UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2019

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Quentin DELANNOY

le 11 mars 2019

QUEL OUTIL INFORMATIQUE POUR LE PARTAGE D'INFORMATION AUTOUR DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA) EN LORRAINE : ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MILIEU AMBULATOIRE

Membres du jury :

Mme le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME	Président
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
M. le Docteur Laurent MARTRILLE	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur
M. le Docteur Aurélien LAMBERT	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission
Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL
3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3e sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : ***(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)***

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3e sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4e sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5e sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3e sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4e sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2e sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2e sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4e sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***
Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2e sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)***
Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)
5e sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Médecine Interne et Gériatrie

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de la juger,

Pour votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de cette thèse,

Veuillez trouver en ces quelques mots, l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Paulo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale - Médecin Généraliste

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger cette thèse,

Veuillez recevoir ici toute notre considération et notre grande reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier de Médecine Légale

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse,

Veuillez trouver ici le témoignage de notre haute considération.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Aurélien LAMBERT

Assistant en oncologie, fondateur de Pandalab SAS

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre enthousiasme,

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Maître de Conférence Associé - Médecin Généraliste

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse,

De par votre investissement et votre disponibilité, vous nous êtes précieux,

Vous nous avez transmis votre savoir et votre humanité auprès des patients,

Merci pour votre engagement au quotidien pour la médecine générale,

Veuillez recevoir notre profonde reconnaissance.

A tous nos maîtres de stage et enseignants, merci pour la transmission de votre savoir, vous m'avez donné l'envie de continuer ce long chemin et de pratiquer au mieux la médecine. Merci pour votre confiance.

A mes co-internes rencontrés lors des stages, les contacts noués nous ont permis de nous serrer les coudes et de profiter des bons moments.

A tous les participants de cette thèse pour votre disponibilité et votre sincérité, grâce à vous cette thèse a pu se concrétiser. Rien n'aurait été possible sans vous.

A Marine, « ma copine » comme tu le dis si bien, merci pour ton soutien tout au long de cette thèse, ton amour, ton réconfort dans les moments difficiles mais surtout toutes ces sorties sportives qui m'ont permis de me défouler et me vider la tête.

A mes parents, Jocelyne et Denis, pour votre soutien tout au long de ces longues études, pour vos encouragements dans les moments de doute. Vous m'avez transmis vos valeurs et votre goût de l'effort. Je sais que je peux compter sur vous.

A ma sœur Audrey, mon beau-frère François-Xavier et mes nièces Valentine et Julia, pour leur bienveillance et à tous nos moments partagés. Voir votre famille s'épanouir est un véritable bonheur pour moi. J'espère bien accueillir Valentine et Julia plus souvent à la maison (la balançoire attend).

A mes oncles, tantes, cousins et cousines, vous m'avez vu grandir et devenir ce que je suis. J'espère vous revoir plus souvent à l'avenir et pouvoir partager encore plein de moments de joie à vos côtés.

A ma belle-famille, pour leur générosité et leur bonne humeur. Votre soutien et votre aide me sont précieux.

A mes amis, Brice, Nico, Romain, Gautier, Nadège, Manon, Mathieu, nos liens d'amitiés sont restés intacts et ne se sont pas résumés aux seuls bancs de la faculté. Nous avons partagé tant de bons moments. Et il y en aura probablement d'autres.

A Oslo, mon chat, pour ses miaulements motivants et ses ronronnements apaisants.

Et à tous mes amis de longue date, nos chemins se sont séparés lors de nos études. Malgré tout, nous avons partagés tant de choses pendant notre enfance que nos retrouvailles sont toujours un plaisir. En espérant vous revoir plus souvent.

Merci à tous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PAERPA : Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PPS : Plan Personnalisé de Santé

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

HAS : Haute Autorité de Santé

CCP : Coordination Clinique de Proximité

ARS : Agence Régionale de Santé

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

DMP : Dossier Médical Partagé

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 16

INTRODUCTION 19

PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES THÉORIQUES 20

CHAPITRE I : LE CONCEPT DE LA FRAGILITÉ CHEZ LE SUJET ÂGÉ 20

1) Histoire 20
2) Définitions 20
3) Epidémiologie 23
4) Outils pour repérer la fragilité 24
5) Personne fragile et soins ambulatoires 26

CHAPITRE II : LE PAERPA 27

1) Définition 27
2) Méthodes et objectifs 28
3) Avantages et limites 29

DEUXIÈME PARTIE : ETUDE PERSONNELLE 31

1) Introduction 35
2) Matériels et méthodes 35
3) Résultats 37
   a) Population de l'étude 37
   b) Les différentes approches de la fragilité par les professionnels de santé 38
      1. La fragilité est multidimensionnelle 38
      2. Repérer la fragilité 39
      3. Regard sur les outils de prise en charge des personnes fragiles 39
   c) Les professionnels et les logiciels de communication autour de la personne fragile 42
      1. Intérêt pour ces outils de communication 42
      2. Les freins à l'utilisation des logiciels 43

3. Des pratiques alternatives aux logiciels 44
4. Souhait pour l'avenir des logiciels 45
d) Accès et partage de l'information autour du logiciel 47
1. Accès à l'information 47
2. Partage de l'information 47
e) Le logiciel Ligo vu par les professionnels de santé libéraux 48
1. Freins à l'utilisation de Ligo 48
2. Valorisation de Ligo 50
3. L'avenir de Ligo 50
4) Discussion 52
a) Les limites de l'étude 52
b) Favoriser le repérage de la fragilité de la personne âgée 52
c) Améliorer la coordination des professionnels par rapport à la personne fragile . 53
d) Adapter les logiciels de communication autour de la personne fragile à l'ambulatoire 54
5) Conclusion 56
6) Bibliographie de l'article 57

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE 61

ANNEXES 65

INTRODUCTION

La mise en place récente du plan d'amélioration du parcours des personnes fragiles en risque de perte d'autonomie (PAERPA) depuis septembre 2013 en Lorraine est encore méconnue d'une partie des professionnels de santé. L'objectif est de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs de la prise en charge des patients de plus de soixante-quinze ans en perte d'autonomie et leur maintien à domicile. Les coûts de santé sont en constante augmentation [1]. La pratique de la Médecine Générale évolue rapidement avec la généralisation des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Celles-ci drainent différents acteurs de santé qui sont tour à tour au chevet du malade afin de maintenir sa prise en charge à domicile.

Avec les possibilités technologiques, il parait nécessaire de permettre aux professionnels de santé de communiquer entre eux et avoir une information actualisée de l'état de santé des patients les plus vulnérables. Ceci permettrait un accompagnement précoce de ces patients lors des situations à risque de décompensation et ainsi d'éviter une prise en charge hospitalière coûteuse.

Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juin 2011 estime à plus de deux milliards d'euros les coûts engendrés par l'hospitalisation des personnes fragiles en risque de perte d'autonomie. [2]

Une réorganisation du système de santé et de la Médecine Générale est nécessaire dans un contexte de crise économique et les logiciels de communication peuvent permettre une prise en charge précoce du patient dans son parcours. Le but est d'éviter une situation urgente et complexe secondaire à l'insuffisance de coordination des acteurs de santé.

Le plan personnalisé de santé (PPS) est une réponse possible à ce manquement. Il consiste en un plan d'action mis en place par les acteurs de proximité concernant ces personnes fragiles. Mais pour aboutir à ce travail formalisé, les divers professionnels ont besoin de ces outils de communication pour remonter les informations les plus préoccupantes.

Cependant les outils informatiques de communication actuellement proposés tels que le logiciel Ligo répondent-ils aux demandes des professionnels de santé libéraux ? Sont-ils adaptés à la pratique ambulatoire ?

Tout d'abord nous reviendrons sur le concept de fragilité chez le sujet âgé, son histoire, sa définition, les différents outils mis en place pour la détecter ainsi que les enjeux d'une identification précoce de la fragilité en Médecine Générale.

Par la suite, nous exposerons les différentes modalités du PAERPA, ses objectifs, sa mise en oeuvre et ses résultats à mi-parcours.

Enfin nous présenterons l'étude réalisée auprès des différents acteurs de santé en ambulatoire dans le bassin lorrain concernant leurs attentes par rapport aux logiciels de communication dans le cadre du sujet âgé fragile.

PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES THÉORIQUES

CHAPITRE I : Le concept de la fragilité chez le sujet âgé

1) Histoire

Le concept de fragilité chez le sujet âgé est un concept relativement récent au niveau médical puisque l'on retrouve cette nouvelle approche du patient seulement depuis les années 80.

Cette notion est d'abord apparue en Amérique du Nord avec Stone R. qui utilise le terme de fragilité comme synonyme d'incapacité [3] puis avec Woodhouse KW. qui décrit les personnes fragiles comme des personnes de plus de 65 ans dépendant d'un tiers pour réaliser les activités de la vie quotidienne [4].

En 1991, Winograd CH. décrit les facteurs de fragilité [5]. Ceux-ci regroupent des facteurs tels que la fatigabilité, l'asthénie, l'anorexie, la déshydratation, l'amaigrissement, les troubles de la marche et de l'équilibre.

Les années suivantes, Lipsitz LA. et Buchner DM. font évoluer le concept vers une nouvelle approche : le défaut d'adaptation à un stress physiologique de la personne fragile [6].

En 1994, Fried L. utilise l'expression de « *syndrome de fragilité* » afin d'essayer de caractériser d'un point de vue médical ce type de patient [7].

Puis deux modèles de critères de fragilité ont été validés.

D'abord en 2001, le modèle de Fried est fondé sur les capacités physiques de la personne et classe ces individus en 3 états suivant le nombre de critères retenus : robuste, pré-fragile et fragile [8].

Puis en 2005, le modèle de fragilité de Rockwood et ses collaborateurs intègre des facteurs cognitifs et sociaux et parle de fragilité « *multidimensionnelle* » [9].

2) Définitions

En 2011, la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) a défini le concept de fragilité comme « *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome*. » [10].

L. Fried définit la fragilité comme ceci « *la fragilité est un syndrome physiologique caractérisé par une réduction des réserves et de la résistance aux facteurs stressants, qui résulte d'un déclin cumulatif de multiples systèmes physiologiques et qui cause une vulnérabilité aux effets nocifs* » (Fried et coll., 2001).

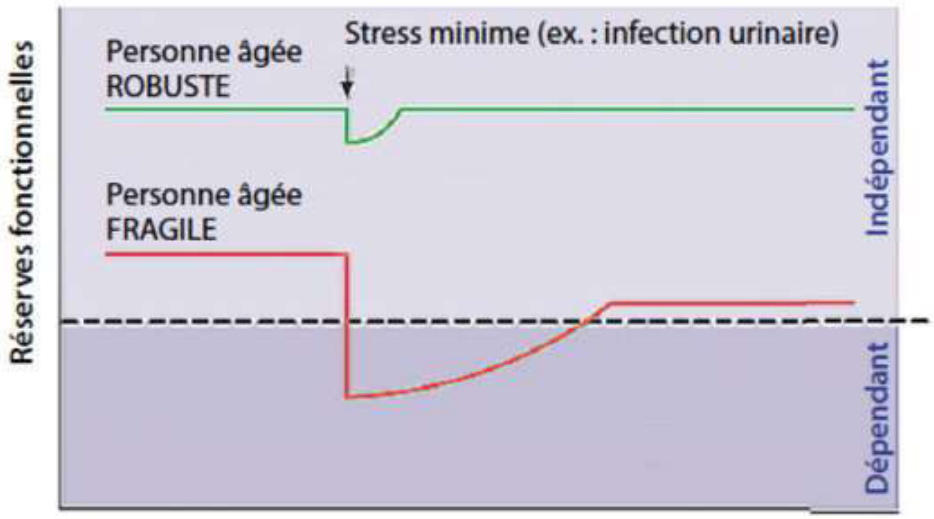
La fragilité est un état à la fois dynamique et réversible [11] au contraire de la dépendance.

Ainsi la notion de réversibilité sous-tend que des actions de prévention sont possibles mais pas spontanément car ceci nécessite des interventions ciblées propres à chaque patient.

La fragilité se caractérise par une plus grande vulnérabilité aux situations de stress aiguës et une susceptibilité accrue au risque de complications [12] et ainsi un risque de perte d'autonomie.

M.-P. Fortin, P. Krolak-Salmon et M. Bonnefoy, dans leur article sur l'Analyse descriptive et comparative des différents modèles de fragilité, décrivent ainsi le concept de fragilité « *Le terme fragilité vise à décrire la réduction multisystémique des réserves fonctionnelles qui apparaît chez certaines personnes âgées, limitant alors les capacités de leur organisme à répondre au stress même mineur. Cet état d'instabilité physiologique expose l'individu à un risque de décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès.* » [13].

