheid in heeft, superviserend, dat hij dan het definitieve verslag aan ons terugkoppelt. (focusgroep Oostkamp1)

##### *b) Rôle du médecin généraliste*

Le MG est le garant de la santé du patient, c'est lui qui va le plus souvent assurer la fonction longitudinale des soins. Il a donc une responsabilité importante vis-à-vis du patient et de sa famille. Selon lui, il a également une responsabilité importante en termes de communication avec les spécialistes, au bénéfice du patient. Il se doit

d'être clair dans la demande qu'il adresse afin qu'elle soit discutée, négociée et que la réponse corresponde à ses attentes.

A partir du moment où on lui décrit correctement ce qu'on souhaite en matière d'examens, il structure en tous cas la journée pour qu'on ne soit pas pris dans un délai trop restreint et alors, il structure sa journée correctement, et on va faire vraiment une quantité d'examens assez incroyable sur une seule journée d'avis. C'est parfois très fatigant aussi. (ChU-45)

Précisons bien nos demandes, et adressons les patients qui peuvent être aidés de manière... Et puis, si tout ce message passe bien auprès du généraliste, il n'aura plus peur. Il fera sa synthèse et puis, il donnera un coup de fil et s'il va voir les gériatres, ils seront très heureux, les gériatres, de pouvoir travailler comme ça. (ChU-128)

Et pour préciser nos demandes, il faut vraiment prendre contact personnellement. Une lettre ne suffit pas, un coup de téléphone est très limitée, il faut vraiment s'investir, prendre son temps, et l'idéal... (ChU-129)

Et l'idéal, c'est de se déplacer. Il faut vraiment prendre contact, une lettre ne suffit pas. Je ne dis pas que c'est voué à l'échec, mais on revient dans le système urgence, de dispatching comme on l'a déjà évoqué. Il faut vraiment se mouiller pour que ça soit efficace. (ChU-132)

HA2: ik zie redelijk veel in hetgeen dat collega HA6 gezegd heeft. Zo dat je eigenlijk voor een deel zelf kunt bepalen welke onderzoeken dat er essentieel zijn, in samenspraak met de geriater eventueel. (focusgroep Oostkamp1)

HA9: dus ik denk wel dat wij de meeste onderzoekaanvragen kunnen coördineren en adequaat aanvragen maar dat de geriater ergens een eindverantwoordelijkheid in heeft, superviserend, dat hij dan het definitieve verslag aan ons terugkoppelt. (focusgroep Oostkamp1)

HA2: maar dus als het dan multidisciplinair is, dan is de huisarts één van die disciplines...

HA7: voilà, dat vind ik ook. (focusgroep Oostkamp2)

HA9: normaalgezien zou dat moeten zijn: ge stuurt de patiënt daar naartoe. Dat kan één, dat kan twee dagen zijn, dat kan drie dagen zijn. Dat dat pakket wordt afgewerkt en die patiënt komt terug en wij als huisarts beslissen wat er met die informatie gebeurt. Ze kunnen hun adviezen geven van: oké, ga er elke dag mee naar de dialyse. Maar ik beslis: die gaat wel of niet naar de dialyse. Ik zeg zomaar wat.

HA4: ja, ja

HA9: Dat wij beslissingsrecht hebben wat we met die informatie doen en krijgen van dat dagziekenhuis.

HA7: omdat we dat recht hebben. We kennen die patiënt twintig jaar en soms langer. Dat is ons recht. (focusgroep Deurne)

### *c) Rôle des spécialistes*

Les spécialistes sollicités par l'HdJG sont identifiés par les MG comme des médecins non spécialisés en gériatrie accomplissant les actes demandés par l'HdJG.

...mendier des examens chez les autres qui vont faire un petit peu en dernier [qui vont réaliser les examens pour l'HdJG en dernier]... (HNU-34)

HA2: eigenlijk verwachten we een engagement van een aantal specialisten dat die een beetje ter beschikking staan om vanuit verschillende ooghoeken...

HA9: ja, maar ik denk dat inderdaad het een beetje het probleem is dat al die disciplines een beetje ter beschikking moeten staan op het moment dat dat dagklinik open is en dat die niet zeker zijn van hun werk è. Daar ligt het probleem è. Want die hebben ook nog andere dingen te doen. (focusgroep Genk)

HA9: daghospitaal zou kunnen zijn: van een patiënt waarbij je bepaalde problemen vermoedt, van eigenlijk die te omschrijven, die patiënt daar af te leveren en dat er daar een aantal specialisten klaar zitten die, waarvan gij hebt gezegd: ja, er zou eigenlijk eens moeten worden nagekeken door een cardioloog, een nefroloog, op enen dag. (focusgroep Deurne)

#### *4.3.4.6 Conclusion sur les barrières et les questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques*

Les MG interrogés évoquent plusieurs freins à la référence de patients auprès d'un HdJG. Leurs préoccupations concernent d'abord les patients. Les tests étant regroupés sur un court laps de temps, ils redoutent une journée épuisante pour le patient âgé. Par ailleurs, des MG restent sceptiques quant à la faisabilité de l'ensemble des explorations prévues en une seule journée.

Les MG évoquent également des problèmes potentiels de transport pour le patient âgé dépendant de sa famille ou d'un service de transport. Un autre souci majeur concerne le coût de l'hospitalisation de jour gériatrique pour le patient : certains MG craignent un montant trop élevé pour des personnes âgées le plus souvent à faibles revenus.

Le patient ne peut pas non plus choisir les spécialistes consultés. Les MG craignent une hyperspécialisation de la structure de jour gériatrique, perdant en ça l'approche globale du patient.

D'autres obstacles importants sont également évoqués en matière d'organisation. L'accessibilité de l'HdJG pour la prise de rendez-vous puis pour la coordination entre le MG et un membre de l'HdJG est fondamentale. La référence à un HdJG peut également être freinée par l'énergie que le MG doit consacrer à des contacts multiples (préparation de l'admission de la patiente, négociation des actes à réaliser, bilan à tirer,...)



Le coût de l'instauration de telles structures de jour gériatriques pour la société est également évoqué par les MG interrogés.

Les MG se posent de nombreuses questions sur les fondements, le financement, le fonctionnement et les objectifs de l'HdJG mais également sur les rôles respectifs de chacun (gériatre, MG, spécialistes). Ils s'interrogent d'ailleurs sur la spécialité même de la « gériatrie » qu'ils définissent difficilement. De nombreux MG souhaitent obtenir des informations précises et concrètes sur la localisation des HdJG et les modalités de prises de contact avec ceux-ci et ce que cela implique pour eux et leurs patients en termes d'organisation, de coût...

### ***4.3.5 Raisons positives et avantages à référer***

4.3.1 Facteurs contextuels

4.3.2 Manque d'informations

4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

**4.3.5 Raisons positives et avantages à référer**

De nombreux avantages et raisons positives à référer un patient à l'HdJG ont été identifiés par les MG. Cela concerne surtout les patients mais aussi les MG eux-mêmes ainsi que la 2<sup>ème</sup> ligne de soins et la société.

#### ***4.3.5.1 Avantages pour le patient***

Les médecins généralistes interrogés, utilisateurs ou non de l'HdJG, perçoivent d'emblée (dès la première question du focus group) de nombreux bénéfices à référer des patients vers cette structure de soins, d'abord pour les patients eux-mêmes. En référant à l'HdJG, une hospitalisation classique permet d'être évitée et dans le même temps toutes les difficultés et complications que cela peut engendrer : problèmes physiques (infections nosocomiales, escarres de décubitus et autres complications liées à l'alitement prolongé,...) mais également problèmes psychosociaux (désorientation, confusion, craintes liées aux représentations négatives de l'hôpital, risque de perte d'autonomie, de rupture d'équilibre social,...).

Les MG interrogés pensent que la personne âgée sera particulièrement bien prise en charge par le gériatre et les membres de l'HdJG. La gériatrie est perçue comme une discipline proche de la médecine générale notamment par le souci de prise en charge globale du patient que ces deux spécialités partagent. Les MG sont effectivement particulièrement soucieux que le patient soit pris en charge globalement, que l'ensemble des aspects médicaux mais aussi sociaux, économiques, psychologiques soient pris en compte. L'HdJG est perçu comme un lieu où le confort du patient âgé

sera recherché et où les soins prodigués seront particulièrement adaptés, respectueux de la personne.

Les MG ont également évoqué les spécificités supposées de l'HdJG en matière de pathologies, de types de situations et de patients à prendre en charge. Les MG évoquent les pathologies chroniques, latentes et souvent multiples chez le patient âgé qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire (maladie d'Alzheimer, chutes, perte d'autonomie,...) Les MG pensent que la structure HdJG est particulièrement adaptée et conçue pour assurer le suivi d'une hospitalisation (complément d'examen, surveillance de l'évolution,...)

Les MG ont également évoqué les limites perçues de l'HdJG où les pathologies aiguës ou urgentes ne pourraient pas aisément être prises en charge.

Voici les raisons positives et avantages à référer :

*a) Pour diminuer les pathologies secondaires*

Ne pas hospitaliser un patient permet d'éviter des pathologies secondaires importantes (infections nosocomiales, escarres, perte d'autonomie,...)

Il faut toujours garder à l'esprit que l'hôpital est un lieu où on se contamine, où il vaut mieux éviter de se trouver si on n'est pas vraiment obligé d'y être. (BNU-5)

Autant raccourcir la durée de l'hospitalisation qui n'est pas toujours très favorable. (BU-36)

HA4: dus 't is zeker ergens een tussenoplossing tussen een hospitalisatie, waar dat veel mensen tegenop zien en waar ge als huisarts ook al drie keer over nadenkt, zeker als het gaat om vage klachten, plus de nevenwerkingen van een hospitalisatie en immobilisatie daarbij. (focusgroep Deurne)

*b) Pour diminuer la désorientation et la confusion*

Le patient est souvent, lors d'un séjour à l'hôpital, désorienté, désemparé, déraciné. L'HdJG permet au contraire de rentrer le soir au domicile, ce qui est particulièrement rassurant pour le patient.

D'abord, il y a un peu un déracinement. Ils sont arrachés à leur milieu avec lequel ils sont familiers, avec tout ce qui les entoure. On les parachute là quelque part où ils ne connaissent rien. (BNU-20)

Ils sont vite perdus aussi. Quand ils arrivent dans une salle d'urgence, ils sont complètement paumés, déjà nous, mais alors eux... (ANU-46)

Je trouve que c'est un grand bien parce que les personnes âgées, on essaye de les bousculer le moins longtemps possible, c'est vrai que des hospitalisations, je dirais qu'il faut être en bonne santé pour y aller, c'est un peu scandaleux à dire .... Moins bien ou dans de moins bonnes conditions, on a déjà eu quelques catastrophes au retour. (ChNU-17)

C'est vrai, en 24 heures, on n'a pas la désorientation de la personne âgée quand elle est en chambre d'hôpital pendant quelques jours, et le déracinement, comme tu disais. (AU-3)

HA6: één van de voordelen is ook dat je het verwarrende en desoriënterende van een ziekenhuisopname, in de zin van 's nachts slapen en zo in een andere setting, eruit haalt. Dus dat het gewoon overdag wordt geregeld en 's avonds terug het rusthuis of de thuissetting hé. (focusgroep Oostkamp1)

### *c) Pour motiver les patients récalcitrants*

Les patients âgés craignent d'entrer à l'hôpital, ont peur de ne pas en revenir et refusent donc toute suggestion d'investigation. L'entrée dans un établissement hospitalier est souvent connotée négativement par le patient: cela représente la fin de vie, l'inconfort, les contraintes dues à l'hospitalisation et aux examens à effectuer. Ils craignent aussi d'être confiés à d'autres médecins que leur médecin de famille. L'HdJG permet de motiver le patient en lui permettant de rentrer le soir chez lui. La préoccupation concerne aussi souvent l'animal familier.

On essuie des refus « ah non, pas question, je n'y mets pas les pieds ! Surtout pas ça, surtout pas l'hôpital » et ils vous voient venir de très très loin. (BNU-19)

Vous avez des gens qui n'aiment pas aller à l'hôpital. Si on leur propose un séjour de dix heures, ils vont l'accepter peut-être. (BU-49)

S'il n'y a pas une obligation impérative pour l'hospitalisation, ce sont des discussions et quand ils y vont, ils y vont très nettement à contrecœur. (ANU-59)

Les gens veulent être pris en charge par leur médecin, ils ne veulent pas que leur médecin les envoie voir 36 autres médecins si ce n'est pas indispensable. (ANU-131)

Pour le patient aussi, le fait de savoir qu'il va rentrer le soir, je crois que ça nous aiderait à lui faire accepter des examens. (HNU 177)

HA4: zonder specifiek naar de redenen te gaan, ik denk zeker een groot aantal patiënten zou daar zeker bij gebaat zijn. Je hebt toch altijd die drempelvrees van ja..., naar het ziekenhuis dat willen ze zeker niet. Langs de andere kant is het inderdaad logistiek niet altijd eenvoudig om te zeggen van: kijk, moet ik die nu een ganse wachtlijst van dingen gebeuren en allemaal afzonderlijk afspreken. Dus ik denk wel dat het tegemoet komt aan de vraag van een aantal patiënten. Dus euh, dan ben ik voor... (focusgroep Deurne)

*d) Pour diminuer les déplacements*

La différence entre HdJG et mise au point en ambulatoire réside également dans la fréquence des trajets à effectuer par le patient. Lorsque la mise au point est réalisée à l'HdJG, le patient et ses accompagnants ne se déplacent qu'une fois (au lieu de plusieurs trajets en ambulatoire). Le problème de déplacement est réel pour les patients âgés. Cela a été souligné par de nombreux médecins interrogés.