Comparaison entre personne âgée robuste et fragile [14] :



Le modèle avec phénotype « *physique* » conçu par Fried L. et ses collaborateurs, s'appuie sur la présence de 3 items ou plus sur 5 parmi les suivants chez les personnes de plus de 65 ans : perte de poids inexpliquée (ou >= 5 % du poids) depuis 1 an, fatigabilité, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et la sédentarité.

Les patients présentant 3 de ces variables ou plus sont considérés comme fragiles, ceux présentant 1 ou 2 variables, comme pré-fragiles et ceux n'en présentant aucune, comme robustes.

Index de fragilité de Fried
1- Perte de poids non intentionnelle de plus de 4,5 kg ou 5% du poids dans la dernière année 2- Diminution de la force de préhension pour le sexe et le BMI (body mass index) 3- Sentiment d'épuisement rapporté par le patient 4- Diminution de la vitesse de marche 5- Sédentarité

Le modèle de Rockwood prend en compte les critères cognitifs et sociaux avec l'intégration de : la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale, les comorbidités.

Il est composé de 70 items et permet de réaliser une échelle clinique avec 7 groupes de patients.

Echelle de fragilité de Rockwood
1- Très bonne forme physique : robuste, actif, énergique, motivé et en pleine forme. Ces patients pratiquent régulièrement de l'activité physique. 2- Bonne forme physique : sans maladie active mais moins en forme que dans le groupe 1. 3- Bonne forme physique avec le traitement des comorbidités : les symptômes de la maladie sont bien contrôlés comparativement au groupe 4. 4- Apparence de vulnérabilité : patient non dépendant mais plainte de ralentissement et d'éprouver les symptômes de leur maladie. 5- Faiblement fragile : avec une dépendance limitée aux IADL (instrumental activities of daily living). 6- Modérément fragile : aide nécessaire aux ADL (activities of daily living) et IADL. 7- Très fragile : totalement dépendant dans les ADL ou avec une maladie terminale.

On passe ainsi d'une fragilité « *physique* » à une fragilité « *multi-domaine* ».

Ce type de modèle paraît plus en adéquation avec les origines multifactorielles de la fragilité.

3) Epidémiologie

Selon un rapport de la commission européenne publié en 2015, les personnes de plus de 65 ans vont passer de 18% actuellement à 28% en 2060 et les plus de 80 ans vont représenter 12% de la population européenne en 2060 alors qu'ils ne sont que 5% actuellement [15].

En France selon le rapport de l'Insee sur « *Les tableaux de l'économie française* » paru en mars 2017, les personnes de 75 ans et plus représentent actuellement 9,3% de la population française et la projection en 2060 serait de 17,2% [15].

Selon ce même rapport « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les pouvoirs publics (sécurité sociale, État, collectivités locales) et les ménages est estimée à 34,2 milliards d'euros (Md€) en 2014, soit 1,6 % du PIB. Elle concerne les dépenses, liées à la dépendance, de santé, d'hébergement et d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie* » [16].

La définition de la personne âgée dépendante selon la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est la suivante : « *personne âgée de 60 ans ou plus, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

En France, la dépendance dure en moyenne 4,4 ans (4,7 ans pour les femmes et 3,7 ans pour les hommes) [17].

Toujours selon l'Insee, au 1er janvier 2012, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus et en 2060 selon une projection, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait atteindre 2,3 millions soit un doublement.

Ainsi on comprend mieux l'enjeu qu'il peut y avoir à prévenir la dépendance, non seulement pour les patients mais également en termes d'économies pour la société.

Cet état de « prédépendance » peut être associé à la fragilité du patient même si celle-ci reste une notion différente.

Il convient donc de détecter au plus tôt cet état de personne « fragile » car contrairement à la dépendance qui est un état rarement réversible, la fragilité est un état dynamique où le praticien peut encore agir avant l'état de dépendance.

Dans l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS 2012) et l'enquête Handicap – Santé – Ménages (HSM 2008) concernant les sujets âgés de plus de 55 ans en France et ne présentant pas d'atteinte aux activités de la vie quotidienne, les prévalences de la fragilité étaient 11 % dans ESPS 2012 et de 12 % dans HSM 2008 [18].

L'enquête Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) est une étude réalisée en 2009 dans dix pays européens pour identifier les facteurs de la perte

d'autonomie chez les personnes de plus de 65 ans. La prévalence de la fragilité a été évaluée à 15,5% pour la France et 17% en Europe. Cette prévalence augmente avec l'âge et chez les femmes après 65 ans [19].

La prévalence moyenne de la fragilité dans la littérature est de 9,9 % mais avec de fortes variations (de 5 à 58%) [20].

Dans ces tranches de population fragile, le moindre stress extérieur peut provoquer une hospitalisation coûteuse et par la suite une dépendance. En effet la fragilité se définit comme un état potentiellement instable et de vulnérabilité où les capacités d'adaptabilité sont réduites.

Or avec le vieillissement de la population, la proportion de personnes fragiles va également augmenter au cours des prochaines décennies.

Les actions de prévention doivent donc porter sur ce groupe de patient afin d'éviter une expansion des coûts de santé. Le « mieux vieillir » à domicile prend tout son sens et la médecine de soins primaires a un rôle prépondérant à jouer pour maintenir la qualité de vie de nos ainés.

La durabilité des systèmes de soins actuels passe également par cette prise de conscience.

En effet, l'Académie Nationale de Médecine a publié dans son communiqué de presse de mai 2014 sur « *le vieillissement et dépendance : Il est possible et urgent d'inverser la tendance* » un avertissement pour le futur de notre système de soins et prévoit « *une explosion prévisible de la dépense publique liée à la dépendance que notre système de santé est encore à temps d'éviter*. » [21].

4) Outils pour repérer la fragilité

Dans l'étude de cohorte de Fried, la fragilité était identifiée comme un facteur de risque de chutes, d'hospitalisation, de dépendance et de mortalité [8]. Il est donc primordial de repérer au plus tôt ces patients fragiles afin de pouvoir agir sur les différentes composantes car l'état de fragilité est dynamique. En 2001, Fried et al. ont identifié des critères objectifs pour identifier la fragilité et créé l'index de fragilité de Fried comme cité plus haut. Mais ces critères paraissent compliqués à évaluer dans le cadre des soins primaires.

D'autres outils existent pour détecter la fragilité mais actuellement il n'y a pas de consensus sur l'utilisation d'une grille en particulier [23].

L'évaluation gérontologique standardisée (EGS) est validée seulement en milieu hospitalier. Elle permet une évaluation médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle de la personne âgée à l'aide de différents outils. Une équipe expérimentée et pluridisciplinaire est nécessaire pour réaliser cette évaluation. Elle se base sur différents critères tels que la mobilité, l'autonomie fonctionnelle, l'évaluation cognitive, la dépression, la dénutrition,

sensorielle, bucco-dentaire et urinaire. Cette évaluation est complète et elle reste le Gold Standard au niveau de l'expertise gériatrique et permet la mise en place secondaire du plan personnalisé de soins (PPS). Cependant cette évaluation n'est pas adaptée au milieu ambulatoire.

La grille Short Emergency Geriatric Assesment (SEGA) (cf Annexe 1) a été élaborée en 2003 et elle se compose de 13 items cotés 0, 1 ou 2 avec un score total compris entre 0 et 26. C'est un outil élaboré et validé pour le service des Urgences. Il existe différents volets. Celui utilisé pour évaluer la fragilité est le volet A (SEGA-A). Les autres volets sont complémentaires. Dans cette évaluation, un score est donné à chaque patient, classant ces patients en différentes catégories : peu fragile, fragile et très fragile. Cette grille peut ainsi être utilisée pour détecter la fragilité puis déclencher par exemple une équipe mobile gériatrique ou adresser le patient en hospitalisation de jour pour faire le bilan et réaliser une évaluation plus approfondie comme l'EGS. Mais le praticien dans le milieu ambulatoire a besoin d'outils rapides et simples pour déterminer si le patient peut intégrer cette évaluation plus approfondie.

Ainsi l'outil SEGAm (Short Emergency Geriatric Assesment modified) (cf Annexe 2) a été développé à partir de cette grille SEGA pour l'adapter au milieu ambulatoire. Certains items ont été modifiés et un volet C supplémentaire a été ajouté. Celui-ci comporte un plan personnalisé de santé. L'outil a été validé par l'équipe du Professeur Novella au centre hospitalier universitaire de Reims et est utilisé par certains réseaux de santé en France.

D'autres outils produits par des équipes de recherche françaises sont soit en cours d'expérimentation, soit déjà validés.

C'est le cas d'une collaboration avec le département universitaire de médecine générale de Toulouse. Celle-ci a permis le développement d'un outil simple et validé pour la médecine de soins primaires : la grille Gérontopôle de Toulouse (cf Annexe 3). Au-delà des items classiques de la fragilité, cette évaluation prend également en compte le ressenti subjectif du médecin traitant.

La grille « ABCDEF » (cf Annexe 4) est un outil composite destiné à évaluer rapidement une personne âgée en milieu ambulatoire [24]. Elle est simple d'utilisation et ne nécessite pas de formation préalable ni de matériel particulier. Le but est de repérer les conditions gériatriques pouvant impacter sur l'espérance de vie, l'indépendance et la qualité du maintien à domicile des personnes âgées. Il regroupe 6 items : A pour Autonomie, B pour BMI (état nutritionnel), C pour Comorbidités, D pour « Drugs » (polymédicamentation), E pour Equilibre postural et F pour Fonctions cognitives. Si le score est supérieur ou égal à 3 alors le patient nécessite une évaluation gérontologique standardisée (EGS). Cependant cet outil ne prend pas en compte la dimension sociale du patient.

Au niveau international, une étude française récente a tenté de comparer dix outils pour repérer les personnes fragiles [25].

Cette étude met en avant l'indicateur de fragilité de Tilburg et le SHARE-FI. Celle-ci regrette le manque de validation des études dans les soins primaires et s'interroge sur le moment le plus adéquat pour la mise en place du questionnaire. Elle soulève également le problème de la sélection des patients fragiles soit en fonction de l'avis du médecin généraliste soit en fonction de l'âge des patients (avec un âge à définir). En outre, l'étude souligne la nécessité d'une meilleure formation des médecins généralistes par rapport à la complexité de la personne âgée ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé.

5) Personne fragile et soins ambulatoires

Le repérage de la fragilité nécessite un test clinique simple, rapide, reproductible et fiable, réalisable en médecine générale [26].

Au vu des contraintes du monde ambulatoire, le repérage doit se faire de façon la plus simple et précoce possible.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le principal défi en matière de soins ambulatoires est le repérage de la fragilité parmi les personnes âgées. Ainsi celle-ci a publié des recommandations pour le repérage précoce des personnes fragiles « *en vue de retarder la dépendance dite évitable et de prévenir la survenue d'événements défavorables. Elle préconise un repérage opportuniste à l'initiative d'un soignant ou d'un intervenant des services d'aide à la personne. »* [23]

En juin 2013 celle-ci publie une fiche pour répondre à « *son organisation et ses modalités en soins ambulatoires* ». [23]

Cette fiche insiste sur l'absence d'un outil de repérage validé par tous et simple d'utilisation en milieu ambulatoire. Celui-ci peut être fait par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours.

La HAS s'oriente vers un « *repérage opportuniste* » pour le professionnel de soins primaires et définit un patient type où les outils de repérage de la fragilité peuvent être utilisés « *les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée* et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité ».

A partir de ce constat, la HAS préconise tout de même un outil : « *Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse correspond à ces critères et il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires* ». Il faut encore le valider de façon prospective.

Une autre orientation est recommandée par l'HAS : développer un outil de repérage pour les travailleurs sociaux et les aides ménagères à domicile.

CHAPITRE II : Le PAERPA

1) Définition

Le concept de parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie (PAERPA) a d'abord été élaboré en 2012 dans la suite du partenariat d'innovation européen pour un vieillissement actif et en bonne santé.

Puis sous l'impulsion du Ministère des Solidarités et de la Santé, il a été déployé en 2014 dans neuf territoires pilotes puis étendu à seize territoires en 2016. Le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a pour but « *d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants »* [27].

Pour l'Agence Régionale de Santé (ARS), le PAERPA se définit ainsi *« la notion de personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est comprise comme l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, autonomes ou non, dont l'état de santé (au sens de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical. »* [28].

Dès lors on comprend la nécessité d'élaborer un programme autour du patient fragile permettant une meilleure coordination et efficience des professionnels de santé, en particulier dans le secteur ambulatoire.