Ils sont quand même assez dépendants de gens qui vont les conduire. (ANU-54)

Le gros problème des personnes âgées c'est qu'elles ont des difficultés à se déplacer donc il faut trouver une formule qui leur permette de rester sur place, d'être idéalement véhiculées à un endroit précis, et d'être rentrées chez elles, via ce genre de moyen de transport qui existe déjà. Ca c'est une des motivations. (BNU-5)

C'est l'occasion de faire un bilan également sans les envoyer trois fois à l'hôpital. (AU-10)

HA2: ik kan mij voorstellen als er geriatrische patiënt een drietal onderzoeken moet hebben, in plaats van drie keer heen en weer te gaan, dat dat in één dag kan. (focusgroep Oostkamp1)

*e) Parce que les investigations médicales sont plus rapides et tout est concentré en un jour*

Selon les MG interrogés, une des caractéristiques importantes de l'HdJG est le « tout en un jour »: il est en effet très intéressant pour les MG de voir se réaliser à l'HdJG de nombreux examens en une seule journée (voire en 2 demi-journées), ce qui permet une mise au point médicale rapide et l'installation accélérée d'un traitement.

C'est un phénomène nouveau, et qui me semble fort utile ...si on peut s'organiser pour faire beaucoup de choses en un jour, tout le monde y gagne. (BU-1)

c'est vrai que dans ce cas-ci, on peut faire de l'imagerie médicale le jour même, mais ça, je trouve que c'est extrêmement important parce que sinon, faire ça de l'extérieur, ça peut prendre un temps fou. (BU-36)

HA8: ik zou het fantastisch vinden dat je de mensen kunt sturen, dat zij op een ganse dag klaar zijn. Dat zou heel fijn zijn. (focusgroep Genk)

*f) Pour diminuer le coût pour le patient*

Les conséquences financières d'un séjour en HdJG pour le patient sont mal connues des MG qui émettent des hypothèses. Le séjour en HdJG serait moins coûteux

qu'une hospitalisation classique, pour le patient. Les examens coordonnés en une journée à l'HdJG coûteraient également moins chers pour le patient que des rendez-vous séparés. Les MG remarquent aussi que le nombre réduit de trajets est également un avantage pour les patients et leur famille en termes de temps et de coût de déplacement.

Je suppose que l'hospitalisation de jour coûte beaucoup moins cher en terme économique, qu'une hospitalisation classique. (BNU-32)

(pendant une hospitalisation normale) Il y a à peu près une kyrielle, un commando de quinze-vingt confrères qui passent, bonjour Madame, bonjour Monsieur, et ça se solde par des notes de frais épouvantables. (BU-25)

Oui, ça coûte cher, les trajets. Une ambulance, aller-retour... (ANU-38)

Peut-être regrouper les tickets modérateurs, c'est intéressant. (HNU-169)

HA3: omdat, of mensen op die leeftijd inderdaad meestal niet zo lang in een ziekenhuis willen liggen en als dan alles op één dag kan, dan brengt dat een enorm voordeel. En ten tweede, da's een alleenstaande, die heeft maar één dochter die voltijds werkt, dus die moet vakantie nemen. Dus die heeft maar één dag vakantie moeten nemen, maar alleszins geen vier keer moeten vakantie nemen. Er zijn een aantal voordelen aan. (focusgroep Gent)

### *g) Pour motiver la famille*

La référence en HdJG permet au MG d'avoir l'avis d'une tierce personne sur la pathologie ou l'état général de la personne âgée. Le MG aurait potentiellement besoin de ce deuxième avis pour argumenter ou compléter son propos à adresser à la famille.

Un seul déplacement est également un élément important pour les accompagnants du patient qui ne se déplacent qu'une fois ou deux (au lieu de plusieurs fois pour des rendez-vous séparés) ou encore qui voient le patient hospitalisé plusieurs jours.

Justement, l'intérêt de l'hôpital gériatrique de jour, ce serait ... un maximum d'examen en un minimum de temps et il faut comprendre le déplacement aussi. Si les gens dépendent de la famille, ça pose un problème avec les gens qui doivent prendre des congés sur leur temps de travail. (HNU-32)

(...) ils ont l'impression qu'on va mettre leur parent dans un lit, et qu'on ne va pas s'en occuper beaucoup, donc si on dit, écoutez, elle va rentrer un jour, on va faire un check-up, on va faire des examens, on aura, à mon avis, plus rapidement l'adhésion de la famille. C'est mon impression. (ChNU-126)

HA1: ik denk voor de patiënt, ook de familie van de patiënt ook interessant kan om de zorg te kunnen overdragen, zonder dat er hij moet weg van huis zijn. (focusgroep Deurne)

*h) Pour augmenter la confiance du patient*

La bonne collaboration entre gériatre et MG peut avoir un effet rassurant chez le patient qui se sentira pris en charge de manière cohérente et globale.

Je pense qu'on l'utilisera [l'HdJG] beaucoup plus largement, et ça rassure tout le monde, les patients d'abord. (HNU-365)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

*i) Parce que le gériatre va prendre en charge le patient globalement*

Selon les médecins interrogés, les gériatres ont des qualités particulières, proches des internistes généralistes « d'une époque révolue ». Un des avantages importants de l'HdJG est la prise en charge globale de la santé de la personne âgée et son évaluation pluridisciplinaire.

Maintenant, on essaie de retrouver je dirais un chef d'orchestre, qui est le gériatre, mais ça existait auparavant. Avant c'était des internistes généralistes maintenant ce sont des gens qui sont plus spécialisés dans le domaine de la gériatrie. (BNU-4)

(le gériatre) c'est quelqu'un qui va être capable de gérer tous les problèmes qu'une personne âgée peut rencontrer avec la spécificité de la personne âgée. (ANU-88)

HA6: de essentie van een geriatriesch dagziekenhuis is dat het een eigen meerwaarde heeft voor de geriatriesche patiënt, wat ook de onderzoeken die er mee gebeuren en samenwerking. Dat de geriatriesche patiënt apart extra zorg krijgt, dat zal 't zijn. (focusgroep Oostkamp1)

*j) Parce que les soins seront adaptés et programmés dans le respect de la personne âgée*

Les MG pensent que l'HdJG est organisé pour respecter les besoins et spécificités d'une personne âgée. Ils soulignent combien il est important de prendre le temps d'examiner, d'investiguer la situation du patient; temps qu'il n'est pas toujours possible de mobiliser en médecine générale. L'HdJG va consacrer ce temps à l'investigation mais aussi adapter son exploration en respectant les caractéristiques, les capacités du patient.

On est quand même aussi beaucoup moins agressifs dans les mises au point et il faut savoir de quoi on parle, si on arrive à 95 ans, il y a un moment où il faut s'arrêter aussi. Donc, c'est

bien joli, tout ça, mais il y a un moment où on va faire un ou deux examens pour exclure les choses graves et puis après,... (ANU-123)

HA6: Ik zou niet weten waar dat ik specifiek naar toe moet sturen. Ik stuur gewoon naar een ziekenhuis, naar een specialist die ik ken. N 'importe de leeftijd. Is de verzorging van de geriatrische patiënt, therapeutisch of diagnostisch beter als ik hem doorstuur naar het geriatrisch dagziekenhuis, dat zou de zaak veranderen. Als ik weet dat de patiënt er op een andere manier benaderd zou worden, beter naar zijn noden, als dat echt zo is, dan opent dat een nieuw luik, anders niet. (focusgroep Gent)

Des médecins considèrent que les gériatres sont souvent proches de leurs patients, soucieux de leur devenir et disponibles pour les médecins généralistes. Selon certains MG, l'organisation et le principe de l'HdJG permettent de rencontrer les familles et d'avoir un contact privilégié avec elles. Il s'agirait d'un point fort de la structure.

Cette histoire de contact avec la famille, je trouve que c'est sans doute un point fort du système parce que comme dit tout à l'heure aussi, souvent, dans nos visites parfois, on est rapides, donc c'est vrai qu'on n'a pas toujours l'occasion de voir la famille, on passe à des heures où on ne la voit pas d'office, tandis que là, c'est promotionnant pour le patient parce que souvent, la personne âgée est quand même en inquiétude par rapport à son entourage et parfois un peu isolée, et donc là, c'est très différent d'un hôpital où pour finir, je ne vais pas dire qu'on va garer la mémé à l'hôpital, ça arrive parfois quand même mais ici, c'est le contraire, si la fille reste trois-quatre heures, ça c'est peut-être de l'ordre de l'exceptionnel. Et pour nous aussi, ça nous permet aussi de parler avec la famille, alors que parfois, on n'aura pas le courage de lancer tout le truc etc parce qu'il faut que je trouve la plage, etc, et que ça remonte la journée, et donc, c'est vrai, ça vient apporter quelque chose, une interaction qui semble positive. (AU-163)

(0 passages à ce sujet en Flandre)

### *k) Pour le confort de la personne âgée*

Certains médecins soulignent que l'existence d'un HdJG permettra d'éviter bien des souffrances aux patients âgées.

L'hôpital est un traumatisme. (BU-51)

Echapper à l'enfer de ce qu'est le service de gériatrie. (HNU-172)

HA5: Overdag moet die patiënt niet per se in een bed liggen in zo'n dagziekenhuis. (focusgroep Deurne)



1) *Pour explorer de nombreuses pathologies et rencontrer diverses indications*

Selon les MG, l'HdJG peut apporter un soutien important à l'identification, la prise en charge, la gestion d'un nombre important de pathologies. Il s'agit essentiellement de pathologies longues et évolutives (exemple, Alzheimer), de pathologies chroniques (exemple, diabète), d'un ensemble de problèmes inter-reliés spécifiques à la patiente (perte d'autonomie, chutes,...). Certains MG pensent qu'il est inexact de croire que l'HdJG se concentre essentiellement sur la prise en charge et l'évaluation de la démence alors qu'il existe beaucoup d'autres indications. Ils évoquent également les situations où existent plusieurs indications différentes. Au fil des focus groups, les MG citent ainsi un catalogue d'indications et de pathologies:

- sclérose en plaques
- maladie d'Alzheimer (débutante ou évoluée)
- problèmes intestinaux récurrents
- diabète et autres problèmes associés
- désorientation
- Parkinson
- dépression
- des pathologies débutantes,
- pertes d'autonomie
- problèmes artériels
- problèmes d'ostéoporose avec des vieilles douleurs
- régimes alimentaires
- chutes à répétition, troubles de la marche, vertiges
- patients pour un bilan un tant soit peu complexe
- problèmes prostatiques
- rééducation post-AVC

Le MG peut également souhaiter s'adresser à un HdJG pour la réalisation d'un examen complémentaire ou un acte technique spécifique. Ils citent entre autres :

- colonoscopie
- transfusion sang
- bilan d'anémie
- gastroscopie
- endoscopies
- soins de plaies

C'est un peu trop axé sur une notion de démence. On a l'impression que ceux qui ont 65 ans et plus souffrent plus de démence qu'autre chose, alors que ce n'est probablement pas vrai. (HNU- 318)

HA6: wondzorg bijvoorbeeld. Dat zou ik ook handig vinden. Mensen met gecompliceerde wonden die regelmatig eens nagekeken worden, waar we geen weg mee weten. Dat zou ik ook goed vinden, zo'n dienst. (focusgroep Deurne)

La rééducation des post-infarctus cérébraux et des AVC ça, c'est vraiment le travail de gériatre (ANU-134)

Une gamme de possibilités qui ne justifient pas qu'on soit dans un hôpital. (BNU-8)

Un patient quand même qui a vraiment plusieurs types de pathologies parce que sinon, moi, je l'envoie, s'il a un [unique] problème pulmonaire, chez mon pneumologue, s'il a un problème cardiaque, chez mon cardiologue, voilà, en extérieur. (BU-37)

C'est plus des actes techniques que tu ne sais pas faire à ton cabinet... (BU-158)

HA2: zijn er therapeutisch bijvoorbeeld mensen die bloed moeten krijgen of mensen die gedehydrateerd zijn, alé, dat is misschien therapeutisch een mogelijkheid om dat in een dagziekenhuis te doen. (focusgroep Oostkamp1)

HA2: in feite kan het ook..., 't is te zien hoe het georganiseerd is hé. Als het multidisciplinair is, kan...alé, zeg nu polipathologie die eigenlijk bijvoorbeeld neurologisch en gastro-enterologisch geëvalueerd worden of zo. Dat kan ook zo'n plaats hebben hé. Als je zegt van, het kan in dat dagziekenhuis, kan er een neuroloog naar kijken en er kan een gastroscopie gebeuren tegelijkertijd. (focusgroep Oostkamp2)

Pour certains MG, une altération de l'état général de la patiente est un problème trop vague pour être investigué en peu de temps à l'HdJG. Pour d'autres, une mise au point à minima permettrait, face à un problème complexe, d'orienter le diagnostic par quelques investigations à l'HdJG.

Altération de l'état général, j'ai un avis un peu différent de mon confrère. Je pense que c'est une indication fréquente, qu'on peut envisager un début de mise au point dans une formule comme celle-là : une radio de thorax, échographie d'abdomen, une biologie complète, un minimum pour voir dans quelle direction s'orienter. (BNU-69)

Dégradation de l'état général, c'est vague. (BU-41)

HA2: ik denk als je zo'n specifieke complexe vraag hebt van ik wil nu dit uitklaren en daar een antwoord op hebben, want daar zit ik vast en ze houden zich daar mee bezig, dan is dat perfect.

HA6: ja (focusgroep Oostkamp2)

Les MG ciblent des pathologies dont la mise au point est trop lourde pour être investiguées à l'HdJG.

Insuffisance cardiaque ou respiratoire, à mon avis, ce n'est pas justiciable d'une clinique de jour; c'est clairement une hospitalisation. Ca nécessite un équipement qu'on ne peut pas avoir dans un hôpital de jour. (BNU-67)

HA3: De meeste problemen waar ge uiteindelijk niet meer aan uitkunt, als ge dan globaal neemt... Ge zult mogelijks een RX of een echo nodig hebben. (focusgroep Genk)

L'HdJG peut être vu comme une structure complémentaire à une hospitalisation, permettant de prolonger le suivi sans accroître la durée de l'hospitalisation classique.

Ah, il y a un hôpital de jour ici, enfin voilà, et on s'est rendu compte que nos patients y étaient passés, on ne savait pas. (AU-51)

Mais dans le décours d'une hospitalisation en gériatrie, donc ils étaient soit d'abord à X (ville), on les envoyait en gériatrie en convalescence, puis à la sortie, ils sont repassés par le... (AU-52)

Un mois ou deux après, on va faire une réévaluation. (AU-53)

Oui, et on les reconvoque pendant deux mois. (AU-54)

Il n'est pas possible de référer certains patients à l'HdJG en raison de leur pathologie aiguë (exemples: hernie qui allait s'étrangler, nécessité d'une coloscopie urgente). Des MG pensent d'une part, que la fonction de l'HdJG n'est pas de prendre en charge des pathologies aiguës ou urgentes (ce qui serait pourtant souhaité par certains) et d'autre part, que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ne permet pas cette prise en charge rapide.

#### *m) Pour des patients à situation sociale particulière*

La référence à un HdJG dépend du type de pathologie présentée par le patient mais parfois également d'aspects sociaux déterminants. Pour les patients vivant en couple et dont le conjoint ne peut ou ne souhaite pas rester seul, l'HdJG est une solution intéressante. Le patient ne quitte son domicile ou la maison de repos que quelques heures le temps de réaliser les examens.

La mise au point à l'HdJG permet aussi d'apporter un éclairage complémentaire pour toute décision importante, relative par exemple au placement en maison de repos.

Souvent, ce sont des patients qui vivent encore en couple à la maison, mais qui ne sauraient pas vivre seuls. Donc, pour éviter les problèmes qu'on avait il y a quelques années en disant, écoute, j'ai Monsieur qui a tel problème, tu ne sais pas prendre son épouse avec parce que ça ne va pas être possible à la maison. Maintenant, à l'hôpital, ce n'est plus possible de faire ça. Il y a sept-huit ans, on savait encore, maintenant, on ne sait plus faire ce genre de chose et donc, à ce moment-là, il y a moyen d'organiser, d'avoir une garde malade ou quelqu'un à la journée pendant que le conjoint part faire son bilan. Ca, c'est vrai que c'est quand même un point nettement positif. (AU-145)

On ne voit pas toujours bien leur évolution et je pense notamment à la question à quel moment la maison de repos, jusqu'à quel moment les gens peuvent vivre seuls et est-ce que par rapport à cette situation-là, un bilan ? (ANU-156)

HA6: ik peins, ik denk als je al die rusthuispatiënten daar al bekijkt, da 's eigenlijk voor hen al een zeer goede oplossing... (focusgroep Oostkamp1)

HA4: ik denk ook dat het interessant kan zijn, omdat je soms op de spoed ook veel patiënten ziet, alé krijgen voor opname, sociale opname die misschien inderdaad in een hôpital de jour gériatriquene keer zouden onderzocht of... (focusgroep Oostkamp2)

HA8: ik denk eigenlijk dat heel veel bejaarde mensen met een aantal problemen zitten, waarvan je eigenlijk wel eens specialistisch advies zou willen, maar ge krijgt ze zo ver niet. Ik denk dat heel veel mensen daarvoor in aanmerking komen. (focusgroep Gent)

#### ***4.3.5.2 Avantages pour le médecin généraliste***

Les MG identifient de nombreux avantages que l'HdJG peut leur apporter. Cette nouvelle structure gériatrique peut être un soutien important et intéressant à leur pratique. Le travail - de la plupart des MG explique le souhait de beaucoup d'obtenir un avis complémentaire d'un gériatre ou d'une équipe pluridisciplinaire pour résoudre un problème. Le MG travaillant sans matériel sophistiqué, l'aide à la mise au point en milieu hospitalier est parfois nécessaire.

##### *a) aide à la mise au point*

Les HdJG présentent de nombreux avantages pour les MG. Il s'agirait surtout d'un instrument utile pour la mise au point de pathologies, pour un diagnostic ou encore pour un bilan de santé de la personne âgée. La succession rapide de plusieurs examens constitue un véritable plus : « un maximum d'examens en un minimum de temps ».

Une mise au point rapide, l'utilisation de l'imagerie médicale. (BU-8)

Il y a des patients chez qui on cherche deux, trois réponses à des questions bien précises. (BU-31)

Ca permet de faire en un minimum de temps les examens qui devraient s'étaler, avec tous les rendez-vous, sur des semaines, si pas des mois. (BNU-27)

... Donc, de faire les trois examens requis en un jour. C'est ça, ce concept-là. Ca peut être intéressant parce que c'est vrai que parfois, on a besoin d'examens spécialisés et... (ANU-77)

... je ne connaissais pas, je ne vois pas ce que ça va m'apporter de plus si ce n'est peut-être le gain de temps. (ANU-155)

HA9: het verscherpen van een vermoede diagnose, dat zou zeer welkom zijn. Terwijl we dat nu allemaal moeten doen en wachten een week of wat weet ik veel. Als ge een aantal onderzoeken gefocust kunt bundelen op aanvraag van een huisdokter en ge kunt zeggen van: oké, een EKG en dit en bloedafname en ge kunt alles combineren op één dag, dat zou nuttig zijn voor, als steun naar de huisarts toe.

HA5: of van die vage klachten die ook voorkomen bij bejaarden, waar ge eigenlijk kop noch staart aan kunt krijgen en dat eens op een dag uit te laten plooiën waar eigenlijk de vork aan de steel zit. (focusgroep Deurne)

### *b) aide de spécialistes, d'une équipe pluridisciplinaire*

L'HdJG offre la possibilité au MG de soumettre un problème que présente un patient âgé et qu'il ne parvient pas à résoudre seul avec ses outils diagnostiques. Les MG souhaitent que les gériatres et la structure de l'HdJG répondent à leurs interrogations, à leurs préoccupations en rapport avec l'état, souvent poly-pathologique, d'une personne âgée. Ils souhaitent avoir un échange préalable avec le gériatre : ils pourraient déterminer ensemble les examens à effectuer. L'idée est que le gériatre éclaire le MG en fonction de sa spécialité (en matière d'examens à effectuer, de pathologies,...) tout en respectant les préoccupations et souhaits du médecin de famille. Sa connaissance du patient (son contexte, son histoire) devrait être prise en compte.

Il y a toute une équipe multi-disciplinaire qui fait le tour de la question complètement, en un jour. (BU-6)

Quand il y a un réseau comme ça, ça peut éventuellement nous aider sur le plan logistique. Ici, on est quand même souvent tout seul. (ANU-48)

Ce qu'on recherche quand même chez un spécialiste, c'est une compétence qu'on n'a pas, essentiellement technique, parfois intellectuelle, mais aussi technique. (ANU-131)

Je crois que c'est une solution d'avenir, moi, ce type de prise en charge. Moi, j'y crois et je pense que c'est plus facile, qu'il y aura plus de contacts entre le médecin traitant et le gériatre dans la mesure où on organise une journée comme ça que quand on envoie à l'hôpital pour

une hospitalisation, je n'ai jamais eu l'impression, en tous cas, moi, d'un dialogue pour savoir exactement ce qu'on souhaitait, nous, et on va devoir plus dialoguer avec le spécialiste. (ChNU-74)

HA1: ik weet niet hoe het marcheert omdat ik heb daar geen ervaring mee, maar ik kan me inbeelden dat dat een mogelijkheid geeft voor observationele gegevens te krijgen door professionele observatie van de geriatrische patiënt. Dat zou niet oninteressant zijn. En op alle vlakken. Zowel fysisch, als mentaal, als sociaal, interactief. Op een andere manier aan informatie komen, dan de routine of van een momentopname. (focusgroep Deurne)

HA9: waarbij dat ge eventueel een bejaarde multidisciplinair eens kunt benaderen. Een neuroloog, een psycholoog, een psychiater, ik zeg nu maar iets, in een bepaalde setting, om zo snel mogelijk eigenlijk tot een diagnose, of tot een beleid te komen en dat verwoorden naar een huisarts. Dat zou kunnen. (focusgroep Deurne)

### *c) deuxième avis*

L'HdJG permet aussi au MG de sortir de son isolement et peut l'aider à prendre des décisions en relation avec des cas complexes.

Moi, je trouve que c'est positif parce que ça nous enlève de notre isolement. On se sent souvent seuls dans notre pratique. (HNU-365)

HA6: ik denk dat het tweërlei is. Enerzijds voor uzelf als ge met vragen zit. Anderzijds als een klankbord of als een soort toetssteen naar de familie van de betrokkene of naar de autoriteiten van het rustoord bijvoorbeeld waar die patiënt verblijft. Soms is een tweede opinie belangrijk om uw positie als huisarts die daar staat met heel weinig instrumentarium om dat dus even te kunnen checken en dan wat krediet te krijgen voor de verdere toekomst want het zijn patiënten die in feite, ja toch vaak met serieuze problemen zitten. (focusgroep Genk)

### **4.3.5.3 Avantages pour la deuxième ligne**

Des MG pensent que l'existence des HdJG présente des avantages pour la 2<sup>ème</sup> ligne de soins.

#### *a) coût limité*

Les MG évoquent le coût des hospitalisations, le financement des hôpitaux et pensent qu'on cherche des solutions pour rentabiliser les structures.

Il vaut mieux plusieurs one-day, il vaut mieux cinq one-day qu'une hospitalisation de cinq jours, ça, il n'y a pas photo. Tu vois maintenant une appendicite et qu'ils hospitalisent un jour pour mise au point, puis tu dis, revenez vous faire opérer la semaine prochaine, ça fait deux petites hospitalisations. On a compris, ils font tous ça, il ne faut pas les critiquer. C'est le système de financement des hôpitaux qui est tel. (ChU-307)

Et on en revient à dire, je pense, effectivement, c'est une observation de médecine interne sans lit. C'est peut-être travailler plus en ayant moins d'infrastructure. (ANU-115)

HA6: ja maar gewoon ter discussie. Ik zou eigenlijk willen afvragen. Indien, als het zo is dat een dagziekenhuis goed functioneert, kan dat dan budgettair een voordeel betekenen voor de gezondheidszorg waarbij zowel de patiënt, als wij, als de tweedelijns wel bij varen. (focusgroep Genk)

### *b) moins de surcharge des urgences*

L'hospitalisation semble souvent précédée par un passage nécessaire par le service des urgences et les MG craignent cela pour leurs patients âgés qui sont accueillis dans un service surchargé. Certains pensent qu'il s'agit d'un manque d'organisation de l'hôpital.

C'est vrai maintenant que la personne âgée, si on l'envoie pour une hospitalisation, elle doit obligatoirement ou presque passer par les urgences. Ce n'est pas toujours très bien vécu, les gens sont bousculés. (ANU-8)

HA6: ja maar gewoon ter discussie. Ik zou eigenlijk willen afvragen. Indien, als het zo is dat een dagziekenhuis goed functioneert, kan dat dan budgettair een voordeel betekenen voor de gezondheidszorg waarbij zowel de patiënt, als wij, als de tweedelijns wel bij varen en waarbij men de kritiek dat de spoedgevallendienst overbelast is en waar ik eigenlijk zou willen stellen als een gevolg van slechte organisatie of te laat kunnen inspelen op de vragen vanuit de tweede lijn, dat wij zouden op die manier zeggen: "oké, bied ons een oplossing waarbij dat geëventueel patiënten via opvang daar kunt rechtstreeks laten opnemen indien het inderdaad ernstiger blijkt en dan wordt dat op die manier afgeleid van de spoedgevallen. Dan is dat ook een minder belasting van een aantal acute diensten. Dus ik denk, betere organisatie in de tweede lijn kan voor iedereen nuttig zijn en dat kan financieel ook berekend worden. (focusgroep Genk)

Un souhait de certains MG serait de pouvoir s'adresser à une structure qui prendrait en charge les pathologies aiguës ou urgentes gériatriques.

S'il est certain qu'il faut attendre plusieurs semaines avant de les faire admettre, ça ne va pas. (BU-135)

Par contre, là où on est plus demandeur, c'est une bonne prise en charge des situations urgentes. Avec une approche gériatrique, ça, c'est vraiment intéressant. (ANU-140)

Les urgences ne sont pas des urgences gériatriques et ça, c'est un problème... (ANU-143)

HA3: maar een hôpital de jour gériatrique is, voor zover ik begrijp, precies bedoeld voor dingen die niet dringend zijn en die dus vooraf kunnen geregeld worden op zo'n dag. (focusgroep Gent)

HA7: Maar ge kunt dat niet voor acute gevallen, alleen voor chronische gevallen. Ja, en dan zit ge vast. (focusgroep Genk)

#### ***4.3.5.4. Avantages pour la société***

Les MG interrogés dans les focus groups identifient certains avantages pour la société à avoir mis en place des structures de jour gériatriques, notamment en termes d'économie budgétaire. Une hospitalisation en HdJG coûterait moins cher à la sécurité sociale qu'une hospitalisation classique.

##### *a) coût limité*

L'HdJG va permettre à la sécurité sociale de réaliser des économies en évitant d'onéreuses hospitalisations. Selon certains médecins généralistes, les activités de l'hôpital de jour devraient permettre de réaliser des économies. Aujourd'hui, on essaie de prévoir un maximum d'examen sur une seule journée, alors qu'avant les patients qui présentaient une dégradation de l'état général étaient envoyés plusieurs jours en observation.