A. Texeira le définit comme « *un projet particulièrement ambitieux de par sa dimension d'intégration des acteurs et de leur action.* » [29].

On admet également que le plan doit faire face à différentes difficultés. En effet, malgré l'évolution des mentalités par rapport au travail pluridisciplinaire, il est impératif d'y trouver l'adhésion des différents professionnels de santé. Ceci engendre une nouvelle façon de travailler avec de nouveaux moyens.

D'autre part, le PAERPA s'appuie sur le Plan Personnalisé de Soins (PPS).

La HAS définit ainsi le PPS : « *Le PPS est un plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité* ». [30]

Et rajoute par rapport au PAERPA « *Dans l'expérimentation PAERPA, le PPS (plan de soins et d'aides) concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité et/ou atteintes de une ou plusieurs maladie(s) chronique(s)*. » [30]

Le PPS aboutit sur diverses actions après concertation entre les différents professionnels, celui-ci fixe des objectifs pour le patient, des actions à réaliser et des réévaluations tout au long de ce PPS.

Mais le PPS ne peut exister sans l'apport des informations émanant des divers acteurs.

Comme l'exprime la définition de la HAS, tout ceci a pour but de formaliser le travail des acteurs de santé mais également mettre en œuvre ou renforcer des interventions visant à éviter ou retarder l'apparition des incapacités et de leurs conséquences.

Le PPS a pour but de faire une prise en charge globale du patient aussi bien médicale, médico-sociale, psychologique voire environnementale en s'appuyant sur les compétences de chaque acteur.

2) Méthodes et objectifs

Le PAERPA est né après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Ce rapport réalisé en 2011 pointait l'insuffisance de coordination des acteurs issus du milieu sanitaire, social ou médico-social autour de la personne âgée fragile [31].

L'objectif principal est d'améliorer la coordination des professionnels et d'aboutir à un travail formalisé qui est celui du plan personnalisé de soins.

Le corollaire est de diminuer les hospitalisations coûteuses « *de dernier recours* » secondaire au manque d'anticipation et de coordination des différents professionnels.

Ces hospitalisations évitables ont engendré un surcoût de plus de deux milliards d'euros sur les dépenses consacrées à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie selon le rapport de la HCAAM. [2]

Le PAERPA est sous la gouvernance des ARS dans chaque « *territoire prototype* ». Celui-ci aspire à « obtenir le bon soin, pour la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et au meilleur coût ». [32].

Il s'appuie sur les structures déjà existantes tels que les réseaux de santé, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les centres locaux d'informations et de coordination (CLIC) et articule la coordination avec pour « *objectif d'accompagner les professionnels dans la prise en charge des situations ressenties comme complexes* ». [33]

Tous ces acteurs ont pour but d'apporter une meilleure continuité des soins aux personnes fragiles et ainsi favoriser le maintien à domicile.

A l'origine, 9 territoires pilotes ont été désigné puis 7 nouveaux territoires ont été ajoutés en 2016 après le Pacte Territoire Santé de novembre 2015.

Concrètement le PAERPA se base sur une coordination clinique de proximité (CCP).

Une CCP se compose au minimum du médecin traitant, d'un infirmier diplômé d'Etat et possiblement d'un ou plusieurs autres professionnels associés (kinésithérapeute, pharmacien, auxiliaire de vie, etc …).

Après le repérage de la fragilité d'une personne (généralement par le médecin traitant), les différents professionnels se réunissent et élaborent le Plan Personnalisé de Santé (PPS) après avoir cerné les principales difficultés du patient.

Il met l'accent sur les quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces personnes fragiles : le risque de chutes, la dépression, la iatrogénie et la dénutrition. Ces quatre facteurs sont évitables grâce à des actions de prévention.

Ce parcours de santé doit permettre une fluidité et une meilleure coordination et éviter les ruptures de soins.

3) Avantages et limites

Pour améliorer la communication entre professionnels, l'ARS souligne « *les évolutions nécessaires autour des systèmes d'information entre professionnels* ». [28]

Selon le sondage de l'Union nationale de professionnels de santé (UNPS), « *le modèle PAERPA ne fait pas ses preuves auprès des professionnels de santé libéraux »*. Celui-ci a été réalisé lors de l'été 2016, et réunissait 1444 professionnels de santé.

Sur les 1444 professionnels de santé, 127 exercent en zone PAERPA, 72 participent au PAERPA, et 20 ont abandonné. Les raisons de cet abandon invoquées sont *« la lourdeur du dispositif, son inutilité et à ses modalités irréalistes »* [34].

Soit 27,8% des professionnels de santé qui ont rapidement abandonné malgré une participation au programme PAERPA.

Selon A. Farnault, chef de projet PAERPA à la direction de la Sécurité sociale, « *l'hétérogénéité des territoires nous a amené à faire évoluer les choses en fonction des besoins. Réduire le programme PAERPA aux seuls résultats des PPS, c'est un peu court de lecture. Le bilan global est encourageant et très riche*. » [35]

A travers ces articles, on observe la différence de ressenti entre les acteurs de santé de proximité et les institutions.

Un rapport intermédiaire de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de juin 2018 évalue les « *premiers résultats* » de l'expérimentation PAERPA. Il tente d'apporter « *un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs.* » Les données ont été recueillies entre 2015 et 2016 « *années de montée en charge des expérimentations Paerpa* ». [36]

La méthode d'évaluation distingue plusieurs niveaux : une évaluation globale du PAERPA avec estimation d'un effet moyen et une évaluation par territoire.

Il y avait 2 grands types d'indicateurs analysés : ceux en rapport avec le recours à l'hôpital (nombre de journées d'hospitalisation par personne âgée, taux de réhospitalisation à 30 jours, hospitalisations non programmées) et ceux en rapport avec l'organisation des soins primaires (hospitalisations potentiellement évitables, passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, polymédication, prescriptions inappropriées).

Ce rapport ne montre pas d'effet significatif global du PAERPA sur les indicateurs étudiés.

Cependant, en fonction du territoire, sur certains indicateurs comme la polymédication et le recours aux urgences, l'effet du PAERPA était significatif. L'IRDES suggère une différence de « *maturité* » entre ces territoires hétérogènes pour expliquer ces résultats.

D'autre part, sur les indicateurs de recours à l'hospitalisation, PAERPA n'a pas eu d'impact significatif quel que soit le territoire.

Il y aurait donc « *d'autres leviers d'action* » potentiels à examiner « *pour faire progresser la coordination ville-hôpital et faire évoluer Paerpa* » selon ce rapport de l'IRDES.

En conclusion de cette première partie, une question centrale demeure par rapport au PAERPA. En effet pour que le plan soit accepté et utilisé par tous, il semble évident d'avoir un outil de communication qui puisse être adapté aux différents professionnels afin d'élaborer et suivre le PPS de chaque patient.

Ainsi à l'heure actuelle, où différents logiciels ont été développés, on peut se demander si un logiciel saura contenter tous les protagonistes.

Dans notre étude, nous allons nous intéresser aux attentes des acteurs de santé dans le secteur ambulatoire par rapport à ces logiciels de communications.

Le logiciel Ligo développé par le groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine leur sera présenté pour exemple. Ce logiciel a été conçu pour améliorer la coordination entre les différents professionnels par rapport au maintien au domicile des personnes âgées.

Il a tout d'abord été développé pour « *les réseaux de santé territoriaux et leurs partenaires* » puis s'est enrichi de l'expérience nationale PAERPA.

Il tente d'être appliqué au milieu ambulatoire. Nous aurons ainsi l'avis des acteurs de terrain sur ce logiciel.

DEUXIÈME PARTIE : ETUDE PERSONNELLE

ARTICLE : QUEL OUTIL INFORMATIQUE POUR LE PARTAGE D'INFORMATION AUTOUR DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA) EN LORRAINE : ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MILIEU AMBULATOIRE.

QUEL OUTIL INFORMATIQUE POUR LE PARTAGE D'INFORMATION AUTOUR DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA) EN LORRAINE : ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN MILIEU AMBULATOIRE.

Q. Delannoy[1], C. Perret-Guillaume[2], P. Di Patrizio[3], L. Martrille[4], O. Bouchy[5], A. Lambert[6]

[1] : Médecin généraliste, Département de Médecine Générale, faculté de Médecine de Nancy.

[2] : Praticien Hospitalier de Gériatrie au CHRU de Nancy, Professeur des Universités de Médecine Interne et de Gériatrie de la faculté de Médecine de Nancy.

[3] : Médecin Généraliste à Dombasle-sur-Meurthe, Professeur des Universités de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Nancy.

[4] : Praticien Hospitalier de Médecine Légale au CHRU de Nancy, Maître de Conférence des Universités de la faculté de Médecine de Nancy.

[5] : Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain, Maitre de Conférence associé au département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Nancy.

[6] : Assistant en oncologie à l'Institut de Cancérologie de Lorraine de Nancy.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant cet article.

Abstract :

Context : The care pathway of elderly person at risk of loss of autonomy needs a more effective coordination between healthcare professionals, leading to keep this fragile population at home. With current technological possibilities, it seems necessary to allow healthcare professionals to communicate with each other and get updated information on the health status of their fragile patients. This would allow early support for these patients in situations at risk of decompensation and thus avoid costly hospital care.

Objective : The aim of this study is to assess the expectations of healthcare professionals in ambulatory care on a technology tool for sharing information concerning the care pathway of elderly patients in risk of loss of autonomy in Lorraine.

Method : Qualitative study conducted by semi-directed interviews.

Results : The multidimensionality of elderly person fragility requires awareness and training in its identification. Coordination between healthcare professionals on the care pathway of elderly person at risk of loss of autonomy needs must be facilitated by technology tools. The constraints of the ambulatory environment are multiple (time constraint, alternative practices, lack of interest, work overload, etc ...). However, some notions seem important for the development of this technology tool: ease of use, succinct information and good responsiveness.

Conclusion : Smartphone application seems to meet many of these characteristics. It can allow access to the patient's home and alert the healthcare professional if necessary. However, it involves resolving connectivity issues of mobile operators. The information thus collected in the communication software will implement the personalized care plan and will make it possible to monitor and re-evaluate the actions taken for these fragile patients.

Résumé :

Contexte : Le parcours de la Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) vise une coordination plus efficace entre les différents acteurs de la prise en charge des patients de plus de soixante-quinze ans en perte d'autonomie et leur maintien à domicile. Avec les possibilités technologiques actuelles, il parait nécessaire de permettre aux professionnels de santé de communiquer entre eux et avoir une information actualisée de l'état de santé des patients fragiles. Ceci permettrait un accompagnement précoce de ces patients lors des situations à risque de décompensation et ainsi d'éviter une prise en charge hospitalière coûteuse.

Objectif : Quel outil informatique envisager pour le partage d'information autour du parcours de la Personne Agée En Perte d'Autonomie (PAERPA) en Lorraine : mesurer les attentes des professionnels de santé en ambulatoire.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés.

Résultats : Le caractère multidimensionnel de la fragilité des personnes âgées nécessite une sensibilisation et une formation à son repérage. La coordination entre les professionnels autour du parcours de la personne âgée doit être facilitée par les logiciels. Les contraintes du milieu ambulatoire sont multiples (contrainte de temps, pratiques alternatives, manque d'intérêt, surcharge de travail, etc …). Cependant quelques notions semblent importantes pour le développement de ce logiciel : une simplicité d'utilisation, des informations succinctes et une bonne réactivité.

Conclusion : L'application sur smartphone paraît répondre à plusieurs de ces caractéristiques. Elle peut autoriser un accès au domicile du patient et alerter le professionnel si besoin mais implique de résoudre les problèmes de connectivité à un opérateur mobile. Les informations ainsi collectées dans le logiciel de communication alimenteront le plan personnalisé de santé et permettront de suivre et réévaluer les actions menées auprès de ces patients fragiles.

Mots clés : personne âgée, fragilité, logiciel de communication, médecine générale, coordination

1) Introduction

A travers les données de la littérature, on peut se rendre compte que le projet est pertinent et nécessaire à la réalité du terrain. Cependant la question centrale d'un logiciel adapté à tous les professionnels de santé en soins primaires revient souvent comme vital pour la réalisation et pérennisation de ce type de projet.

Une citation récente résume bien les différents obstacles des libéraux à l'utilisation de ces logiciels de communication : *« L'absence de logiciel interprofessionnel commun et adapté à l'exercice coordonné hors les murs, dénoncée par l'UNPS, est-elle au final le vrai point noir ?* […] *Nous demandons la mise à disposition d'outils communs et interopérables »* [1].

Or pour le moment les différents logiciels développés dans les régions rencontrent plus ou moins de succès.