C'est certainement une formule qui a été ouverte récemment pour essayer de résoudre le gouffre de l'INAMI. (BNU-32)

- Animateur : Vous avez aussi déjà évoqué un certain nombre d'avantages pour le patient. Est-ce que vous verriez d'autres avantages encore, notamment qu'il ne doive pas séjourner une longue période à l'hôpital.
- Financiers, pour l'INAMI. En journées d'hôpital. (HNU-85)

Ca va surtout aussi, à mon avis, générer des économies d'argent d'une part, mais des économies de souffrance, donc c'est quand même important. (HNU-271)

HA3: ik ben X, ik ben 17 jaar huisarts in X, in een solopraktijk. Het dagziekenhuis, alé, het enige recente wat ik ervan gehoord heb, is dat er hier in X eventueel iets ging komen en ik vind dat daar zeker wel plaats voor is, want ik heb de indruk ook, gewoon in het acute ziekenhuis heel veel patiënten liggen er daar die daar niet thuishoren, die daar eigenlijk veel te veel geld kosten aan de maatschappij en die eigenlijk zouden moeten geplaatst worden in een centrum die minder acute geneeskunde is, maar die toch, alé voor zorg en hulp voor de mensen openstaat. (focusgroep Oostkamp2)

HA7: Wat wilt de overheid bekomen? Het zal in alle geval al minder geld kosten. (focusgroep Deurne)

##### *b) placement des patients âgés*

L'HdJG pourrait être, selon certains MG, une solution en attente d'un placement en maison de repos et de soins.



En gériatrie, or, on est parfois dans des impasses à domicile avec des placements prévus, mais qui ne peuvent pas se faire dans l'immédiat, et on cherche des solutions. (ANU-20)

HA3: ik denk dat dat voor de maatschappij zeker een positief punt wordt en dat dat ook wel degelijk zou kunnen gebruikt worden door ons zelf als médecins généralistes dan ook. Plaatsing van moeilijke mensen thuis en zo. (focusgroep Gent)

### *c) forme de contrôle de qualité*

L'HdJG permettrait de cibler les examens utiles et nécessaires puisque le temps est limité à une journée ou 2 demi-journées. En cela, l'HdJG peut contribuer à améliorer l'usage rationnel des ressources de santé.

L'hôpital de jour a comme avantage de dire « faisons ce qui est essentiel et utile » (BU-17)

HA6: indien het mechanisme zou bestaan, zou dat ook een vorm van kwaliteitscontrole kunnen zijn dat nu niet echt bestaat. Dus dat wordt uiteindelijk door iemand georganiseerd als zij een vorm van verantwoording moet afleggen voor een financiële ondersteuning van een betaald project of een bepaalde praktijkvorm die wordt opgestart. (focusgroep Gent)

### ***4.3.3.5 Conclusion sur les raisons positives et les avantages à référer***

Les médecins généralistes interrogés identifient de nombreux avantages et raisons positives à référer un patient à l'HdJG.

Selon eux, cette structure apporte d'abord de nombreux bénéfices au patient. Elle permet d'éviter de nombreux désagréments au patient : infections nosocomiales, autres complications liées à l'alitement, déracinement, désorientation, ... Le patient sera souvent rassuré de savoir qu'il rentrera le soir même chez lui après avoir passé une seule journée à l'hôpital.

La famille du patient peut également trouver des bénéfices à l'utilisation de l'HdJG: moins de trajets à effectuer (par rapport à un séjour hospitalier plus long), accompagnement de la personne âgée tout au long de la journée, contacts avec les soignants,...

Les médecins généralistes identifient aussi un certain nombre de bénéfices pour eux mais aussi pour la 2<sup>ème</sup> ligne de soins et plus largement pour la société.

Pour les MG, l'HdJG leur permet de collaborer avec un spécialiste et/ou une équipe pluridisciplinaire et ainsi de sortir de leur isolement professionnel et d'avoir un soutien dans la gestion de cas complexes.

La 2<sup>ème</sup> ligne de soins peut retirer des bénéfices de l'existence de l'HdJG: le matériel hospitalier est utilisé plus rationnellement et rentabilisé.

La société, et en particulier la sécurité sociale, peut retirer des bénéfices financiers de l'existence de ces structures, une hospitalisation classique coûtant plus cher qu'une hospitalisation de jour. Les HdJG peuvent également favoriser un usage plus rationnel des examens complémentaires et des services d'urgence.

### 4.3.6 Suggestions

4.3.1 Facteurs contextuels

4.3.2 Manque d'informations

4.3.3 Besoins limités en hôpitaux de jour gériatriques

4.3.4 Barrières organisationnelles et questions relatives à l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques

4.3.5 Raisons positives et avantages à référer

**4.3.6 Suggestions**

Dans les paragraphes qui suivent, sont présentées les actions suggérées par les médecins généralistes pour faire connaître le concept d'"hôpital de jour gériatrique".

Des idées ont également été formulées pour permettre aux hôpitaux de jour gériatriques de répondre aux besoins de la première ligne.

Et, pour terminer, nous rapporterons une série de souhaits pratiques sur le plan organisationnel.

#### *4.3.6.1 Suggestions en vue d'une meilleure information*

Pour favoriser la collaboration des médecins généralistes avec les initiatives telles que l'HdJG, plus d'actions devraient être entreprises, et ceci aussi bien au niveau régional qu'au niveau fédéral. Les médecins généralistes veulent avant tout être mieux, et plus rapidement, informés de ce type d'initiatives. Ils considèrent que c'est fort important parce que certains ont aujourd'hui le sentiment d'être mis devant le fait accompli.

##### *a) Actions de promotion en vue d'augmenter la notoriété de ces initiatives*

Les hôpitaux de jour gériatriques gagneraient en notoriété et en popularité s'ils étaient présentés de manière personnalisée au sein des cercles de médecins, des GLEM ou d'une réunion de formation. Des MG sont aussi persuadés que ce type d'action a l'avantage d'atteindre un ensemble de personnes en même temps. L'organisation d'un symposium annuel pour promouvoir un nouveau service avait déjà ses adeptes par le passé et organiser quelque chose du même type pour la mise en route d'un hôpital de jour gériatrique serait donc le bienvenu. L'idée d'un moment

‘portes ouvertes’ ou d’une visite guidée de l’hôpital de jour gériatrique, en dehors du formalisme des inaugurations officielles, rencontre l’assentiment d’une série de médecins généralistes. Les courriers électroniques, une lettre attrayante ou un dépliant d’information/une brochure illustrative en annexe à une lettre de référence ont également été suggérés comme moyens d’action possibles en matière de promotion des hôpitaux de jour gériatriques.

HA3: als een geriatrisch dagziekenhuis nu een hot item is op federaal niveau, dan kan dat zelfs via een Domus Medica naar alle kringen. De structuren zijn er nu, ze zijn vereenvoudigd, ze zijn samengesmolten. De kring is en blijft toch het instrument. We hebben daar nu zo hard voor gevochten. Hoelang? Twintig jaar. Nu zijn we eindelijk zover. Het heeft bloed, zweet en tranen gekost. (focusgroep Genk)

Je reviens à ce folder qu’on a vu, enfin qu’on avait reçu, en fait, c’était l’inauguration, donc en fait, on n’est pas tenté d’apprendre comment fonctionne la structure, en fait, l’inauguration, c’est le champagne, petits fours, et le député qui vient faire son discours, et on n’apprend pas exactement comment ça va fonctionner, quelles sont les heures d’ouverture à qui elle peut téléphoner, quelle est la personne de référence ? Ca, c’est assez cérémonieux, (ChNU-129)

Un petit folder, ce serait beaucoup plus intéressant. (ChNU-130)

Oui, tout à fait, ou avec une visite de l’étage avec, en petits groupes. (ChNU-131)

Des questions plus aigües qu’on ne peut pas faire lors d’une inauguration. (ChNU-132)

On pourrait faire des GLEMS sur les hôpitaux de jour gériatriques, c’est ça que tu veux dire? (AU-71)

Oui, ce serait intéressant. (AU-72)

Oui, parce qu’on ne connaît pas assez, ça, c’est clair. (AU-73)

Le problème est toutefois que les médecins généralistes sont noyés sous les informations qui leur parviennent par toutes sortes de canaux. Cette surabondance d’informations a rendu de nombreux médecins généralistes insensibles aux communications qui leur sont faites. C’est ainsi qu’Internet n’est pas le meilleur moyen d’atteindre les médecins généralistes. La circulaire envoyée par le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement pour annoncer la création des hôpitaux de jour gériatriques n’a pas non plus semblé rappeler grand chose aux médecins généralistes lors des focus groups.

HA10: en die brieven zijn meestal hetzelfde. Da ’s gelijk dit ook, da ’s allemaal hetzelfde. Zo zijn die brieven ook. Veel reden om in de vuilbak te gooien. Die zijn allemaal van hetzelfde. In plaats van een titel te gaan... “dagziekenhuizen” of zo. (focusgroep Genk)

Ils envoient quand même des lettres d’informations, tu sais, mais peut-être qu’on n’a pas l’attention attirée... (ChNU-24)

C'est comme, je vais dire, les annonces des réunions scientifiques et ce genre de choses, si on ne les met pas de côté tout de suite, c'est fini, c'est dans le paquet. (AU-68)

Un médecin généraliste a estimé qu'il ne fallait pas les stimuler, mais que les hôpitaux de jour gériatriques devaient simplement bien exécuter leur mission, sans pour autant impliquer la première ligne dans ce cadre.

*b) Qui doit promouvoir*

Ces actions de promotion doivent être mises en place, non seulement par les autorités, mais aussi par l'hôpital, et plus précisément par l'hôpital de jour gériatrique. Pour de nombreux médecins généralistes, le cercle de médecins généralistes représente la solution hiérarchique idéale. En Flandre, cela pourrait se faire, par exemple, par le biais de l'association Domus Medica qui pourrait informer tous les cercles de médecins. Les patients et les prestataires du secteur des soins à domicile, en ce compris les MRS et les MRPA, devraient également être informés. En Wallonie et à Bruxelles, des réunions d'informations au sein des cercles, des GLEM ou encore des Dodécagroupes de la SSMG sont évoquées.

Les médecins généralistes attendent des gériatres qu'ils se manifestent au niveau local. Ces informations peuvent aussi être communiquées par le biais d'une présentation personnelle et d'une explication claire et précise sur le fonctionnement, les objectifs et les possibilités des hôpitaux de jour gériatriques locaux. Selon un médecin généraliste, ce rôle d'information n'est pas dévolu uniquement au gériatre mais bien à l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire.

HA2: 't is wel merkwaardig hé dat wij dat allemaal niet weten. Alé ja, en er zijn drie ziekenhuizen in onze nabijheid, euh dus... 't Is inderdaad zo dat we van die ziekenhuizen die uitgebreide communicatie niet moeten verwachten, maar misschien eerder van de overheid inderdaad, ja. (focusgroep Oostkamp1)

HA8: normaal zou de geriater moeten zeggen en een voorstelling moeten doen wat is de dagkliniek. En als ge met hem praat, dat die mogelijkheid bestaat. Die vraag is me nooit gesteld. Een geriater heeft me nooit gezegd: er bestaat een dagkliniek en uw patiënten kunt ge brengen. (focusgroep Genk)

Une explication d'un gériatre qui s'occupe d'un service comme ceci, d'un hôpital de jour à travers les Dodécagroupes ou les GLEM, pour connaître et savoir exactement quelle est leur

position. Parce que quand on ne connaît pas, on a un préjugé justement qu'ils vont récupérer le patient, que ça va traîner, etc, etc et quand on les connaît personnellement, c'est toujours beaucoup mieux. (ChNU-224)

Lors d'un GLEM, un spécialiste [un membre de l'HdJG] vient... Ce serait peut-être une très bonne façon de faire sa publicité, on voit ... on attend ceci, ça, ça, ça et nous on propose ça, donc on sait, à ce moment-là. (HuyNU-356)

#### ***4.3.6.2 Suggestions relatives à un fonctionnement plus transparent***

Les réponses qui suivent sont celles données à une série de questions liées au fonctionnement, à l'organisation et à la coordination.

##### *a) Comment l'hôpital de jour gériatrique est-il organisé ?*

Quelques médecins généralistes sont dérangés par l'investissement financier dans un nouveau fragment d'un enième hôpital. Si l'hôpital de jour gériatrique doit être une (poly)clinique distincte ou une entité distincte comme c'est le cas de l'hôpital psychiatrique, il devrait être mieux défini et les choses devraient être plus claires. Aussi bien les médecins que les patients auraient connaissance de son existence. Cet avis n'est pas partagé par tous les médecins généralistes. Certains estiment, en effet qu'il est inutile de créer une entité distincte et que ce système peut tout aussi bien fonctionner dans le mode d'organisation actuel de la gériatrie. Pour eux, il s'agit en fait principalement de ramener l'organisation des examens sur un seul jour et permettre au patient d'être bien accueilli et pris en charge.

HA1: dat is magniefiek als concept, maar ge creëert iets naast een geriatische setting die er al bestaat en waarom kan dat niet in een gewoon geriatische setting. Als die geriater zegt: goh, die mens, ik kan dat op twee dagen oplossen. Awel, dat hij dat dan doet! Moet dat dan een dagziekenhuis? Wat kan mij dat schelen hoe dat dat noemt. Als wij iemand doorverwijzen, dan verwachten wij dat dienen mens goed opgevangen wordt. En hoe dat dan gebeurt, praktisch, als dat op twee dagen kan, à la bonheur, iedereen tevreden. (focusgroep Gent)

Une autre condition pour que les médecins généralistes envisagent de référer leurs patients à un hôpital de jour gériatrique est que l'hôpital permette de planifier les admissions. Le médecin généraliste doit aussi demander l'accord de son patient. Il doit pouvoir prendre des arrangements clairs avec le patient, sa famille et/ou la

maison de repos et pouvoir expliquer clairement le déroulement de la visite à l'HdJG.

Des MG interrogés redoutent que certains HdJG soient dépassés par la demande. L'organisation de l'HdJG, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous mais aussi pour recevoir les résultats pourraient alors ne plus répondre aux souhaits des MG.

Les MG se posent énormément de questions quant à la viabilité des structures de jour gériatrique. Le petit nombre de places et le manque de disponibilité habituelle des spécialistes leur posent question.