Souvent ces logiciels ont été d'abord développés dans le monde hospitalier puis transposés dans le monde ambulatoire. Cependant on peut se demander si les attentes et les exigences de l'environnement hospitalier sont bien les mêmes que celles du monde ambulatoire.

Ainsi le but de cette étude est de connaitre les attentes et les réticences de chaque acteur des soins primaires ambulatoires afin de créer un logiciel qui leur soit adapté et non pas imposé.

2) Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de professionnels de santé en Lorraine, de préférence exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Le recrutement des intervenants s'est fait par appel téléphonique au sein de MSP reparties sur le territoire lorrain. Nous avons cherché à créer une répartition homogène entre les groupes de professionnels (âge, sexe, lieu d'exercice, profession, département).

Nous avons laissé la possibilité aux participants d'être interviewés sur place ou par l'intermédiaire du téléphone avec un enregistrement de la conversation par dictaphone.

Les entrevues ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes et si nécessaire des questions de relance.

Le logiciel de communication Ligo a été présenté aux participants. Ce logiciel a été développé par le groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine et est utilisé sur une partie de la région Lorraine dans le cadre du développement du dispositif Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Cette partie a permis d'exposer aux professionnels un exemple concret d'un logiciel de communication actuellement disponible sur le marché et d'avoir leur ressenti.

Cette présentation du logiciel s'est faite soit directement sur leur ordinateur si l'entretien était présentiel, soit à distance par l'intermédiaire du logiciel de contrôle à distance Team Viewer si l'entretien se faisait par voie téléphonique.

Le guide d'entretien était composé de douze questions (tableau 1). Celui-ci se dichotomisait en trois grandes parties. Une première partie était intitulée « *Connaissance »* et une seconde partie nommée « *Pratique* ». Enfin la particularité de ce guide était représentée par la troisième partie intitulée « *Connaissance du Logiciel Ligo / Avis* ».

Tableau 1 : Guide d'entretien

Connaissances
1) Avez-vous déjà entendu parler du dispositif PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ? Quel est pour vous la définition d'une personne fragile ?
2) Connaissez-vous un logiciel de communication entre professionnels de santé concernant ce type de patients ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Si non, est-ce que ceci vous paraît utile ?
3) Connaissez-vous le plan personnalisé de santé (PPS) ? Si non : question suivante Si oui : L'avez-vous déjà utilisé ? Si oui, qu'en pensez- vous ? Si non, pour quelles raisons ?
Pratique
1) Dans votre pratique quotidienne, pensez-vous utile d'avoir un outil de communication vous permettant de signaler et remonter les informations importantes concernant un patient fragile ? Pourquoi ?
2) Quels types d'informations souhaitez-vous communiquer ? Avec quels professionnels ? Avec le réseau de santé ? Et l'hôpital et les Urgences ?
3) Seriez-vous prêt à en utiliser un ? Pourquoi ?
4) Avez-vous l'habitude de gérer seul ce genre de patients ? Faites-vous des réunions pluriprofessionnelles par rapport à ces patients ?
5) Quels sont vos attentes par rapport à cet outil ? Quels sont vos réticences à son utilisation ?
Connaissances du logiciel Ligo et avis
1) Avez-vous déjà entendu parler du logiciel Ligo ?
2) Que pensez-vous de l'interface du logiciel ?
3) Trouvez-vous qu'il est adapté à votre pratique quotidienne ?
4) Ce logiciel pourrait-il correspondre à vos attentes ? Seriez-vous prêt à l'utiliser ?

Chaque entretien semi dirigé a été enregistré par dictaphone et anonymisé. Chacun des discours a été retranscrit mot à mot.

Chaque verbatim a ainsi été analysé et intégré tout d'abord dans un tableau de décontextualisation puis un regroupement de ces tableaux a permis de réaliser un tableau global d'encodage. Celui-ci a été validé par le directeur de Thèse et le Thésard lors d'une triangulation des données.

3) Résultats

a) Population de l'étude

Les interviews se sont déroulés d'octobre 2017 à août 2018. Les entretiens avaient une durée d'environ quinze à vingt minutes.

La population de l'étude était représentée par des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant de préférence en Maisons de Santé pluri-professionnelles (MSP) en Lorraine.
La répartition des professions a tenté de rester équilibré à la fois entre les professions médicales et paramédicales et dans les différents départements lorrains : Meurthe-et-Moselle, Moselle, Meuse, Vosges.

Nous sommes arrivés à saturation des données à partir du dix-neuvième participant et nous avons interrogé trois participants supplémentaires pour confirmer cette saturation des idées.

Le tableau 2 retranscrit les caractéristiques des différents participants de l'étude.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Nom	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Profession	Département
M1	56 ans	H	Semi-rural	Médecin	54
M2	53 ans	H	Rural	Médecin	55
M3	64 ans	F	Rural	Médecin	88
M4	31 ans	H	Rural	Médecin	55
M5	54 ans	F	Semi-rural	Médecin	54
M6	61 ans	H	Semi-rural	Médecin	57
M7	41 ans	H	Rural	Médecin	55
M8	63 ans	H	Rural	Médecin	57
M9	63 ans	H	Semi-rural	Médecin	54
M10	60 ans	F	Semi-rural	Médecin	54
P1	40 ans	H	Rural	Pharmacien	55
P2	38 ans	H	Urbain	Pharmacien	54
P3	39 ans	H	Urbain	Pharmacien	88
P4	31 ans	H	Urbain	Pharmacien	57
S1	40 ans	F	Semi-rural	SSIAD*	88
S2	28 ans	F	Urbain	SSIAD*	54
S3	44 ans	F	Semi-rural	SSIAD*	57
I1	45 ans	H	Semi-rural	Infirmier	55
I2	40 ans	F	Urbain	Infirmière	54
K1	28 ans	H	Urbain	Kinésithérapeute	88
K2	27 ans	F	Urbain	Kinésithérapeute	54
K3	32 ans	H	Semi-rural	Kinésithérapeute	55

* : Infirmière coordinatrice du SSIAD

Dans notre échantillon, la moyenne d'âge était de 44,5 ans. La répartition entre hommes et femmes était la suivante : 63,6% d'hommes et 36,4% de femmes.

Les médecins représentaient 45,4% du total des professionnels.

La répartition des professionnels en fonction des départements était la suivante : la Meurthe-et-Moselle avec 36,3 % de l'effectif total, la Meuse avec 27,3 % de l'effectif total et la Moselle et les Vosges avec chacun 18,2 % de l'effectif total.

Enfin les professions médicales (médecins et pharmaciens) étaient les plus illustrées avec 63,6% contre 36,4% pour les paramédicaux.

L'analyse des interviews avec leur retranscription, l'encodage puis la triangulation a permis de faire émerger quatre grands thèmes.

b) Les différentes approches de la fragilité par les professionnels de santé

1. La fragilité est multidimensionnelle

Le contexte environnemental dans la fragilité avait une part importante « *on leur pose des questions globales sur leur environnement »* (S1L18-19), « *on voit le contexte quand on se déplace à domicile »* (K2L17). Ceci pouvait aussi bien toucher « *l'état de son appartement »* (I2L23) mais « *aussi tout ce qui est précarité »* (S2L21).

L'isolement était plus particulièrement invoqué avec des personnes fragiles vu comme des « *personnes âgées qui sont seules à domicile* » (M8L18) ou de préciser « *quand il y a un bon entourage familial vraiment aidant, le patient est moins fragile qu'un patient isolé »* (S3L21-22).

Ainsi l'entourage jouait un rôle important dans la fragilité « *après ça peut arriver qu'en parlant avec l'entourage, une personne qui met le doigt sur quelque chose qu'on n'aurait pas vu »* (P3L31-32) et même aider à la prise en charge « *j'avais une famille présente, on a fait le point, on a mis en route, on a fait le plan APA »* (M5L112-113).

Mais la fragilité dépendait également des pathologies du patient, la personne est « *fragilisée par des pathologies particulières »* (P3L17) et elle avait des « *déficiences par rapport soit à des pathologies* » (M6L14). Elle était ainsi souvent suivie « *par rapport à une maladie chronique »* (I1L13).

En conséquence de ces pathologies, « *le risque de décompensation est important* » (M7L12) et par exemple « *une grosse pathologie bronchique chez un insuffisant cardiaque* » (P1L23) pouvait être un facteur aggravant et majorer le risque « *d'hospitalisation aussi »* (M3L17).

L'âge avait un rôle majeur dans la fragilité « *sans pathologie particulière on a surtout l'âge qui finit par devenir une pathologie générale* » (P3L23-24). La définition de l'âge restait complexe avec pour certains « *une personne âgée de plus de 75 ans* » (I2L12) et pour d'autres « *une personne de plus de 60 ans* » (S2L12).

La fragilité aurait une dimension psychosociale avec des « *difficultés d'accès aux soins* » (M7L14) ainsi « *on a des gens très fragiles par leur précarité sociale en fait, cela entraine peu ou pas d'accès aux soins par méconnaissance* » (S3L23-24). Donc pour certains professionnels la personne fragile n'aurait « *pas les aides suffisantes psychosociales* » (M6L18).

La fragilité se rapprochait de la vulnérabilité « *je préfère souvent le terme de vulnérabilité* » (M2L17). La personne fragile « *C'est une personne vulnérable* » (S1L12).

D'autres allaient plus loin en parlant de dépendance vis-à-vis de la fragilité et la voyait comme « *une perte d'autonomie »* (M2L14) voire « *pour moi c'est la dépendance* » (M9L12). On pouvait donc voir la personne fragile comme une personne « *incapable de se gérer toute seule »* (M10L13) mais également « *C'est une personne dépendante d'un tiers »* (I1L12).

Enfin un défaut d'adaptation au stress se rapportait à la fragilité avec des patients « *qui ont quasiment aucun traitement et qui au moindre écueil risquent de se dégrader très vite* » (P3L26) ou il suffisait d' « *un élément interférant dans une pathologie équilibrée* » (P1L22-23). Il y aurait donc un « *défaut de résilience* » (M6L23) chez la personne fragile.

2. Repérer la fragilité

Une partie des professionnels utilisaient une grille de repérage pour la fragilité « *il existe évidemment des grilles de repérage* » (P1L17) avec l'utilisation de « *la grille G8 et la grille SEGA* » (M6L28) ou « *avec la grille de dépendance AGGIR entre 1 et 4 et avec une grille SEGA supérieure à 11* » (S2L12-13).

Pour d'autres la fragilité dépendait de l'impression clinique « *évidemment la clinique* » (M4L16) ou alors « *Au feeling* » (M10L17). D'autre part « *Il y a le critère visuel, on voit la tête du patient, son état physique »* (K3L21).

Enfin **une situation complexe** peut servir de repérage de la fragilité « *à partir du moment où j'estime que ça devient compliqué* » (M8L54-55).

3. Regard sur les outils de prise en charge des personnes fragiles

Une grande partie des professionnels **connaissaient le PAERPA** « *Oui, je suis sur une zone de déploiement* » (S3L8) mais pour certains cela restait **approximatif** « *c'est quelque chose qui s'est mis en place mais de quelle manière il est restitué dans la pratique, ça je ne sais pas »* (P3L8-9), d'autres n'en avaient jamais entendu parler « *Pas du tout »* (K3L9).

Le plan personnalisé de santé (PPS) était également connu d'une grande partie des professionnels « *Le fameux PPS* » (P1L64) « *Il y a plusieurs plans de soins, nous on en fait en SSIAD »* (S3L58) mais cela restait également **évasif** pour certains « *Toujours pareil, de nom* » (P3L60) « *Ca me dit quelque chose, mais alors, j'en ai entendu parler* » (I2L54).

L'intérêt du PPS était limité « *en fait par manque de temps souvent on signe sans regarder, je sais qu'elles suivent et puis…* » (M8L45-46) et **la plupart ne l'utilisait pas** « *je ne l'ai jamais utilisé »* (I2L55) « *moi je n'ai pas eu l'occasion d'avoir des patients en commun encore* » (S3L66-67).

Pour d'autres le PPS était **un outil créé pour les réseaux de santé** « *développé notamment par les réseaux et qui a été expérimenté par les réseaux qui se sont appropriés l'outil* » (M2L63-64) et le PPS nécessitait **une formation** « *il faut une formation initiale pour pouvoir se l'approprier »* (M2L66-67) avec pour but **d'améliorer la prise en charge globale du patient** « *ça permet de prendre mieux en charge à mon avis le patient* » (P2L52) « *ça permet de mettre en contact la personne fragile avec un système* » (M9L46-47).

Quelques professionnels étaient septique avec un PPS qu'ils jugeaient **trop chronophage** *« pour faire une synthèse de plan personnalisé ça prend déjà pratiquement trois bons quarts d'heure, une heure »* (M7L47-48) voire certains regrettaient **un manque d'échange** « *après pour les échanges, je pensais qu'il y en aurait plus entre les professionnels* » (P2L52-53) et même **un modèle inadapté au RCP** « *c'est vrai que c'est très très long à mettre en place et ça correspond pas au modèle de RCP qu'on voulait mettre en place* » (M7L46-47).

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) étaient plébiscitées par une partie des professionnels « *de moins en moins seuls et de plus en plus en réunions pluri professionnelles* » (M2L166) « *toutes les semaines on a une RCP avec l'équipe pluri disciplinaire* » (K3L105-106) même si certains préféraient **le travail individuel** « *Non, moi je travaille toute seule si on peut dire »* (K2L76) « *Honnêtement, on n'a quasiment jamais de réunions* » (P4L88).

Le problème des RCP était surtout **organisationnel** « *mais évidemment tout le monde n'est pas là car c'est le soir* » (M4L95) « *là on s'aperçoit que ça part dans tous les sens* » (M7L192) et parfois de reprocher **leur manque de formalisme** « *mais ils ne sont peut-être pas suffisamment formalisés* » (P1L106-107).

Tableau 3 : Les différentes approches de la fragilité par les professionnels

La fragilité est multidimensionnelle	Repérer la fragilité	Regard sur les outils de prise en charge des personnes fragiles
contexte environnemental	grilles de repérage	PAERPA : bonne connaissance, connaissance approximative
isolement	impression clinique	PPS : bonne connaissance, notion évasive, intérêt limité, pas d'utilisation, outil créé pour les réseaux de santé, nécessité de formation, amélioration de la prise en charge du patient, trop chronophage, manque d'échange, modèle inadapté au RCP
entourage	situation complexe	RCP : utilité, préférence pour un travail individuel, problème organisationnel, manque de formalisme
pathologies		
âge		
dimension psychosociale		
vulnérabilité		
dépendance		
défaut d'adaptation au stress		

c) Les professionnels et les logiciels de communication autour de la personne fragile

1. Intérêt pour ces outils de communication

Les logiciels pouvaient répondre à **un besoin de partage de l'information et de coordination** avec les autres professionnels « *l'idée de communiquer, le partage de données avec tous les gens dans la boucle* » (M1L114-115) « *C'est intéressant de faire le lien, de bien transférer les informations d'un praticien à l'autre »* (P4L33-34). Une partie des professionnels souhaitaient « *produire des données échangeables* » (M2L160).

L'échange d'information paraissait ainsi primordial pour limiter les erreurs « *nous, plus il y a d'informations plus on va savoir quelles sont les erreurs à ne pas faire, ça va nous baliser le parcours dans l'intérêt du patient »* (P3L55-56). Certains souhaitaient « *un réseau plus soudé entre professionnels de santé* » (I2L129-130) grâce au logiciel dans le but de « *surtout une meilleure coordination* » (M4L99) et ainsi « *de faciliter le travail d'équipe* » (M8L110).

Par conséquent quelques freins à la communication pourraient être amoindris « *ça permettrait d'échanger, je trouve qu'on a des grosses difficultés nous à échanger avec les médecins traitants »* (K1L33-34) et au final « *échanger entre collègues, pour lever les barrières qu'il peut y avoir, se rapprocher tout simplement* » (S1L95-96).

L'intérêt d'un logiciel commun informatisé était plébiscité par une partie des professionnels de santé « *un logiciel commun, cela me parait intéressant* » (M6L63-64) mais aussi d'approuver le support informatique « *un support informatique serait le bienvenu »* (P2L57) et certains étaient déjà équipés du matériel nécessaire « *pourquoi pas, on a toujours des téléphones sur nous, c'est notre outil de travail* » (I2L109).

Le logiciel permettrait une meilleure réactivité dans le cadre d'alerte « *Pour être plus réactif ; cela peut être un plus, oui »* (M3L78) « *faire intervenir la bonne personne plus vite, pas forcément le médecin d'ailleurs »* (M3L134-135) « *ce serait intéressant d'échanger tout de suite, dès que ça se dégrade il faudrait pouvoir échanger »* (S1L53).

Cela pouvait aussi être intéressant d'un point de vue pratique « *c'est de prévenir tout le monde que ce n'est pas la peine de passer parce que le patient n'est pas là* » (I1L94-95) et toujours dans le but d'une meilleure prise en charge du patient « *Je pense que ça nous permettrait d'adapter au mieux les séances au jour le jour »* (K2L61).

Une meilleure disponibilité de l'information « *bien sûr à 13h il n'y a personne, donc c'est très utile »* (M2L89-90) autorisait un travail facilité au quotidien « *un outil informatique me permettrait de travailler en décalé* » (M4L80).

Cette disponibilité pourrait améliorer la communication avec les Urgences « *on téléphone par exemple aux secours et qu'ils nous demandent les antécédents, nous on a accès à rien du tout »* (I2L38-39) mais aussi avec les autres professionnels en général « *un logiciel permet de communiquer aux heures où les autres ne sont pas là* » (M9L111) « *quand le praticien n'est*

pas sur place, l'impossibilité de se joindre, surtout quand il y a une urgence, maintenant tout est connecté donc plus rapide » (P4L56-57).

Le fonctionnement de la permanence des soins pourrait être optimisé « *ça pourrait beaucoup fluidifier l'accès des infos du domicile par les médecins urgentistes* » (S3L136-137) ou pour « *un patient pris en charge dans le week-end par un autre médecin »* (M6L135).

2. Les freins à l'utilisation des logiciels

Un problème générationnel était observé par rapport à ces logiciels « *moi je suis de la vieille génération* » (M6L69-70) et même certains ne se sentaient plus concernés « *je pense que c'est votre avenir à vous, moi je suis d'un autre monde* » (M6L98-99).

A l'opposé certains professionnels se projetaient dans l'avenir « *et plus on va avancer dans les générations à venir plus ou moins ça dérangera, je pense, parce que tout le monde maîtrisera vraiment bien »* (K1L120-121-122).

La barrière de l'informatique pouvait y contribuer « *Je ne suis pas spécialement ordinateur, j'aime mieux avoir au téléphone et je réponds* » (M10L55-56) et ainsi l'informatique pouvait être ressentie comme une contrainte « *l'informatique on en fait déjà plein, le temps de se loguer etc...* » (M5L74-75).

Nous pouvions noter **un manque d'intérêt pour l'utilisation des logiciels** « *ne l'utilisant pas je n'ai pas besoin de le connaître »* (M3L23-24) voire de l'agacement « *je réponds à votre thèse, mais c'est vrai que je ne me sens pas dans le truc* » (M3L64) et des **doutes sur l'amélioration de la prise en charge du patient** « *je ne suis pas convaincu que nos patients aillent plus souvent aux urgences ou ce soient retrouvés dans des conditions un peu lamentables »* (M1L108-109).

Finalement certains protagonistes essayaient de trouver une justification à ce manque d'intérêt par **la proximité de l'exercice** « *on est dans un petit village, on est tous au même endroit, donc on n'a pas besoin d'un logiciel »* (M10L31-32).

Le défaut de consultation des informations semblait freiner certains professionnels « *mais je sais pas si l'infirmière l'a bien pris en compte, donc il y a le retour qui posera problème* » (M6L72-73) « *j'aurais toujours le souci de savoir si c'est bien enregistré* » (M9L122-123) et le risque de ne plus relever l'information risquait d'augmenter « *finalement on ne consulte plus parce que le surplus d'informations fait que l'information importante ne ressort pas* » (M7L77-78).

Les logiciels étaient **trop chronophages** « *on n'a pas toujours le temps, je veux dire un temps de consultation s'il faut passer une demi-heure avec le patient et repasser un quart d'heure après le soir »* (M1L153-154) et risquaient de provoquer **une surcharge de travail** « *mon SSIAD est tout le temps complet, je suis autorisée 45 places et 30 personnes en attente et je*

me demande comment je vais faire si je suis sollicitée par la PAERPA » (S3L68-69) mais également « *que ça engendre des réunions en plus* » (M8L105).

Ainsi les contraintes du monde libéral ne semblaient pas toujours compatible « *mais il faut avoir le temps d'aller rentrer ces données-là, et nous, professions libérales, on n'a pas forcément le temps »* (I1L34-35).

Le risque de **double saisie des informations** « *c'est pas motivant, on rentre les trucs et après il faut refaire à la main donc pas de double saisie* » (M1L62-63) « *c'est la double saisie, on est sur des données qui sont rarement interfaçables d'une plateforme à l'autre* » (M7L34-35) pouvait engendrer **la peur d'une lourdeur administrative** « *des tas de pages administratives en plus »* (M3L148-149) « *que ce ne soit pas encore une couche administrative comme on sait le faire en France* » (M4L100) jusqu'à émettre des reproches « *on ne peut pas continuer à remplir des paperasses, des paperasses, toujours plus de papiers »* (M8L102-103).

3. Des pratiques alternatives aux logiciels

L'utilisation du téléphone était une pratique courante « *l'infirmière me téléphone »* (M6L65) « *c'est assez bien par téléphone »* (M6L69) « *on envoie des SMS des fois* » (M1L173) « *j'échange régulièrement par téléphone, il y a le côté humain, on se connaît, on se fait confiance, c'est rassurant pour tout le monde »* (S1L77-78).

D'autres utilisaient **le cahier de liaison au domicile** du patient « *j'écris un petit mot dans le dossier du SSIAD ou de ceux qui interviennent à domicile, voilà, j'ai passé mon petit coup de fil »*(M5L140-141) « *on fait un cahier à domicile* » (M6L61).

La rencontre « *disons que dans les petites communes comme chez nous le médecin et le kiné se croisent souvent, on reste assez proches entre professionnels et on n'utilise pas forcément de logiciel* » (K3L37-38) « *on en profite pour boire un café* » (M6L111) « *on se voit en général entre midi autour d'un café ou quoique ce soit et on dit tient tel patient ça pose problème* » (M5L91-92).

Parfois les discussions se produisaient dans des lieux inadaptés « *nous avons même eu une remarque de l'ARS parce que on avait parlé sur le parking, il faut le faire à l'intérieur des locaux »* (M10L24-25).

Enfin **le secrétariat** était également un lieu d'échange « *ou alors bien souvent ça se passe dans le bureau du secrétariat médical et on discute en tête à tête avec le médecin concerné ou l'infirmier ou un autre intervenant »* (K3L108-109).

L'utilisation des réseaux de santé pour gérer les patients fragiles « *S'il n'y a pas de famille je vais faire appel au réseau local »* (M5L116) « *Je ne gère pas directement, je fais un signalement au REGESA*, réseau de maintien des personnes âgées sur le secteur* » (M8L52-53) et permettre de faciliter la relation avec le milieu social « *on a du mal sans l'intervention*

du réseau d'aller chercher une communication franche claire nette précise entre les intervenants médico sociaux et médicaux » (M7L57-58).

Ainsi le logiciel pourrait être articulé avec les réseaux « *ça doit s'interfacer forcément avec le réseau un logiciel comme ça »* (M7L144).

L'utilisation de l'hospitalisation à domicile (HAD) « *nous ici en HAD, c'est nous qui gérons tout »* (M6L106) « *si besoin on fait appel à l'HAD, l'hospitalisation à domicile en lien avec le médecin traitant* » (I2L120).

* Réseau de santé du Saulnois

4. Souhait pour l'avenir des logiciels

La simplicité d'utilisation du logiciel « *qu'il soit vraiment simple d'utilisation* » (M5L122) « *la praticité du logiciel et la simplicité d'utilisation* » (P2L98) ne devait pas se faire au détriment d'une **sécurisation des données** « *il faut des choses très sécurisées* » (M3L88) « *qu'il n'y ait pas de piratage ou que quelqu'un voit des choses qu'il ne doit pas voir »* (I2L130-131).

La mise en place d'alertes pour prévenir rapidement le professionnel était soulignée « *des alertes* » (M4L99) « *donc des fois quand on voit quelque chose pouvoir alerter les autres paramédicaux et le médecin* » (K2L70-71).

Une interopérabilité avec les autres logiciels était récurrente « *il faudra trouver un système d'interopérabilité* » (M1L60) « *mais il faudrait que ce soit un logiciel compatible avec nos logiciels métier* » (S3L48) « *Nous ce qu'on veut, c'est une interconnexion entre différents logiciels »* (I1L80).