Ils s'interrogent aussi sur l'organisation concrète d'un tel service, sur le rôle de chacun.

Mais il faut voir, effectivement, les délais, je crois que c'est vraiment très important sinon ça n'a pas de sens. (BU-169)

Longtemps à l'avance, c'est combien de temps à l'avance? (BU-13)

J'essaye de comprendre un petit peu le cheminement parce que moi, je ne vois pas l'intérêt franchement, pour l'instant, moi c'est la manière d'envoyer mon patient, quel type de patient envoyer. (BU-94)

Et il faudrait un peu qu'eux aussi, donnent un peu ce qu'ils sont capables de faire et comment, et quelle est la procédure d'accès, parce que ça, ça a été .... Ils ont lancé un papier, nous ouvrons un hôpital de jour, pouf, sans donner de détails quant aux procédures.... qu'on mettrait sur la manière... (ChU-213)

HA7: ik denk dat er maar één persoon is die de patiënt ziet, dat is de geriater zelf. Dat moet een superhuisarts zijn. Dat is mijn idee.

HA5: je denkt dat één specialist in het ziekenhuis die patiënt helemaal ziet/screent?

HA7: de geriater moet dus al die domeinen beheersen. Hij is geriater voor iets.

HA5: ik heb geen idee hoe dat dan...? (focusgroep Deurne)

### *b) Qui coordonne?*

D'une part, les médecins généralistes estiment qu'une admission de jour doit être coordonnée par le gériatre à la tête d'une équipe multidisciplinaire. Et, d'autre part, ils semblent ne pas avoir besoin du gériatre et pouvoir parfaitement se charger personnellement de l'organisation et de la réalisation des examens nécessaires.

Dans certains cas, il a été proposé de recourir à un service de dispatching. Ni le gériatre, ni le médecin généraliste ne devraient plus consacrer trop de temps à du

travail administratif. Avoir quelqu'un qui coordonne les prises de rendez-vous, qui estime le temps à passer pour chaque examen et que l'on peut contacter directement est important pour le MG.

Il faut, pour moi, essayer de regrouper et ce n'est pas toujours... Alors, il faut jongler avec les secrétaires en disant, ma patiente a rendez-vous à telle heure, est-ce que vous pourriez mettre le rendez-vous à telle heure chez un autre spécialiste ? Ca, ce n'est pas super évident. (ANU-41)

Le problème, c'est de savoir où s'adresser. En général, j'envoie d'abord une première fois chez le spécialiste et en redemandant d'assurer la mise au point en hôpital de jour. (HNU-17)  
Oui, oui, il faudrait savoir à qui on peut se référer, quel est le coordinateur à l'hôpital de l'ensemble de... (ChNU-20)

HA6: Is daar een dispatcher die dat allemaal kan regelen, dat wil zeggen als je zegt, ik wil bepaalde onderzoeken geregeld zien, gaan ze dat doen voor ons dan? Gaat die geriater...?  
HA7 zegt: de geriater gaat dat niet doen voor ons. Oké, maar als daar een verpleegster is die daar verantwoordelijk is, kan die dan zeggen van: oké, ik organiseer dat dat overdag geregeld wordt.

HA1: dat zou moeten kunnen. (focusgroep Oostkamp1)

#### ***4.3.6.3. Suggestions en réponse aux besoins***

Sur la base des expériences et des besoins des médecins généralistes, il ressort clairement que les médecins généralistes ont de nombreuses attentes par rapport à l'approche, la communication et les aspects relatifs à la collaboration avec les hôpitaux de jour gériatriques.

##### *a) Concertation avec le gériatre et respect des arrangements pris*

En Flandre, les médecins généralistes ont parfois le sentiment qu'il n'est pas tenu compte de leur demande. Si un médecin généraliste réfère un patient, il veut qu'on réponde à sa demande, ni plus, ni moins. Le médecin généraliste veut pouvoir discuter du problème du patient avec le gériatre et décider conjointement avec celui-ci de ce qu'il y a lieu de faire. Une concertation préalable à l'admission serait donc très utile. Etre impliqué à chaque étape est aussi pour le médecin généraliste, la garantie que son patient ne disparaîtra pas et qu'il sera bien informé de ce qui sera prévu après cette admission.

HA5: het grote voordeel zou kunnen zijn dat er ten eerste een zeer goede verwijsbrief moet zijn waarin je heel specifiek iets vraagt. Zoals jij daar: ik wil hier echt diagnose, wat is er



precies aan de hand en dat ze zich daar dan ook aan houden. Nu de diagnose dat kan dan misschien een brief zijn en als misschien veel onderzoeken zijn en ze het zelf niet snel vinden, maar ik denk dat wij soms ook graag heel specifiek iets willen, dat dat zou moeten kunnen. En dat ze zich daar dan aan houden. En dan denk ik effectief dat we daar sneller bericht van willen krijgen. Dat dat dan toch hetgeen is dat we verwachten. (focusgroep Oostkamp2)

Aussi les MG francophones confirment qu'il existe deux conditions fondamentales (nécessaires mais peut-être pas suffisantes) pour que le MG réfère à l'HdJG : la communication entre MG et gériatre (et l'équipe pluridisciplinaire) et le respect des accords établis entre eux. Le respect de ces deux conditions serait le reflet de la considération accordée au MG, à la place qu'il occupe auprès du patient et à ses compétences spécifiques.

Moi, je crois qu'il faut garder cet échange, un échange préalable, je l'ai fait un peu intuitivement et de commun accord, déterminer ce qui semble important à faire, donc, on vient avec nos questions, nos propositions, on les soumet au gériatre de référence qui va, lui aussi, nous éclairer en disant, ça, je ne ferais peut-être pas ça, je ferais plutôt ceci, c'est plus direct, c'est moins contraignant et ça vous donnera peut-être autant d'informations que ce que vous avez proposé, puis alors, arrive à un consensus de ce qui sera fait, et je crois que c'est important, pour ne pas qu'on soit à la touche, donc on sait ce pour quoi on envoie et on sait ce qu'on espère recevoir en retour comme conseil. Je crois que c'est important. (ChNU-137)

... c'est lui (le gériatre) qui accueille le patient et qui un peu, est le chef d'orchestre des examens qui vont être faits. Ça se fait en collaboration, la main dans la main avec le médecin généraliste du patient. Combien de temps tu vas passer là ? Est-ce que tu pourrais libérer une matinée pour...? Non. (BU-107)

[...] c'est ça qui, pour moi, est le plus important: Qu'ils décident et le médecin généraliste a quelque chose à dire dans les décisions. Pour moi, c'est les deux points principaux. (ChNU-225)

Animateur : Pour autant que le généraliste sache qu'ils auront leur mot à dire pour décider des examens.... Si c'est vrai pour le patient ou pas, les décisions qui seront prises.

C'est ça, tout à fait. (ChNU-227)

Animateur: Donc, rassurer le médecin généraliste sur la position qui sera la leur dans la préparation dans la suite.

Peut-être une collaboration étroite. (ChNU-229)

### *b) Participation et implication des soins de première ligne*

Le fonctionnement d'un hôpital de jour gériatrique ne peut être efficace que si les soins de première ligne y sont également intégrés. Un point névralgique important pour les médecins généralistes est qu'ils se sentent actuellement exclus de la coordination des soins, alors que l'hôpital de jour gériatrique est sur le terrain

d'action du médecin généraliste. Le MG se sent le pivot, au centre de la coordination des soins au patient. Il souhaite garder ce rôle.

Etant donné que l'hôpital de jour gériatrique est un peu perçu comme le prolongement des soins de première ligne, les médecins généralistes désirent y avoir une plus grande place.

Les MG francophones sont prêts à collaborer avec les gériatres pour peu que ces derniers tiennent compte de leur avis. Ils souhaitent rester le médecin traitant, garant du suivi du patient. Plus concrètement en Flandre, cela suppose, par exemple, la mise en place d'un organe de concertation avec le cercle local des médecins généralistes, à condition toutefois que la moitié des voix soit accordée aux médecins généralistes et la moitié aux gériatres et que chaque groupe ait autant de pouvoir. Dans cette hypothèse, les hôpitaux de jour gériatriques seraient tous gérés par le cercle et par les gériatres. Une 'sécurité' veillerait, en cas de désaccord, à ce que rien ne puisse être entrepris sans le médecin généraliste.

Un panel de discussion entre les gériatres et les médecins généralistes serait organisé tous les ans ou tous les deux ans dans le cadre duquel les participants s'interrogeraient sur les besoins des cercles locaux. Cela pourrait renforcer la confiance des MG envers l'HdJG.

Il faut que le gériatre qui chapeaute le truc sache exactement ce qu'on cherche et jusqu'où on veut aller. Il faut qu'il y ait un accord. (BNU-30)

HA6: is het eigenlijk niet een beetje grof dat de eerstelijns daar weer niet in overgeslaan wordt, terwijl het eigenlijk de bedoeling is dat de eerstelijns een stuk input heeft om daar iets te verrijken in een ziekenhuis of is het nu weer de tweedelijns die het zichzelf gemakkelijker wil maken euh...en eerstelijns bijna overslaat.(focusgroep Oostkamp1)

HA9: ik vind ook dat er een zeer grote garantie moet zijn als ge een patiënt aandraagt. Ge formuleert een probleem, ge wenst daar een oplossing voor, dat ge natuurlijk zelf zoveel mogelijk wordt getrokken in het oplossen van dat probleem en dat ook niet zuiver en alleen uit uw handen wordt getrokken en doorgesast wordt naar poliklinieken, allerhande en allerhande. Dus, dat ge welke vraag ge formuleert, dat ge duidelijk een antwoord krijgt, waarmee dat ge kunt werken, maar waar dat ge alleen mee verder kunt, zonder dat ge eigenlijk constant of helemaal of zo weinig mogelijk in interactie moet blijven met die dienst of andere diensten. (focusgroep Deurne)

#### *4.3.6.4 Suggestions pratiques*

Au cours des soirées de discussion, les médecins généralistes ont avancés des suggestions concrètes et pratiques reprises ci-dessous.

##### *a) Communication*

Sur le plan de la communication, le médecin généraliste veut entretenir des contacts étroits et réguliers avec le gériatre coordinateur. Ce contact pourrait se faire par téléphone et pas nécessairement par courrier. Les références et contre-références devraient surtout s'établir entre médecins que se connaissent bien. D'où l'idée d'une personne de référence, qui permettrait d'économiser beaucoup de temps. Les médecins généralistes souhaiteraient également un raccourcissement des délais d'attente (pouvoir obtenir un rendez-vous à l'hôpital de jour gériatrique dans la semaine), un rapport plus rapide et plus clair et des lettres de sortie et de référence standard qui regroupent toutes les informations utiles. La bonne lisibilité des rapports est importante.

HA6: ik zou het ideaal vinden, moest elk geriatrisch dagziekenhuis zich profileren door één persoon, een aanspreekpersoon. En we kunnen onze telefoon nemen en dat we dus één persoon kunnen contacteren van: kijk, die persoon is verantwoordelijk voor de organisatie van die dagkliniek en hij heeft de agenda bij van de geriater, zodanig dat wij via die persoon snel een afspraak kunnen krijgen met de geriater voor onze patiënten. En dat we op die manier, dat we die persoon altijd kunnen aanspreken voor de follow-up, voor de stand van zaken, en dat we op die manier ook de beste samenwerking zouden kunnen krijgen. Dat is hetgeen... Anonimiteit maakt contacten en verwijzingen zeer moeilijk. Ik vind, er moet een naam plakken op de persoon, op de... laat ons zeggen, ingangspoort van de geriatrische dagkliniek, en dan kan je daarmee samenwerken. Ze moeten ook heel goed thuis zijn in de kringen van de huisartsen. En die moet op die manier zeer goed aanspreekbaar zijn. Ik zou, dat denk ik, dat de enigste mogelijkheid is om te doen functioneren vanuit ons niveau. (focusgroep Deurne)

... la personnalisation du lien est importante. Il faut référer à quelqu'un qu'on connaît, avec lequel on a l'habitude de travailler, et ça rend tout très facile. Donc, ça veut dire que si cet hôpital de jour existe, il faut qu'il y ait un titulaire qui ne change pas et qui ait un bon contact humain avec les médecins traitants aussi. (BNU-37)

Non, mais enfin, les hospitalisations chez les jeunes sont quand même moins problématiques, ou bien ils vont d'eux-mêmes aux urgences, ou bien, disons que ça ne se discute pas. Les personnes âgées, on doit beaucoup plus intervenir, les familles ne sont pas toujours là, ou on téléphone, on perd beaucoup de temps. (ANU-6)

Un contact, je pense, un contact rapide le jour même. L'envoi de rapports rapide par voie informatique, svp, donc voilà, donc, ça c'est aussi des trucs importants. (BU-137)

Les MG souhaitent être les cibles de l'information qui sera diffusée par l'HdJG car ils veulent rester à l'origine de la demande d'hospitalisation du patient. Celui-ci ne pourrait pas, par exemple, avoir accès directement à l'HdJG sans passer par l'intervention de son médecin traitant. Le MG resterait au centre de la coordination des soins.

- Animateur : le patient ne prend pas l'initiative ? (ChNU-261)
- Non, non, ça ! (ChNU-262)
- Laisser l'initiative au médecin. Oui. (ChN- 263)
- Animateur : dans les messages qui doivent passer, il y a notamment celui-là, c'est important. (HNU-264)
- Tout à fait, pour moi, c'est capital. (ChNU-265)

La base de l'histoire, c'est quand même le médecin traitant qui contacte le gériatre pour discuter d'un cas et décider tout ce qu'on va faire, et ce n'est pas le patient qui va dire, allez, il faut m'envoyer là, il faut faire ci. Nous, on va juste dire « oui, oui, oui » et remplir les papiers. (ChNU-260)

#### *b) Dossier médical global et système de référence*

Un dossier médical global (DMG) dans lequel le médecin généraliste comme le médecin spécialiste dispose des mêmes données, serait très important pour le médecin généraliste. Le gestionnaire du DMG (le médecin généraliste qui connaît les antécédents du patient) serait le seul à pouvoir référer. Le médecin généraliste qui centralise toutes les informations médicales et de contexte, pourrait ainsi être reconnu au niveau de cette tâche. Cet échange de connaissances permettrait aussi d'éviter de nombreux examens redondants ou inutiles.

Considérée sous un angle purement pragmatique, selon les médecins généralistes, la référence pourrait se faire par le biais de formulaires de demande confidentiels sur lesquels le médecin généraliste devrait cocher des cases. Un médecin généraliste flamand a proposé d'utiliser une demande d'admission de jour basée sur le système électronique BIAN<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Brugs Interactief Artsen Netwerk (BIAN) est un site externe sur lequel le médecin traitant peut, entre autres, demander de manière sûre et par internet des données numériques de ses patients à l'AZ Sint-Jan AV. Des rendez-vous peuvent être pris directement dans le système de prise de rendez-vous numérique à partir du dossier du patient sélectionné.

*c) Suggestions financières*

Les subventions devraient être subordonnées au bon fonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique et les médecins généralistes veulent également bénéficier d'un soutien financier. Certains MG proposent une évaluation de l'hôpital de jour gériatrique par les médecins généralistes eux-mêmes. Le verbatim suivant l'illustre.

HA6: ja. Indien men aan ons de vraag stelt van "hoe zou ge 't willen hebben", van daar ineens ook een beetje te durven op door te delen van budgettair en financieel in de enveloppe van de gezondheidszorg en de verdeling onderling, gaat dat dit of dat impact hebben en dan gaat iedereen, denk ik, zich meer betrokken voelen en gaat dat ook, ja, een minder stroeve discussie worden.

HA9: hm, ja, maar dan moet ge, daar ook een evaluatie moeten aan vastkoppelen è. Een evaluatie, eigenlijk een stuk door ons uitgevoerd è. Want als zij het evalueren, dan is het allemaal pico bello è. (focusgroep Genk)

Selon des MG, avant d'injecter de l'argent dans ce nouveau projet, il faudrait d'abord disposer d'une étude sur le type de patients de l'hôpital de jour gériatrique, sur les performances de l'hôpital de jour et sur le fait qu'il permet ou non de réaliser des économies. Les médecins généralistes trouvent que ce domaine n'a pas été suffisamment exploré et qu'ils n'ont pas été interrogés à ce propos.

HA4: dat ze geld geven aan iets dat goed bolt è, maar geef niet eerst geld en kijk dan als het gaat bollen è. (focusgroep Genk)

(0 passages en Wallonie et Bruxelles)

*d) Autres suggestions:*

- En raison du problème important de mobilité des personnes âgées une série de médecins généralistes ont proposé d'organiser la revalidation à domicile plutôt que dans un hôpital de jour. Certains pensent que cela n'a aucun sens d'envoyer les patients à l'hôpital pour la revalidation alors que le kinésithérapeute peut très bien l'organiser à domicile.
- L'hôpital de jour gériatrique pourrait se faire assister par un expert externe qui dispose éventuellement d'une expérience internationale au niveau de l'organisation d'un hôpital de jour gériatrique. Cette approche améliorerait la

qualité et la confiance des médecins généralistes et des patients dans l'hôpital de jour gériatrique.

- Envoyer une équipe de médecins généralistes et de gériatres à l'étranger pour voir comment les choses y sont organisées pourrait également s'avérer une source d'inspiration intéressante comme cela a déjà été le cas pour le poste de garde en Flandre, dans le cadre duquel une délégation de l'administration s'est rendue à Rotterdam pour y étudier la situation.

#### ***4.3.6.5 Conclusion sur les suggestions***

Pour que les médecins généralistes envoient plus de patients à l'hôpital de jour gériatrique, il faut qu'aussi bien les autorités que les hôpitaux locaux promeuvent cette initiative. Certains donnent la préférence à une présentation personnelle, une brochure d'information ou une visite guidée de l'hôpital de jour gériatrique. D'autres se montrent réticents face aux lettres, aux envois personnalisés et aux sites web.

L'hôpital de jour gériatrique doit donner une image de transparence.

Une entité distincte bien définie dans laquelle le gériatre ou un autre coordinateur planifierait et organiserait tout à l'avance, allégerait grandement la tâche du médecin généraliste.

La concertation et la participation sont des aspects primordiaux. Certains médecins généralistes flamands veulent être impliqués au niveau administratif et de la gestion. Dans la négative, ils ne pourront pas se sentir respectés et reconnus.

Selon certains MG, on ne réfère pas à un médecin anonyme. Ceci est important pour la référence et la contre-référence qui nécessite une bonne connaissance des interlocuteurs et une bonne communication des informations. C'est ici qu'apparaissent les suggestions d'un dossier médical global, de systèmes de demande électroniques et d'un point de contact bien défini.

Les médecins généralistes ont également proposé l'évaluation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes et un financement basé sur cette évaluation.

Enfin, une série d'autres suggestions également intéressantes ont aussi été formulées dans le cadre de l'amélioration de l'organisation de l'hôpital de jour gériatrique.

# Chapitre 5

## Conclusions et recommandations

L'avis de 106 médecins généralistes sur les hôpitaux de jour gériatriques a été étudié dans le cadre de 15 focus groups (5 en Flandre et 10 dans la partie francophone du pays). Cette étude a porté sur la notoriété, les attentes, les barrières et les incitants en matière de référence à un hôpital de jour gériatrique.

Sur la base des résultats, une série de conclusions sont tirées et des recommandations sont formulées en vue d'optimiser l'organisation des hôpitaux de jour gériatriques et le rôle que le médecin généraliste peut y tenir.

Les limitations et des suggestions par rapport à des recherches complémentaires sont également brièvement abordées.

### **5.1 Conclusions sur l'explication des raisons qui président au comportement des médecins généralistes en matière de référence aux hôpitaux de jour gériatriques**

Des études réalisées dans différents pays ont montré que les hôpitaux de jour gériatriques constituent un pilier indispensable des soins gériatriques. Une étude d'évaluation des hôpitaux de jour gériatriques récemment installés en Belgique l'a également montré.



Les hôpitaux de jour gériatriques sont synonymes de bénéfiques pour le patient gériatrique. Il y reçoit des soins spécialisés, multidisciplinaires et adaptés à ses besoins. Un hôpital de jour gériatrique a pour objectif de proposer ses soins sans nécessiter d'hospitalisation classique. Cela favorise le maintien de l'autonomie du patient à domicile.

L'étude belge montre que les médecins généralistes réfèrent peu. Pour pouvoir garantir un minimum d'admissions à l'hôpital de jour gériatrique, les prestataires de la première ligne constituent néanmoins un chaînon crucial. Cette étude exploratoire montre que le MG se pose de nombreuses questions notamment au niveau de son implication, de sa collaboration avec l'hôpital de jour gériatrique et de la connaissance de son fonctionnement et du programme de soins pour le patient gériatrique. Le fait que les médecins généralistes ne réfèrent pas est le résultat d'une série de facteurs qui interviennent tant au niveau des soins de première ligne qu'au niveau des soins de deuxième ligne.

Il ressort des résultats de cette étude que les médecins généralistes ne **sont pas au courant** de la mise sur pied des hôpitaux de jour gériatriques. **La rareté des informations** sur l'existence des hôpitaux de jour gériatriques et **l'absence de définition claire des relations** existant entre ces hôpitaux et les médecins généralistes, constituent une source d'ignorance et par conséquent de scepticisme vis-à-vis du concept de l'hôpital de jour gériatrique. Ce déficit d'informations induit parfois une difficulté à distinguer les HdJG d'autres unités hospitalières d'accueil et de services (hôpital de jour, service de court séjour, service classique de gériatrie, accueil de jour,...)

Il y aussi **confusion** sur le concept théorique tel qu'il a été décrit dans la réglementation et son élaboration pratique soulève de nombreuses interrogations.

Les médecins généralistes sont très mécontents d'être les derniers informés ou tout simplement pas informés ; ils demandent que le rôle qu'ils ont à y jouer soit plus clairement défini tant en ce qui concerne son importance que sa nature. Le médecin

généraliste dispose en effet d'une bonne connaissance du contexte médical du patient, il connaît ses besoins et intègre ces données dans son dossier médical. Les médecins généralistes pensent que l'hôpital de jour gériatrique est très certainement un instrument utile mais parce qu'ils ne **le connaissent pas suffisamment**; certains en concluent que cela ne les concerne donc pas.

Après avoir reçu une information succincte sur le fonctionnement des HdJG, certains MG pensent ne pas avoir besoin d'une telle structure parce qu'ils ont peu de patients concernés ou utilisent d'autres alternatives.

Ce **mécontentement** dépasse d'ailleurs le seul concept de l'hôpital de jour gériatrique. Les médecins généralistes ont fait de nombreux commentaires sur le **contexte** général dans lequel s'inscrit leur collaboration avec les hôpitaux. Les médecins généralistes perçoivent l'hôpital de jour gériatrique comme un nouveau moyen trouvé par les soins de deuxième ligne pour s'approprier une partie des soins de première ligne : cette critique majeure peut constituer une explication à la non-référence. Les MG établissent ainsi des analogies avec des initiatives hospitalières mal ressenties qui s'adressent par exemple directement aux patientes ménopausées ou aux patients diabétiques.

Les hôpitaux reçoivent une prime supplémentaire pour organiser un nouveau service de soins pour les personnes âgées alors que les **médecins généralistes ne bénéficient d'aucun incitant financier** pour prendre en charge de manière adaptée les soins chroniques aux personnes âgées.

La limite entre les soins de première et de deuxième ligne n'est pas toujours claire. Les médecins généralistes ressentent cette initiative comme menaçante et concurrente. Cette nouvelle forme d'accompagnement de jour a tendance, de l'avis de certains médecins généralistes à virer à l'**hospitalocentrisme**. Chaque spécialité possède désormais pour ainsi dire sa propre clinique spécialisée et le médecin généraliste redoute que les gériatres ou les infirmiers spécialisés en gériatrie –qui représentent une concurrence potentielle à ne pas sous-estimer - ne se mettent à lui

---

faire concurrence au niveau des soins de première ligne, ce qui lui fait craindre de **perdre ses patients**.

**Le manque de concertation** semble fréquemment ressenti comme un problème structurel. Le médecin généraliste reproche à l'hôpital de ne plus rien avoir à dire une fois que son patient est hospitalisé. Il regrette aussi que l'hospitalisation soit souvent liée à une **surabondance d'examens** qu'il ne contrôle plus. Pour cette raison, les médecins généralistes plaident pour une coordination partagée, une communication mutuelle et une adaptation là où c'est possible.

Les **longs délais d'attente** dans les hôpitaux sont également source d'énervement chez les médecins généralistes qui estiment que cette situation sabote l'efficacité de la référence, notamment dans les situations gériatriques qui revêtent un caractère urgent.

Certains médecins généralistes estiment de plus qu'il faut faire quelque chose face au **déficit criant en maisons de repos et de soins** et au manque de moyens dégagés au maintien des personnes âgées à domicile. Ces thèmes méritent une plus grande priorité que le simple fait d'investir dans de nouvelles initiatives comme l'hôpital de jour gériatrique.

Les résultats montrent que les médecins généralistes ne considèrent pas actuellement l'hôpital de jour gériatrique comme une solution prioritaire pour répondre à une série de besoins du patient âgé et du médecin généraliste. Selon les médecins généralistes, il existe suffisamment d'alternatives aux nouveaux hôpitaux de jour gériatriques. Les médecins généralistes travaillent surtout avec les **spécialistes (hospitaliers) qu'ils connaissent bien et en qui ils ont confiance**. Dans de nombreux cas, le médecin généraliste procède déjà lui-même à toute une série de (pré)examens et lorsque ce n'est pas le cas il organise les rendez-vous de ses patients en les référant de manière ciblée à un médecin spécialiste. L'hôpital de jour gériatrique doit donc se profiler clairement et proposer une personne de référence comme **point de contact**. On ne réfère pas à un médecin inconnu.

L'exploration des besoins et des souhaits des médecins généralistes a également mis en lumière de nombreux **inconvénients** et de nombreuses **barrières**.

Le grand nombre d'examens réalisés sur une période réduite peut être source de stress et de fatigue pour le patient âgé. Le transport vers l'hôpital n'est pas toujours prévu. Des jours et des heures d'ouverture limités peuvent aussi entraver l'efficacité de la référence.

Certains médecins craignent à terme un dépassement de la capacité d'accueil qui pourrait menacer la survie des HdJG.

Le patient n'est pas toujours demandeur non plus de cette admission et le médecin n'a aucune liberté de choix en ce qui concerne le gériatre traitant et les spécialistes intervenants. Une incohérence entre la première et la deuxième ligne peut nuire à la confiance du patient dans ses médecins. Il ressort de l'analyse que l'absence de communication ou une mauvaise communication des hôpitaux vers les médecins généralistes entrave la référence des patients. Les imprécisions sur l'enregistrement, le fonctionnement, la réglementation, les aspects financiers, la planification et la terminologie de l'hôpital de jour gériatrique, aussi bien au niveau régional qu'au niveau fédéral, sont à l'origine de la méfiance du médecin généraliste vis-à-vis des hôpitaux de jour gériatriques.

Par ailleurs, les médecins généralistes trouvent également que les hôpitaux de jour gériatriques offrent de nombreux **avantages** aussi bien au patient qu'à la deuxième ligne de soins.

L'HdJG évite au patient une hospitalisation classique et limite ainsi les pathologies secondaires comme la confusion et la désorientation. La réticence à l'admission peut être contournée et tous les examens peuvent être effectués en un seul jour, ce qui permet d'éviter l'aller-retour à l'hôpital et enfin, dans les hôpitaux de jour gériatriques, les besoins spécifiques des personnes âgées occupent une place centrale.