Des professionnels espéraient **une application sur smartphone** pour faciliter l'accès au logiciel « *les applications sur mobile, c'est génial* » (I2L45) « *il faudrait qu'il soit portable, donc qu'il soit sur téléphone portable, vu qu'on fait pas mal de domicile* » (K3L121-122) « *L'idéal ce serait d'avoir une application par exemple sur smartphone* » (K2L38).

Les informations du logiciel devaient être pratiques et succinctes « *que ce soit assez succinct »* (M4L104) « *avoir un dossier médical clair, avec les antécédents, le traitement à jour, avec des n° de téléphone de la famille, et pour les autres médecins aussi »* (I2L127-128) « *là en quelques clics, cela permet d'avoir l'historique de la personne, un suivi plus approfondi »* (P2L66-67).

Une structuration de l'information avant son intégration semblait importante « *un système de filtre c'est-à-dire que hiérarchiquement chaque professionnel de santé fasse le filtre de celui qui lui remonte l'information avant* » (M7L70-71) « *la grosse angoisse sur le plan médical avec un logiciel comme ça, c'est le jour où les gens se l'approprient vous avez 20 pages d'informations* » (M7L97-98-99) « *Il faudrait qu'il y ait des filtres en fonction des*

professions » (P2L76) « *qu'il y ait des infos segmentées en fonction de l'activité de chacun* » (P2L99-100).

L'utilisation du logiciel devait se faire par l'ensemble des professionnels « *qu'il y ait une utilisation commune* » (M7L201) « *Le logiciel, les professionnels l'ont mais ils ont beaucoup de mal à l'utiliser »* (P1L107-108) « *ce que je souhaite c'est que tous les professionnels le remplissent…* » (S2L135-136) avec **une formation des professionnels à son utilisation** « *que tout le monde sache comment l'utiliser ou mettre l'information comment la diffuser* » (M7L201-202).

Tableau 4 : Le rapport des professionnels de santé par rapport au logiciel de communication

Intérêt pour ces outils de communication	Les freins à l'utilisation des logiciels	Des pratiques alternatives aux logiciels	Souhait pour l'avenir des logiciels
besoin de partage de l'information et de coordination	problème générationnel	utilisation du téléphone	simplicité d'utilisation
intérêt d'un logiciel commun informatisé	barrière de l'informatique	cahier de liaison au domicile	sécurisation des données
meilleure réactivité dans le cadre d'alerte	manque d'intérêt pour l'utilisation des logiciels	rencontre	mise en place d'alertes
meilleure disponibilité de l'information	doutes sur l'amélioration de la prise en charge du patient	secrétariat	interopérabilité avec les autres logiciels
	proximité de l'exercice	utilisation des réseaux de santé	application sur smartphone
	défaut de consultation des informations	utilisation de la HAD	Informations pratiques et succinctes
	chronophage		structuration de l'information avant son intégration
	double saisie des informations		utilisation du logiciel par l'ensemble des professionnels
	surcharge de travail		formation des professionnels à son utilisation
	peur d'une lourdeur administrative		

d) Accès et partage de l'information autour du logiciel

1. Accès à l'information

Une partie des professionnels avaient **un besoin de restriction de l'accès à l'information** « *mais il faut mettre en place des garde-fous* » (P3L148-149) **à adapter en fonction du besoin** « *c'est à dire que si on demande un SSIAD, oui, il y aurait une diffusion aux aides soignantes, si par exemple on demande de la rééducation physique adaptée Siel Bleu, là il n'y a pas grand intérêt »* (S2L97-98-99) « *il y a des choses auxquelles je n'ai pas envie d'avoir accès* » (M9L80-81) **ou selon le corps de métier** « *mais par contre d'un corps de métier par rapport à un autre, on peut éventuellement mettre des restrictions* » (I1L171-172).

Au contraire, d'autres ne souhaitaient **aucune restriction d'accès** « *je n'imagine pas de restriction »* (M6L80) « *Je pense que la place, elle doit être complète* » (M7L117) aussi bien avec **le milieu hospitalier** « *Oui, au contraire, l'hôpital doit avoir accès aux infos* » (P2L81) « *avec l'hôpital, les urgences, le réseau de santé là je suis tout à fait d'accord »* (M9L84) mais également avec **la MSP** « *on partage avec toute l'équipe* » (M1L116-117) « *c'est travailler avec l'ensemble de l'équipe, le kiné, l'infirmière, les autres médecins* » (M8L62-63).

L'intimité des aides à domicile ou des aides-soignantes avec le patient « *elle sait pertinemment à la limite presque plus de choses intimes que nous quelques fois* » (M6L85-86) « *un maillon important dans la fragilité de la personne âgée à domicile par exemple, c'est elles qui voient si c'est le chat qui mange les repas ou si c'est la personne* » (M3L96-97-98) pourraient leur permettre **un accès à certaines informations** « *Les petites informations limitées au niveau de l'alimentation par exemple seraient bien* » (I2L97-98) « *mais il y a un certain nombre d'informations que les aides-soignantes se doivent de connaître »* (P1L96-97).

L'accès de la personne de confiance ou la famille au logiciel a été évoqué « *le garant du maintien à domicile de la personne fragile puisse rentrer dedans »* (M6L144-145) « *Il faudrait peut-être même donner un accès à la famille »* (M4L73) et d'autres logiciels intégraient déjà cela « *il englobait le patient, la famille pouvaient mettre des choses également* » (I1L43-44).

2. Partage de l'information

Le partage de l'information avec le milieu hospitalier devait être amélioré « *on a des retours de patients et on n'a pas toujours les comptes-rendus d'hospitalisation qui nous arrivent rapidement, si l'on avait une plateforme pour consulter ce serait sympa »* (K1L79-80-81) « *quand ils partent aux urgences, finalement on ne donne pas beaucoup d'informations »* (S1L66-67) même si pour certains il y avait **un manque de légitimité de l'hôpital dans la communication de l'information** « *Je ne vois pas trop ce que l'hôpital vient faire là dedans* » (M3L105) « *je ne vois pas pourquoi je partagerai mes informations avec un autre organisme, ça ne m'intéresse pas* » (K3L89).

Le secret médical pouvait être une barrière au partage « *Ma grosse réticence c'est la confidentialité, mais c'est à chaque destinataire de l'information de respecter le secret médical* » (P3L175-176) « *Il y a le secret médical, et comme tout logiciel, il faut des restrictions* » (M9L80) mais pour d'autres cela ne constituait **pas un obstacle au partage** « *c'est un combat d'arrière garde* » (M6L85) « *qu'on puisse tous communiquer à différents niveaux par rapport au cas du secret professionnel* » (S3L164-165).

Les informations connues étaient différentes selon les professionnels « *les patients ne disent pas toujours la même chose à leur médecin qu'à leur kiné* » (M4L72) « *elles les ont peut-être déjà et moi je ne les ai pas »* (M2L117).

Le partage d'information pouvait être soit **d'ordre médicosocial** grâce au logiciel « *Ce serait pas mal de mettre en place une partie sociale, pour les autres intervenants à domicile »* (I2L87-88) « *c'est forcément médicosocial »* (M6L78) ou **d'ordre médical** « *Plutôt médical* » (M9L71) « *après nous ça doit être essentiellement d'ordre médical* » (P4L64-65).

Tableau 5 : Accès et partage de l'information autour du logiciel

Accès à l'information	Partage de l'information
restriction de l'accès en fonction du besoin	amélioration du partage avec l'hôpital
restriction de l'accès en fonction du corps de métier	manque de légitimité de l'hôpital dans la communication
aucune restriction d'accès avec la MSP	le secret médical est une barrière au partage
aucune restriction d'accès avec l'hôpital	le secret médical n'est pas une barrière au partage
accès de la personne de confiance ou de la famille	informations connues différentes selon les professionnels
accès à certaines informations des aides soignantes ou aides à domicile	partage d'informations médicosociales
	partage d'informations médicales

e) Le logiciel Ligo vu par les professionnels de santé libéraux

1. Freins à l'utilisation de Ligo

Le premier frein à l'utilisation du logiciel Ligo était **la méconnaissance** de celui-ci « *Absolument pas »* (M4L111) « *Non, c'est la 1ère fois »* (K1L114).

D'autre part, certains relevaient **des difficultés d'utilisation** de ce logiciel « *logiciel ne me parle pas sur un plan pratique »* (M6L160) « *personnellement je n'ai jamais pu le faire fonctionner »* (M2L205).

En outre, on notait **un manque d'intérêt** d'une partie des interrogés « *je ne suis jamais allé voir ce qu'était ce logiciel »* (M6L196-197) et même de refuser son utilisation « *Même gratuit je ne le prends pas »* (M10L111).

On pouvait également retrouver les mêmes reproches générés par les logiciels en général comme **un aspect trop chronophage** du logiciel « *après moi je ne suis plus capable le soir de me mettre sur un logiciel et taper des trucs, il y a un problème de temps à dégager »* (M8L143-144) « *je passe mon temps à remplir des grilles et des éléments comme cela au détriment du patient »* (M6L164-165) « *on va pas faire au lit du patient parce qu'on en a aura encore 6 autres à voir derrière »* (M5L137-138).

Il existait également le problème de **la double saisie, voire de la redondance** des informations « *s'il faut que chacun remplisse le dossier Ligo en plus de son propre dossier »* (I2L156) « *déjà pour nous, cela fait double emploi, ce que l'on a déjà notifié sur nos dossiers »* (S1L110-111).

L'absence d'interfaçage du logiciel avec le progiciel était soulignée « *si j'avais dans mon outil professionnel un petit onglet avec une petite icône comme on a pour un DMP »* (M2L276-277) « *l'idéal ce serait d'avoir une case Ligo dans notre logiciel métier »* (M9L148).

On pouvait également noter chez une partie des interviewés **une certaine méfiance d'ordre administratif** envers le logiciel « *Espèce de suivi et de traçabilité pour la sécu, pour l'ARS »* (M6L170) « *surveillance de ce qu'on fait »* (M6L173) « *il a été fait pour faire plaisir aux financeurs et aux administratifs qui sont dans les bureaux »* (M1L228-229).

D'autre part **l'interface du logiciel Ligo semblait mal adaptée** « *elle n'est pas du tout intuitive, donc ça veut dire qu'il faut vraiment que les gens aient l'habitude d'y aller pour pouvoir trouver l'information au bon endroit »* (M7L221-222) « *ce n'est pas très ergonomique, c'est pas fait pour les médecins »* (M1L140-141).

Ainsi **le logiciel paraissait difficile à utiliser dans le quotidien en pratique ambulatoire** pour certains professionnels « *en l'état c'est difficile pour les freins qu'on a énoncés »* (M2L297) « *le logiciel n'est pas adapté, le fait que ce soit sur l'ordinateur ici alors que les patients sont chez eux »* (M10L115-116).

Par conséquent **le logiciel ne correspondait pas aux attentes des libéraux** pour une partie des protagonistes « *vous êtes en train de faire un logiciel réseau que vous voulez imprégner aux libéraux »* (M7L277-278) « *mais en libéral, ouf… comment vont-ils faire ? »* (S1L111-112).

2. *Valorisation de Ligo*

Au contraire, **parmi ceux qui connaissaient le logiciel Ligo** « *De nom, il me semblait que c'était en période de test »* (P3L184) « *Oui j'en ai entendu parler »* (M3L164) une partie plébiscitait **une facilité de partage de l'information** grâce au logiciel « *de mettre à un endroit l'intervention de l'orthophoniste, du kiné, de l'ergothérapeute etc … »* (M6L161-162) « *il a pu partager tout ce qui était documents récents, pdf et autres »* (M2L226-227).

Ainsi, **l'interface Ligo semblait adaptée** pour certains « *j'aime bien cette présentation type windows, classeur excel, c'est précisément ce dont j'ai besoin »* (P3L188-189) « *oui l'interface est simple, intuitive et présentation simple »* (M4L124).

On retrouvait également l'intérêt d'une **meilleure réactivité** grâce au logiciel « *cette réactivité peut faire gagner du temps sur l'état de dégradation du patient »* (P3L206-207) « *car la situation de ces personnes peut se dégrader assez vite, il faut être réactif »* (P4L121-122).

En outre **le logiciel paraissait complet** « *Je pense qu'il y a effectivement l'ensemble de ce que l'on peut vouloir à un moment donné auprès d'un logiciel »* (M7L233-234) « *il a l'air complet »* (S3L180) et une partie des interrogés étaient **prêts à utiliser Ligo au quotidien** « *Oui, pourquoi pas, je pense que ça peut être un bon moyen pour suivre le patient, pour tester »* (I2L154) « *Oui, nous on l'a déjà essayé, on est prêt à y retourner »* (M7L251).