---

Les médecins généralistes interrogés estiment que l'hôpital de jour gériatrique répond surtout à un besoin diagnostique. Les exemples les plus souvent cités sont l'investigation multidisciplinaire d'un problème de dégradation de l'état général ou d'un problème complexe et les examens techniques (par exemple scan, examen neuropsychologique, évaluation gastro-intestinale, échographie).

Le médecin généraliste est aidé au niveau de la mise au point de son diagnostic par une équipe multidisciplinaire. Cette structure lui offre, ainsi qu'à tous les soignants de la première ligne, un soutien et un écho à la réflexion.

Dans une moindre mesure, les médecins généralistes ont aussi cité le traitement des problèmes moins aigus (par exemple, les soins des plaies, les transfusions sanguines, les perfusions) et parfois la revalidation, comme des indications de référence d'un patient à un hôpital de jour gériatrique.

Le médecin généraliste pense que, comparativement à une admission de plusieurs jours, l'admission d'un jour coûte moins cher au patient et à la société. Les admissions via les urgences sont évitées ou éludées et le placement des personnes âgées dans les maisons de repos peut peut-être être accéléré par l'hôpital de jour gériatrique.

Les médecins généralistes ont fourni de nombreuses indications sur l'hôpital de jour gériatrique idéal selon eux. **L'hôpital de jour gériatrique doit avoir en priorité une fonction de soutien des soins de première ligne.** Le médecin généraliste a besoin de soins spécialisés pour pouvoir bien jouer son rôle. Les spécialistes devraient plus se concentrer sur les besoins exprimés par les MG, sans appliquer leur logique hospitalière et sans donner l'impression de vouloir organiser des circuits parallèles. De ce point de vue, la connaissance du rôle et des responsabilités de chacun constitue la base d'une bonne collaboration entre les soins hospitaliers et les prestataires de soins de la première ligne.

Les autorités et les hôpitaux devraient mieux faire connaître l'hôpital de jour gériatrique au sein des cercles de médecins généralistes et/ou des LOK/GLEM.

Enfin, les médecins généralistes flamands trouveraient utile que les hôpitaux de jour gériatriques puissent donner un feed-back et pas uniquement indicatif. Par la **participation et la concertation** sur le fonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique les médecins généralistes pourraient réellement avoir le sentiment que les suggestions qu'ils ont faites ont été mises en œuvre et que ces suggestions étaient pertinentes.

## **5.2 Recommandations en vue de promouvoir l'utilisation des hôpitaux de jour gériatriques par les médecins généralistes**

L'utilisation de l'hôpital de jour gériatrique n'est pas encore suffisamment implantée dans les soins de première ligne. Les médecins généralistes réfèrent peu et en tout cas pas de manière systématique à l'hôpital de jour gériatrique. Pour que le concept d'hôpital de jour gériatrique ait une place auprès des médecins généralistes, il faut que certaines conditions soient remplies.

Il faut que des informations détaillées soient diffusées sur les hôpitaux de jour gériatriques. Des **informations et une définition claire, aussi bien au niveau des autorités qu'au niveau régional et auprès des collègues spécialistes** doivent clairement montrer ce que représente l'hôpital de jour gériatrique, ce qu'implique son financement, la procédure de référence, la manière dont il est organisé, qui le coordonne, etc. Si on veut que ce concept s'installe dans les habitudes du médecin généraliste, il faut que les **cercles locaux de médecins généralistes** et/ou les LOK/GLEM organisent une concertation. Dans le choix d'une action de promotion, il est important de savoir que les médecins généralistes croulent sous les informations en tout genre. Un contact personnel est idéal, soit par une présentation orale dans le cadre d'une réunion d'un GLEM ou pendant un moment de formation, constitue donc un des moyens de communication les plus efficaces selon les MG. Ils ont

exprimé à plusieurs reprises, leur satisfaction d'être associés à cette étude et comme on s'y attendait, les focus groups ont été un déclencheur important. Ce point ressort du texte ci-dessous repris d'un participant à un des focus groups flamands et d'un bref sondage effectué par téléphone auprès d'une dizaine de médecins généralistes flamands après les focus groups<sup>4</sup>.

Toevallig, de dag na de focusgroep, zag ik een bejaarde patiënt met aanslepende onverklaarde klachten van kortademigheid. Eerst het ziekenhuis X gebeld, "kan u mij doorverbinden met het geriatrisch dagziekenhuis" waarop ik de afdeling geriatrie aan de lijn krijg. Daar horen ze het in Keulen donderen. "Geriatrisch dagziekenhuis? Kennen wij niet, ik zal het eens vragen." Enig gestommel later volgt de mededeling dat dit er zou komen, maar het zeker nog niet operationeel is. Dan maar gebeld naar het Ziekenhuis Y met dezelfde vraag. Ik krijg consultatie geriatrie aan de lijn. Ook enige consternatie als ik een afspraak wil voor onderzoek in het geriatrisch dagziekenhuis. "Dat gaat niet, eerst moet patiënt op consult bij prof. X, dan afspraak dagopname, de dag na deze opname dient patiënt terug te komen voor bespreking van de resultaten." Toch niet echt eenvoudig, drie keer heen en terug is toch belastend.

Volgens deze dame worden de patiënten, die in het geriatrisch dagziekenhuis terechtkomen vrijwel altijd binnengestuurd vanuit de consultatie van prof. X, zelden of nooit door de huisarts...

Ze verbond me door met prof. X. Hij was heel coöperatief; dacht dat er al brochure over hôpital de jour g riatriquenaar alle médecins g n ralisteswas gestuurd. Ik hielp hem uit zijn droom. Hij zei dat het allemaal nog maar net (enkele maanden) opgestart was, past in het zorgprogramma Geriatrie waarvoor ze een erkenning kregen. Hij wil wel eens op een LOK-groep komen spreken erover. Hij neemt zeker met de directeur contact op om het concept toch wat meer onder de aandacht van de médecins g n ralisteste brengen.

Le manque de clarté sur le concept théorique tel qu'il est décrit dans la réglementation et dans la pratique peut susciter une certaine confusion chez les prestataires de soins, intra ou extra muros, à propos des rôles et fonctions de l'HdJG. Ces biais de perception et la confusion qui en découle peuvent être à l'origine de malentendus chez le patient, le médecin généraliste et le spécialiste sur

---

<sup>4</sup> Après les focus groups, une enquête téléphonique a été menée auprès d'une dizaine de médecins généralistes flamands qui y avaient participé afin de les interroger sur les éventuels changements au niveau de leur expérience avec les hôpitaux de jour gériatriques. Quelques-un ont déclaré qu'ils n'avaient pas réussi à obtenir de rendez-vous à l'hôpital de jour gériatrique par manque de connaissance du fonctionnement du service de l'hôpital. D'autres étaient toujours méfiants vis-à-vis de l'initiative, ne la considéraient toujours pas comme nécessaire et voulaient donc continuer à fonctionner comme ils en avaient l'habitude en matière de référence. D'autres encore, n'avaient pas encore eu l'opportunité de référer un patient gériatrique. Dans le cadre de la soirée de discussion, ils ont néanmoins pris mieux conscience de l'existence des hôpitaux de jour gériatriques et gardent cette possibilité en tête.

les attentes et l'approche de l'hôpital de jour gériatrique. Il est donc essentiel d'afficher une **plus grande transparence sur le fonctionnement et la réglementation**. L'accessibilité pour le recours à l'hôpital de jour gériatrique doit aussi être améliorée: une personne de référence ou une personne de contact qui se définit clairement comme le point de contact de l'hôpital de jour gériatrique, faciliterait les choses pour les médecins généralistes.

En ce qui concerne la qualité de l'hôpital de jour gériatrique, les médecins généralistes spéculent aussi. D'une part, ils arrivent à la conclusion que l'HdJG fonctionne bien sans qu'ils n'en aient été informés et sans qu'ils ne soient indispensables. Et, d'autre part, ils pensent que l'hôpital de jour gériatrique rencontre des problèmes de fonctionnement, raisons pour lesquelles cette présente étude a été commanditée. Au cours de la discussion, les médecins généralistes se sont demandés si un hôpital de jour gériatrique qui fonctionne bien a un impact budgétaire positif sur les soins de santé et ceci tant au niveau du patient que des soins des première et de deuxième lignes. **L'évaluation d'une clinique gériatrique de jour et la participation de la première ligne à cette évaluation** permettraient de remédier au manque de confiance noté chez les médecins généralistes.

Les médecins généralistes peuvent aussi, personnellement contribuer à améliorer l'information sur les hôpitaux de jour gériatriques. Les médecins généralistes ont désigné le cercle de médecins généralistes comme constituant un canal d'information potentiel pour y contribuer. La première ligne et les LOK/GLEM doivent accueillir cette initiative dans un **esprit d'ouverture**. **Une accessibilité aisée** aux hôpitaux de jour gériatriques est souhaitée par les médecins généralistes : court délai d'attente, voire absence de délai, une bonne communication éventuellement avec une personne de référence bien identifiée, un feed-back en temps utile des résultats et une organisation fluide des éventuels suivis de soins.



---

L'information est importante mais néanmoins insuffisante. Il ressort des résultats qu'il faut aussi instaurer une **bonne collaboration** entre la première et la deuxième ligne, ce qui demande une **concertation et une coordination** systématiques. De l'avis des médecins généralistes, l'hôpital de jour gériatrique est considéré comme une belle initiative mais il ne pourra véritablement fonctionner que si le médecin généraliste peut y remplir sa mission. Une condition sine qua non à la référence est celle de l'**implication du médecin généraliste**. Ce dernier veut être **impliqué** dans chaque référence et chaque sortie. Les médecins généralistes se sentent encore trop souvent laissés pour compte et non informés. Ils souhaitent que les HdJG soient plus à l'écoute de leurs besoins. L'hôpital de jour gériatrique doit se montrer suffisamment attentif à la communication de son programme et au soutien des soins continus à domicile ou dans les structures de soins.

Le médecin généraliste veut **être reconnu** pour la plus-value qu'il peut représenter par sa connaissance du patient, de sa santé, de son fonctionnement psychique et de son contexte social. Certains MG souhaitent que les patients n'aient pas un accès direct aux HdJG. D'autres médecins en Flandre vont plus loin, ils plaident pour un **droit exclusif du médecin généraliste**. L'accès à l'hôpital de jour gériatrique devrait donc être verrouillé; la référence ne devrait être possible que par le biais du médecin généraliste (pour éviter la surconsommation). La question de l'**échelonnement** - selon lequel la consultation d'un spécialiste ou l'accès aux soins hospitaliers ne seraient en principe possibles qu'après la consultation du médecin généraliste - est donc débattue... En ce sens, on peut également comprendre que ce point constitue une condition préalable à une collaboration réussie et à l'amélioration qualitative des soins dispensés par l'hôpital de jour gériatrique.

Pendant une admission de jour, il n'est cependant pas toujours facile de suivre systématiquement la demande du médecin. L'équipe gériatrique a pour but de procéder à un examen diagnostique le plus complet possible du patient pour pouvoir lui proposer des soins optimaux par rapport à ses besoins. Ces examens détaillés

peuvent toutefois constituer une source de frustration lorsque certains d'entre eux ont déjà été réalisés et que ces examens prennent le pas sur les demandes et les attentes du médecin référent. Le patient doit aussi y subir des examens pour lesquels il n'est pas toujours en bonne forme. Certains examens ou trop d'examens sur un même jour peuvent le stresser ou le fatiguer. Les patients doivent aussi parfois revenir plusieurs fois. A ce niveau aussi, la **concertation et une bonne planification** avec le médecin généraliste est nécessaire et une bonne collaboration peut contribuer à augmenter encore la qualité des soins.

Par souci d'efficacité mais aussi par crainte de perdre leurs patients les médecins généralistes veulent jouer un rôle beaucoup plus actif dans le traitement et le suivi des interventions proposées, même lorsque celles-ci se déroulent à l'hôpital de jour gériatrique. Une **lettre de référence** claire proposant un suivi adéquat peut offrir une solution partielle à ce problème. En tant que gestionnaires d'un **dossier médical global**, les médecins généralistes veulent recevoir certaines informations sur les patients qu'ils réfèrent à l'hôpital de jour gériatrique (dans le respect de la vie privée).

Les médecins généralistes flamands veulent aussi **participer** au fonctionnement des hôpitaux de jour gériatriques. Les expériences des médecins généralistes nous apprennent que le fait de participer ne peut que renforcer leur rôle de concertation, de coordinateur et de référent. Le point de vue des médecins généralistes est que, dans la collaboration, on ne tient pas beaucoup compte de leurs disponibilités. Le financement de la participation, les déplacements et l'heure des réunions sont souvent des obstacles à cette participation. Des **incitants financiers** permettraient au médecin généraliste de mieux pouvoir assumer son rôle de cogestionnaire et d'accompagnateur de soins.

La deuxième ligne doit aussi avoir connaissance du trajet de soins du patient : qui prend en charge les soins qui précèdent l'admission à l'HdJG et qui continue le suivi du patient au niveau de la première ligne. Le rôle des autorités consiste à proposer des **règles** transparentes et cohérentes, basées sur les besoins aussi bien du patient

---

que de la première et de la deuxième ligne. Elles doivent donner une orientation, prévoir des incitants et mettre les moyens (financiers) nécessaires à disposition.

Un premier exemple d'un bel accord de collaboration entre un hôpital de jour gériatrique et un cercle de médecins généralistes est la **convention** entre, d'une part, le cercle des médecins généralistes « Huisartsenkring vzw Izegem-Ingelmunster-Lendeledede » et, d'autre part, la Sint-Jozefskliniek vzw d'Izegem (voir Chapitre 6). **L'identification et la publication de « charte de bonne pratique »** au sujet des hôpitaux de jour gériatriques pourraient encourager les médecins généralistes à prendre eux-mêmes des initiatives pour fixer sur papier une série de règles et d'accords sur l'utilisation et la référence à l'hôpital de jour gériatrique. Les « bonnes pratiques » doivent être basées sur les besoins existants des gériatres, des médecins généralistes et des patients et soutenir une bonne collaboration.

Parallèlement, on peut aussi très certainement réfléchir au contenu de la **concertation régionale sur la prise en charge de problèmes de soins concrets**, notamment les troubles de la mémoire, les chutes chez les personnes âgées, etc. Des procédures peuvent aussi être établies sur la base des preuves scientifiques existantes en ces différentes matières (rôle de la première ligne, moment de référer, nature des examens, mise au point à l'hôpital de jour gériatrique, contre-référence et missions de la première ligne dans le cadre du suivi).

Qui dit collaboration dit aussi **droit de participation** des médecins généralistes au niveau du mode de fonctionnement de l'hôpital. L'approche qui consiste à se limiter à proposer l'hôpital de jour gériatrique et à attendre que les médecins généralistes l'utilisent n'est pas celle qui donne les meilleurs résultats. Au contraire, cette approche fait montre de peu de transparence et laisse supposer un fonctionnement suspect de type « cuisine interne ». Les médecins généralistes reprochent le manque d'initiatives et de réalisations concrètes.

Les auteurs de la présente étude jugent qu'une démarche de mise en œuvre des recommandations nationales et internationales relatives aux soins aux personnes

âgées, associée à une information des médecins généralistes sur ces recommandations, pourraient accompagner les initiatives de promotion des HdJG. Il s'agirait d'une contribution positive au fonctionnement des hôpitaux de jour gériatriques belges.

### 5.3 Limitations de l'étude

Une étude qualitative et descriptive est utile par son caractère exploratoire et la richesse des informations qu'elle permet d'enregistrer mais elle présente un certain nombre de limites inhérentes à son schéma.

Une étude qualitative a pour objectif d'identifier un maximum de facteurs liés au sujet. En explorant les différentes visions des participants, cette étude a permis de se faire une meilleure idée de ces facteurs et de dresser une liste des explications possibles au comportement observé en matière de référence. Ce type d'étude ne fournit par contre aucune information sur l'importance relative de chacun des facteurs identifiés. Cependant, certains thèmes comme celui de l'importance de la communication, de la concertation entre MG et HdJG sont systématiquement abordés. Nous pouvons présumer, sur base du critère de saturation des données, que ces éléments sont particulièrement importants quantitativement.

Les focus groups offrent un large éventail d'informations et d'opinions sur un thème précis. Contrairement à l'entretien approfondi, l'entretien de groupe reflète plus les opinions d'un groupe que celles d'un individu. La réflexion de groupe peut entraver la réflexion individuelle. Ce type d'entretien ne permet pas non plus au modérateur d'épingler les processus de groupe qui peuvent y avoir joué un rôle. Le modérateur, aussi impartial et ouvert soit-il, peut aussi avoir influencé le processus de groupe. Il est donc possible que la diversité des perspectives ne s'avère pas suffisamment couvrante, même si on tente de se prémunir de cela par la multiplication des focus groups.

L'exploration ultérieure des besoins et des attentes de la première ligne et l'élargissement de la perspective des médecins généralistes à d'autres prestataires de soins, aussi bien au niveau de la première que de la deuxième ligne, donnerait une autre image et justifierait le développement d'une politique intégrée. L'opinion des patients utilisateurs et non utilisateurs mériterait également exploration. Les nombreux facteurs impliqués exigent une approche multifacette et des actions congruentes parallèles sur plusieurs niveaux simultanément (niveau du patient, niveau du médecin généraliste, niveau des organisations de médecins généralistes, niveau du spécialiste, niveau de l'hôpital et niveau des autorités).

On ne soulignera jamais assez l'importance d'un dialogue entre toutes les parties, d'un dialogue qu'il faut continuer à promouvoir. Une bonne interaction entre les différents niveaux est essentielle pour arriver à un meilleur fonctionnement des hôpitaux de jour gériatriques et des soins de première ligne au bénéfice du patient.

Ce dialogue permettra aussi de dessiner des perspectives politiques et de réfléchir aux accords de collaboration nécessaires entre les prestataires de soins de première ligne et les institutions de soins aux personnes âgées, dans le but d'améliorer la continuité des soins. L'attention consacrée aux soins globaux du patient âgé fait partie des tâches de tout prestataire de soins actif dans la sphère de la gériatrie et il convient donc d'encourager systématiquement la concertation entre toutes les parties.

# Chapitre 6

## Exemple de Bonne pratique

### 6.1 La naissance d'une convention

Dans le cadre des conclusions et recommandations, nous allons décrire, ci-dessous une illustration de convention entre, d'une part, le cercle de médecins généralistes « Huisartsenkring vzw Izegem-Ingelmunster-Lendeledede » et d'autre par la Sint-Jozefskliniek vzw d'Izegem.

La convention actuelle (voir annexe 6) a été conclue en exécution de l'article 22 de l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 relatif au programme de soins pour le patient gériatrique, paru au Moniteur Belge du 7 mars 2007.

Comme convenu dans le contrat, l'objectif est de mettre sur pied une collaboration pluridisciplinaire entre les deux parties en vue de réaliser le principal objectif du programme de soins pour le patient gériatrique. Ceci, en visant une approche multidisciplinaire destinée à permettre le rétablissement optimal des performances fonctionnelles et la conservation d'une autonomie et d'une qualité de vie maximales pour la personne âgée.

La raison d'être de cette convention de collaboration revêt un caractère historique. Dans le passé, les médecins généralistes du Huisartsenkring Izegem-Ingelmunster-Lendeledede ont été impliqués dans un conflit sur un projet relatif aux 'soins postnataux'. Les médecins généralistes préféraient ne pas répéter cette situation

dans le projet actuel sur les 'soins gériatriques', et ils ont donc résolu ce problème en signant une convention. Initialement, un premier contrat de base reprenait les dispositions légales, sans autres spécifications sur le rôle du médecin généraliste et sans concertation préalable. En réaction, les médecins généralistes ont refusé de le signer mais se sont montrés prêts à participer à une concertation. Après quelques sessions bilatérales, les deux parties sont arrivées à un accord. Les médecins généralistes ont apporté des amendements aux documents de base, démarche qui a débouché sur le contrat actuel. Pour augmenter la portée du contrat, il a été signé par le médecin en chef et le président du Conseil médical. Pour en renforcer le caractère juridique, le projet de convention a aussi été envoyé au Conseil provincial de l'Ordre des Médecins pour approbation.

## 6.2 Le rôle du médecin généraliste

La perception des médecins généralistes de cette « situation win-win » peut en tout cas être jugée comme positive étant donné l'**apport et le pilotage (ou l'adaptation) du médecin généraliste**, ainsi que l'interaction permanente garantie entre les médecins généralistes, les spécialistes et l'hôpital de jour gériatrique sur le thème de la gériatrie.

En cas de risque potentiel de sous-estimation de la place du médecin généraliste, le terme médecin généraliste a été explicitement repris dans l'accord. C'est ainsi qu'il a été convenu que la **référence à l'hôpital de jour gériatrique ne serait possible que par le biais du médecin généraliste ou d'un spécialiste** traitant après concertation et accord avec le médecin généraliste. Après la sortie du patient, le gériatre s'est engagé à envoyer au médecin généraliste toutes les données relatives à l'admission dans les 72 heures, soit par voie électronique, soit par téléphone, soit encore par courrier.

Le médecin généraliste peut se connecter électroniquement sur le site web de l'hôpital. Par le biais d'un **formulaire de demande**, il indique la/les raisons de référence et les examens à faire. Un contact téléphonique avec le gériatre ou

l'infirmier en chef est également possible. Pour chaque motif d'admission, un plan de soins est élaboré en concertation avec le médecin généraliste.

Les différents **trajets de soins**, qui dépendent du problème (chutes, troubles de la déglutition, de la mémoire, ...) semblent avant tout un outil pour l'hôpital. Selon le point de vue, une série de tests standards sont réalisés. D'une part, le médecin généraliste peut envoyer ses résultats mais il n'est alors considéré que comme un fournisseur et aucun arrangement n'est pris entre le médecin généraliste et l'hôpital. D'autre part, les trajets de soins thématiques peuvent offrir au médecin généraliste la structure nécessaire.

La convention stipule aussi que l'hôpital est responsable du trajet intramuros et que le médecin généraliste est responsable du trajet de suivi au niveau des soins à domicile.

Dans le cadre de la collaboration avec d'autres thérapeutes, un des objectifs des médecins généralistes est aussi de respecter le **principe de la subsidiarité**. Globalement, c'est souvent le médecin généraliste qui dispense les soins et non pas le gériatre qui reprend le rôle du médecin généraliste. En résumé, cette convention procure aux médecins généralistes un sentiment positif et un **pouvoir structurel** qui leur permet d'intégrer certains principes dans l'hôpital.

### 6.3 L'esprit

Outre le fait que ce contrat fixe une série de règles, il est aussi important que les parties soient également animées de son '**esprit**'. Sur papier, la convention propose que le médecin généraliste soit impliqué mais pour fonctionner, cette règle doit aussi être ancrée dans la culture de l'hôpital. Ce changement de mentalité (impliquer le médecin généraliste plutôt que de l'ignorer) demande de l'énergie et des efforts de part et d'autre.

L'avantage d'un 'petit' hôpital est que les médecins généralistes y connaissent les spécialistes et les infirmiers. Ils suivent, par exemple, leur recyclage ensemble, ce



qui facilite la mise en place d'une concertation constructive et permet un soutien plus actif de la deuxième ligne par la première ligne. **Bonne volonté et flexibilité** sont également des conditions à la conclusion de ce type de convention.

La connaissance de l'hôpital de jour gériatrique par les médecins généralistes reste un facteur crucial dans le réflexe de référence. Les médecins généralistes de la région ont été informés de la convention par un **e-mail** envoyé par le cercle de médecins généralistes et par le biais d'une **présentation** effectuée dans le cadre d'un recyclage. Le lendemain de la signature du contrat, l'hôpital a envoyé un contrat ainsi qu'une **lettre** d'accompagnement et une **brochure d'information** (voir annexe 7) sur l'hôpital de jour gériatrique à tous les médecins généralistes des environs.

Il est encore trop tôt pour dresser un bilan, mais des rencontres sont prévues pour évaluer la collaboration et le fonctionnement du programme de soins. Ici aussi, les deux parties se concerteront et évalueront la situation en vue d'améliorer encore leur collaboration à l'avenir et de mieux harmoniser encore le programme de soins par rapport aux besoins des soins à domicile.

# Bibliographie

(1) VAN DEN NOORTGATE N., PETERMANS J., VELGHE A., VANDONINCK H., WOJTASIK V., GILLAIN, D.: Evaluatie van de proefprojecten Geriatrisch Dagziekenhuis. 2007

(2) DONALDSON C., WRIGHT K.G., MAYNARD A.K., HAMILL J.D., SUTCLIFFE E.: Day hospitals for the elderly. *Community Medicine* 1987; 9 (1): 55-61

(3) HILDICK-SMITH M.: General practitioners' views of geriatric day-hospitals. *Practitioner* 1981; 225 (1352): 127-131

(4) WILLIAMS E.S., CLEMENTSON G.: General practitioners' views on geriatric day hospital care. *British Journal of General Practice* 1991, 41 (344): 126

(5) YILDIZ G., AVONTS D., WYFFELS P., SMETS A.: Communicatie tussen eerste en tweede lijn: Resultaten van een kwaliteitsverbeterend praktijkonderzoek en een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2008; 64: 25-31

(6) WILLIAMS E.S., JESUDASON T.A., SINGH, S.: Referring patients to geriatric day hospitals: a survey of general practitioners' opinions. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988; 38 (316): 498-499

(7) PITERMAN L., KORITSAS S.: Part II: General practitioner-specialist referral process. *Internal Medicine Journal* 2005; 35 (8): 491-496

(8) KENNEDY F., MCCONNELL B.: General Practitioner referral patterns. *Journal of Public Health Medicine* 1993; 15 (1): 83-87

(9) POWELL C., NIXON M.: Caring for patient in geriatric day hospitals: Guidelines on the relationship between primary care physicians and specialist/consultants. *Canadian Family Physician* 1996; 42: 110-113

- (10) THOMPSON K.: A general practitioner looks at day care. *Gerontologia Clinica* 1974; 16: 258-262
- (11) DASGUPTA M., CLARKE N.C.T., BUMER C.D.: Characteristics of patients who made gains at a geriatric day hospital 2005; 40: 173-184
- (12) BLACK D.A.: The geriatric day hospital 2005; 34: 427-429
- (13) DAVISTER et al.: Les groupes focalisés, Fiche méthodologique, février 2004, APES ULg
- (14) VAN der MAREN JM. La recherche appliquée en pédagogie, des modèles pour l'enseignement. *Méthodes en sciences humaines*. Editions de Boeck: 2003
- (15) RUQUOY D., 1995, p.72 in ALBARELLO L. Apprendre à chercher, l'acteur social et la recherche scientifique. *Méthodes en sciences humaines*. Editions de Boeck: 2003

# Annexes

Annexe 1: Guide d'entretien

Annexe 2: Lettre d'invitation du président du LOK

Annexe 3: Lettre d'invitation du médecin généraliste

Annexe 4: Lettre d'information et consentement éclairé du médecin généraliste

Annexe 5: Fiche d'informations sur les HdJG à l'attention des MG non-utilisateurs

Annexe 6: Exemple de convention « cercle de médecins généralistes – hôpital »

Annexe 7: Brochure d'information sur hôpital de jour gériatrique au médecin généraliste

## Liste des tableaux

Tableau 4.1: Aperçu des focus groups organisés en Wallonie et à Bruxelles

Tableau 4.2: Description des focus groups en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles

Tableau 4.3: Description des médecins généralistes flamands qui ont participé aux focus groups

Tableau 4.4: Description des médecins généralistes francophones qui ont participé aux focus groups