3. *L'avenir de Ligo*

Les professionnels exprimaient le besoin d'une **interface plus intuitive et interactive** « *avec quelque chose d'un peu plus ludique, d'un peu mieux »* (I2L146) « *mais cela pourrait être plus interactif »* (K2L112-113).

D'autre part, le souhait de **simplicité du logiciel** pouvait paraître primordial « *quelque chose de simple »* (M6L185) « *Il faudrait juste ajouter un fiche consultation »* (M5L154).

Le besoin d'utilisation du logiciel Ligo par les autres professionnels était une condition importante pour la réussite du logiciel « *on forme les uns, ils le font, les autres n'y retournent pas »* (M7L253) « *mais si tous les professionnels de santé ne jouent pas le jeu, ça ne sert à rien »* (I2L155) « *si tout le monde joue le jeu, ça peut être très intéressant »* (S3L189).

Il y avait également **le souhait d'une interopérabilité avec le dossier médical partagé (DMP)** « *ligo serait dmp compatible, qu'on aurait pas double saisie, on n'a jamais vu quelque chose qui aboutissait dans ce sens-là »* (M7L35-36-37) « *si on est déjà pas dmp compatible »* (M7L274-275).

Pour certains, il y avait une préférence pour **une application sur smartphone** « *moi j'aurai fait une application sur téléphone portable plutôt »* (I2L145) « *développer l'application*

smartphone de Ligo pour permettre qu'au domicile du patient ce soit plus aisé » (P1L132-133).

Ceci pourrait ainsi être une solution au **souhait d'une accessibilité de Ligo au domicile** « *un certain nombre de patients ne peuvent pas se déplacer et ne sont visibles qu'à domicile, c'est là qu'on rencontre les personnes fragiles, mais c'est vrai que ça serait pas mal de l'avoir sur place, chez les gens »* (K3L154-155-156) « *ce qui serait intéressant c'est de pouvoir y accéder à domicile »* (S3L181).

Tableau 6 : Le logiciel Ligo vu par les professionnels de santé libéraux

Les freins à l'utilisation de Ligo	Valorisation de Ligo	L'avenir de Ligo
méconnaissance du logiciel	connaissance du logiciel Ligo	interface plus intuitive et interactive
difficultés d'utilisation	faciliter le partage de l'information	simplicité du logiciel
manque d'intérêt	interface adaptée	besoin d'utilisation du logiciel Ligo par les autres professionnels
chronophage	meilleure réactivité	souhait d'une interopérabilité avec le dossier médical partagé (DMP)
double saisie voire redondance	logiciel complet	application sur smartphone
absence d'interfaçage du logiciel avec le progiciel	prêt à utiliser Ligo au quotidien	souhait d'une accessibilité de Ligo au domicile
méfiance d'ordre administratif		
interface mal adaptée		
difficulté d'utilisation dans le quotidien		
le logiciel ne correspondait pas aux attentes des libéraux		

4) Discussion

a) Les limites de l'étude

Un biais de recrutement pouvait survenir compte tenu de la difficulté pour accéder à la réponse des professionnels et parfois le manque d'intérêt de certains d'entre eux.

Lors de l'analyse, une prédominance des professions médicales par rapport aux paramédicales pouvait apparaître. Ceci pouvait être secondaire à la sensibilité du thésard, le recrutement ayant tout d'abord était entrepris chez les médecins puis secondairement chez les autres professions.

D'autre part, les deux modes de recueil de l'information (présentiel et par voie téléphonique) pouvait représenter un biais. En effet le contact avec les participants pouvait être différent et influencer la qualité de leurs réponses.

b) Favoriser le repérage de la fragilité de la personne âgée

La fragilité est un concept assez complexe à appréhender pour les différents professionnels d'autant plus que cette notion est relativement récente au niveau médical et qu'elle revêt un caractère multidimensionnel.

En effet le virage ambulatoire entrepris et nécessaire invite les professionnels à tenter de prendre en charge les patients à leur domicile.

Le repérage de la fragilité est la première étape de cette prise en charge.

On peut voir à travers cette étude qu'il existe différentes formes de repérage en fonction du professionnel et de sa sensibilité. Certains utilisent des grilles de repérage de la fragilité comme la grille SEGA, d'autres recourent à leur impression clinique avec parfois des situations qu'ils jugent comme complexes pour repérer cette fragilité.

Cependant dans notre étude, aucun professionnel n'a cité le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse bien qu'il soit la grille de repérage préconisée par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et la Haute Autorité de Santé (HAS) [2].

Comme le précise Tavassoli dans son article sur le repérage de la fragilité, « *Pour que les actions de repérage soient efficaces, il faut non seulement informer et sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé mais aussi les institutionnels et tous les acteurs du secteur médico-social et social qui sont en contact avec les personnes âgées sans oublier les sujets âgés eux-mêmes et leur entourage* » [3].

Ainsi la sensibilisation et la formation ne touchent pas seulement les professionnels de santé mais elle doit concerner toutes les personnes qui sont en contact avec ces patients potentiellement fragiles.

De plus, selon Texeira, le repérage de la fragilité est « *un élément central au projet »* PAERPA [4].

On voit donc l'importance d'une formation efficace au repérage de la fragilité.

La diffusion la plus large possible de la fiche élaborée par la HAS intitulée « *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* » [2] pourrait permettre cette sensibilisation et interpeller les professionnels de santé sur la nécessité de ce repérage.

D'autre part les professionnels du milieu sanitaire, social et médico-social pourraient avoir des outils adaptés pour un repérage opportuniste de la fragilité. Des travaux sont en cours pour explorer cette possibilité et les valider [5].

Ces outils pourraient même trouver une adaptation plus large auprès de toutes les personnes en contact avec la personne âgée potentiellement fragile « *les repères qui seront fournis dans les recommandations pourront également être un support d'échanges et de réflexions avec les personnes accompagnées, leurs aidants, les associations d'usagers, et les autres acteurs de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches* » [5].

Cette première étape permet ainsi d'organiser des actions secondaires et de parvenir à une évaluation plus globale du patient dans sa fragilité.

c) Améliorer la coordination des professionnels par rapport à la personne fragile

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent être une réponse supplémentaire en optimisant la coordination des actes [6]. La mise en relation facilitée des acteurs médico-sociaux voire des acteurs de second recours avec les professionnels de premier recours pourrait permettre une meilleure structuration du parcours de santé de la personne fragile sur un territoire défini.

Dans le cas de la fragilité, par l'intermédiaire des outils de liaison, la relation avec l'hôpital de jour gériatrique de proximité pourrait être optimisée. Après le repérage réalisé par le professionnel de premiers recours, le patient pourrait ensuite être orienté plus facilement vers l'hôpital de jour et bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) puis de la mise en place du plan personnalisé de santé (PPS).

Dans ce cadre, le PAERPA est un projet pilote qui vise plus particulièrement les personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie. Cette initiative s'appuie sur une coordination clinique de proximité (CCP). Elle réunit une équipe pluriprofessionnelle autour de ce patient fragile. Cette équipe de proximité, généralement composée au minimum du médecin traitant, d'un infirmier libéral et du pharmacien, recueille les informations nécessaires à l'élaboration du PPS. Ce PPS permet ensuite de formaliser les actions à mettre en place, en particulier d'ordre médico-sociale.

Ainsi tous ces outils peuvent être complémentaires voire synergiques, dans le but d'améliorer la liaison ville - hôpital. Ces différents outils mis à la disposition du professionnel de premier recours doivent permettre une optimisation des soins et en particulier au domicile du patient. Le coût global à long terme de ce type de prise en charge semble plus avantageux et permet une meilleure efficience du système de santé. Mais les professionnels de santé doivent s'approprier ces moyens.

La plateforme territoriale d'appui (PTA) instaurée récemment après le décret du 4 juillet 2016 [7] a pour but d'apporter cet appui aux professionnels de premier recours pour les situations complexes sans critères particuliers que ce soit l'âge, les pathologies ou le handicap. L'optimisation de l'utilisation des ressources du territoire apporte ainsi une meilleure coordination dans le parcours de soins du patient.

Dans ce contexte, le partage des informations du patient semble être le pilier de cette coordination.

Ces systèmes d'informations partagés sont souvent la source d'une réticence majeure chez certains professionnels : la peur du partage de l'information et la perte du secret médical.

Cependant ce partage autour de la personne âgée a été facilité par le décret en Conseil d'Etat du 2 décembre 2013 [8] et la loi du 27 janvier 2016 de modernisation du système de santé [9]. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, il « *instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne avec son consentement exprès, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge* » [10].

Le partage d'information concernant la personne âgée en perte d'autonomie peut être accessible par les professionnels du milieu médicosocial, sanitaire et médical si ces informations peuvent concourir à sa prise en charge.

Une meilleure information des professionnels et une évolution des mentalités pourraient contribuer à ce décloisonnement.

d) Adapter les logiciels de communication autour de la personne fragile à l'ambulatoire

A travers cette étude, on peut voir les nombreux souhaits des professionnels par rapport au logiciel de partage de l'information. Ceci découle d'un intérêt grandissant pour ce type de communication mais également des attentes fortes des professionnels.

Cette envie de partage se voit notamment par les différentes formes qu'il peut prendre. En effet, il existe de nombreuses façons de communiquer autour de la personne fragile « *c'est assez bien par téléphone »* (M6L69) « *on se voit en général entre midi autour d'un café ou quoique ce soit et on dit tient tel patient ça pose problème* » (M5L91-92). Ces pratiques semblent ancrées depuis de nombreuses années mais en dehors de toute réelle formalisation, notamment informatique. Cependant ce défaut de formalisation du partage peut être préjudiciable pour le suivi de l'information et sur la mise en place des différentes actions nécessaires au maintien de l'autonomie du patient fragile à son domicile. De plus la communication reste relativement restreinte, souvent entre le médecin et l'infirmière.

Le partage n'est pas donc pas optimisé en particulier avec les services sociaux, les acteurs hospitaliers ou d'autres professionnels comme le pharmacien.

La mise en place du PPS est un outil qui permet de formaliser et planifier le parcours des patients complexes en milieu ambulatoire. Ces cas complexes nécessitent le travail de

plusieurs acteurs de proximité au chevet du patient. Ces acteurs sont divers, aussi bien médicaux, médicosociaux et sanitaires. Il est donc nécessaire de les articuler entre eux pour éviter une rupture des soins. Or ce PPS est dépendant des informations communiquées par les professionnels.

Le logiciel de communication permet de récolter en un lieu unique ces différentes informations et ainsi mettre en place ce PPS, plan propre à chaque patient complexe.

Ce besoin de formalisation des pratiques voire d'une uniformisation résulte d'un souhait d'égalité des soins pour tous et ainsi une meilleure prise en charge globale du patient âgé en perte d'autonomie.

Les contours de ce logiciel doivent maintenant être précisés. Pour le monde ambulatoire où le temps est un facteur limitant, plusieurs caractéristiques semblent être majeures : le logiciel se doit d'être à la fois simple d'utilisation et succinct avec une bonne réactivité.

Des professionnels ont ainsi cité le souhait d'une application sur smartphone. Ceci peut permettre de répondre à ces caractéristiques. La mise en place d'alertes est importante pour une meilleure réactivité et éviter la perte de l'information. Celles-ci pourraient passer par une messagerie commune et les professionnels prévenus par des notifications sur leur smartphone.

Cependant il existe également une barrière de l'informatique et un problème générationnel à l'utilisation de ces technologies de l'information et de la communication (TIC). La formation des acteurs semble primordiale pour permettre une propagation et une amplification de ces nouveaux moyens de partage.

Le problème d'interopérabilité avec le logiciel métier pourrait se régler par l'intermédiaire d'une icône présente dans ce progiciel à l'image de ce qui existe avec le Dossier Médical Partagé (DMP). L'accès simplifié au logiciel de communication favoriserait ainsi son utilisation.

Pour la HAS, le questionnaire répondant le mieux aux contraintes du monde ambulatoire est le questionnaire gérontopôle de Toulouse « *Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse correspond à ces critères et il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires* » [2].

Ainsi la grille gérontopôle de Toulouse pourrait facilement être accessible dans le logiciel et uniformiser le repérage de la fragilité.

Le médecin traitant peut être considéré comme le référent en suivant l'avancée du PPS mais cela entraîne des responsabilités nouvelles et un temps qui doit être rémunéré. D'autre part, un système de filtre des informations doit être élaboré pour éviter que l'information importante soit disséminée.

Une accessibilité au logiciel des aides ménagères peut avoir un intérêt pour remonter l'information, d'autant qu'elles sont considérées comme ayant un niveau d'intimité plus important avec le patient.

L’accessibilité du logiciel au domicile du patient est également une demande pour améliorer la réactivité et éviter de devoir saisir à nouveau les informations lors du retour au cabinet.

Les problèmes de connectivité telle que les zones blanches avec des zones non couvertes par un opérateur mobile doivent disparaitre.

Les solutions techniques et le déploiement de réseau de communication tel que la fibre optique doivent rendre accessible le haut débit dans les différents territoires. Les pouvoirs publics ont ainsi lancé depuis février 2013 la Plan France Très Haut Débit. Ce plan consiste à étendre l’accès au très haut débit pour la France avec comme objectif une couverture complète en 2022. Différents investissements publics et privés sont en place pour ce déploiement [11].

5) Conclusion

Avec le vieillissement de la population et l’augmentation des maladies chroniques, les professionnels de premiers recours ont un rôle majeur à jouer pour permettre une prise en charge à domicile de ces patients tout en gardant une bonne qualité de vie.

La fragilité des personnes âgées est multidimensionnelle et certaines spécificités peuvent être accessibles à des démarches de prévention. Le repérage de cette fragilité et l’organisation des actions nécessaires pour retarder le passage à la dépendance sont une première étape. Les logiciels doivent servir d’appui aux professionnels et permettre la formalisation des informations en un lieu unique de recueil.

Dans notre étude, on a pu voir le chemin qu’il restait à parcourir pour enfin obtenir un logiciel de communication qui contenterait la majorité des professionnels en soins ambulatoires.

Elle recense les nombreux souhaits et réticences des professionnels à l’égard de ces nouveaux outils de communication.

Quelques caractéristiques semblent majeures pour développer ce logiciel : une simplicité d’utilisation, des informations succinctes et une bonne réactivité. La mise en place d’alertes et l’accessibilité au domicile du patient sont également des notions importantes.

Le terminal mobile (smartphone, tablette, ordinateur portable) peut répondre à une partie de ces exigences. Le développement d’une application disponible sur ces appareils pourrait être une solution.

Cependant les réseaux de connexion doivent couvrir la totalité du territoire pour permettre un accès à ces informations par l’intermédiaire de ces terminaux et une formation paraît nécessaire pour que les professionnels s’approprient au mieux ces nouveaux outils.

D'autre part, ces logiciels doivent encore rassurer une partie des professionnels en clarifiant l’accès et la sécurisation des informations relatives au patient.

L'évolution des mentalités et le partage de l'information entre les acteurs de santé de premiers recours devraient être facilités par la mise en place des différents dispositifs dans chacun des territoires. Les MSP, les CPTS et les PTA doivent amplifier ce mouvement et ainsi permettre un échange optimisé entre tous les acteurs, aussi bien médicaux, médico-sociaux, sanitaires mais également avec le milieu hospitalier.

6) Bibliographie de l'article

[1] G. Desgrées du Loû, PAERPA Une trop lente montée en charge ?, Le Concours Médical Tome 139, pages 6-8, avril 2017.

[2] HAS, Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire, Juin 2013. Disponible sur : https://www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf (Cité le 7 novembre 2018).

[3] Tavassoli N , Lafont C , Soto M , Nurhashémi F , Vellas B , Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance, Soins Gérontologie Volume 20, numéro 111, pages 14-18, janvier 2015.

[4] Teixeira A , Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses, NPG Volume 15, numéro 87, pages 134-137, juin 2015.

[5] HAS, Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile, 15 février 2016. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835100/fr/reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation-pour-les-personnes-agees-volet-domicile (Cité le 21 novembre 2018).

[6] Agence Régionale de santé (ARS), Fiche communauté professionnelles territoriales de santé. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf (Cité le 19 octobre 2018).

[7] Ministère des Solidarités et de la Santé, Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/2016-919/jo/texte (Cité le 19 octobre 2018).

[8] Ministère des Solidarités et de la Santé, Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/12/2/AFSS1320393D/jo (Cité le 20 octobre 2018).

[9] Ministère des Solidarités et de la Santé, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id (Cité le 16 janvier 2019).

[10] Ministère des Solidarités et de la Santé, Les outils de la coordination, septembre 2014. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-outils-de-coordination (Cité le 20 octobre 2018).

[11] Gouvernement.fr, Le Plan France Très Haut Débit, mis à jour le 15 mai 2017, disponible sur : https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-france-tres-haut-debit (Cité le 23 novembre 2018).

CONCLUSION

Nous avons pu voir par l'intermédiaire de cette étude les nombreuses attentes des professionnels par rapport au logiciel de communication.

La fragilité reste une notion complexe à appréhender et le repérage est déterminant pour déclencher les diverses actions nécessaires au maintien à domicile du patient.

La Médecine Générale est en pleine mutation avec la multiplication des dispositifs visant l'amélioration de la coordination entre les professionnels de santé.

On a pu voir que cette communication était au cœur du métier mais pas toujours de façon formalisée. Ces pratiques sont souvent ancrées depuis longtemps et il semble difficile pour certains de changer leurs habitudes de travail.

La formalisation demande un effort supplémentaire avec pour but un meilleur suivi du patient.

Dans ce travail il aurait été intéressant de réaliser des réunions par groupe de professionnels. Les contraintes étant différentes entre les métiers, ceci aurait pu mieux montrer les réticences et les freins propre à chaque groupe de professionnel. Cependant les difficultés d'organisation des entretiens semi dirigés auraient difficilement permis d'obtenir un nombre suffisant de participants.

Il paraît nécessaire de faire contribuer les professionnels au développement des outils de communication. Les caractéristiques souhaitées seraient ainsi au plus proche des envies des acteurs de premier recours.

L'accompagnement du professionnel est également important pour mettre en place les différentes actions et améliorer la coordination. Les PTA ont été mise en place dans le but d'accompagner le médecin traitant dans le cadre de patient avec une situation complexe. Elle est un guichet unique qui tente d'apporter au médecin traitant les différentes ressources présentent dans son territoire. Le déploiement de ces PTA et l'information de ses possibilités auprès des professionnels sont un atout majeur pour l'organisation de ces parcours de soins complexes.

Les initiatives des professionnels de premiers recours sont primordiales car ils sont au plus proche de leurs patients et connaissent les ressources nécessaires pour améliorer leur parcours de soins.

Une coordination améliorée permettra ainsi des actions de prévention menées au plus tôt et ainsi diminuer les situations d'urgence et les hospitalisations coûteuses des personnes âgées.

Si l'expérience PAERPA réussit, on pourrait imaginer des prises en charge similaires des patients avec un parcours complexe, sans restriction d'âge particulière.

Dans le cadre de mon exercice personnel, j'ai pu voir la nécessité d'une coordination améliorée autour de ces personnes âgées fragiles. Ces prises en charge complexes (souvent

à la croisée du monde médical, social et sanitaire) sont chronophages et demandent beaucoup d'investissement pour organiser les différents professionnels entre eux. Les difficultés à venir sont nombreuses avec des ressources médicales de moins en moins disponibles et des prises en charges de plus en plus complexes nécessitant des besoins médico-sociaux grandissants secondaires au vieillissement de la population.

Les attentes des professionnels libéraux sont clairement identifiées, il faut maintenant développer un logiciel de communication qui leur correspondent.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Ministère des Solidarités et de la Santé, Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018, (cité 28 novembre 2018) disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

[2] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport adopté le 23 juin 2011, pages 55 et 141. (Cité le 14 mars 2018) Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

[3] Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. Gerontologist 1987;27:616-26.

[4] Woodhouse KW, Wynne H, Baillie S, James OF, Rawlins MD. Who are the frail ederly? Q J Med 1988;68:505-6.

[5] Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F Jr, Vallone R, Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes, J Am Geriatr Soc. 1991 Aug;39(8):778-84.

[6] Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992;8:1-17.

[7] Fried LP. Frailty. In : Principles of geriatric medicine and gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Eds. 3rd ed, New York : McGraw-Hill, Inc, 1994 ; 1149-56.

[8] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci 2001;56:M146-56.

[9] Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in ederly people. CMAJ 2005;173:489-95.

[10] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, de Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G. Fragilty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011;9:387-390.

[11] Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):392.

[12] Ferrucci L, Guralnik JM, Cavazzini C, Bandinelli S, Lauretani F, Bartali B, et al. The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. Clin Rev Oncology Hematology. 2003;46:127–37.

[13] Fortin M.P., Krolak-Salmon P., Bonnefoy M. , Analyse descriptive et comparative des différents modèles de fragilité. In: Chassagne P., Rolland Y., Vellas B. (eds) La personne âgée fragile. Springer, Paris, 2009.

[14] Rolland Y. Les développements récents autour de la fragilité. In : Sirven N, Bourgueil Y. La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions : Apports, limites et perspectives. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ; 2016. p. 7-13.

[15] European Commission. The 2015 Ageing Report : Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013 – 2060). European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels : 2015.

[16] "Population Par âge−Tableaux de L'économie Française | Insee." Accessed April 11, 2017. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2582785?sommaire=2587886.

[17] Michel Duée, Cyril Rebillard, La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Données sociales – La société française, 2006, p. 617.

[18] A.-L. Perrine, C. Le Cossec, N. Beltzer, C. Fuhrmann, L. Carcaillon-Bentata, Pré-fragilité, fragilité et multimorbidité en France : prévalences et déterminants, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, septembre 2016, Volume 64, numéro S4, page 206.

[19] Lilamand M , Raynaud-Simon A , Prévalence et conséquence de la fragilité, Pratiques en nutrition, Volume 14, numéro 55, pages 13-14, juillet 2018.

[20] Haute Autorité de Santé, Note méthodologique et synthèse documentaire, Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire ? , page 11 , mai 2013.

[21] Académie Nationale de Médecine, Vieillissement et Dépendance, Il est possible et urgent d'inverser la tendance, Communiqué de Presse, 14 mai 2014 (cité le 17 août 2018). Disponible sur : https://fragilite.org/communique-fragilite.pdf.

[23] HAS, Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire, Juin 2013 (cité le 8 juin 2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

[24] Amalou L, Roca F, François F, Druesne L, Langlois R, Pesqué T, Chassagne P. Outil de repérage d'une fragilité : ABCDEF. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2016 ; 14(3) :287-95 doi:10.1684/pnv.2016.0622.

[25] Pialoux T., Goyard J., Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review Geriatr Gerontol Int 2012 ; 12 (2) : 189-197.

[26] Abellan Van Kan G et al. The I.A.N.A task force on frailty assessment of older people in clinical practice. Journal of Nutrition, Health and Aging. 2008; 12(1):29-37.

[27] Or Z and all, Atlas des territoires pilotes paerpa parcours sante des ainés, IRDES, page 7, Juin 2015 (cité le 3 octobre 2018). Disponible sur : http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf.

[28] Pr Legrain S, Le bon plan d'aides et de soins, au bon moment, au bon endroit, Le Concours Médical, octobre 2013, Tome 135, N°8

[29] A. Teixeira, Projet PAERPA : retour d'expérience du Nord-Est de Paris, NPG, Volume 15, Issue 87, June 2015, Pages 129-133.

[30] Haute Autorité de Santé, Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA), page 6, mars 2014. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf (Cité le 12 septembre 2018)

[31] HCAAM. Assurance maladie et perte d'autonomie. Rapport du 23 juin 2011 : 40-4, page 10, cité le 20 juin 2018. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

[32] Comité national de pilotage sur le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes. Janvier 2013 (cité le 10 août 2018). Disponible sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf.

[33] ARS Grand Est, Soutien aux professionnels de santé, 4 Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) approuvées en Grand Est, 3 avril 2017 (cité le 12 septembre 2018). Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/soutien-aux-professionnels-de-sante-4-plateformes-territoriales-dappui-pta-approuvees-en-grand-0

[34] UNPS, Communiqué de presse, Sondage UNPS : Le modèle PAERPA ne fait pas ses preuves auprès des professionnels de santé libéraux, Paris, le 8 mars 2017 (cité le 19 septembre 2018). Disponible sur : https://www.unps-sante.org/communiques/annee-2017/sondage-unps-le-modele-paerpa-ne-fait-pas-ses-preuves-aupres-des-professionnels-de-sante-liberaux.

[35] G. Desgrées du Loû, PAERPA Une trop lente montée en charge ?, Le Concours Médical Tome 139, avril 2017.

[36] Or Z., Bricard D., Le Guen N., Penneau A. , IRDES, Irdes, Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats, rapport n° 567 , juin 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille SEGA-A

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).[1]

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
			TOTAL :	..... / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8	8 < Score ≤ 11	Score > 11
Personne peu fragile	Personne fragile	Personne très fragile

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

[1] Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?*
(FL : Foyer Logement)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*
Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;
Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;
Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).
Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC <21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir…?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdts (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardennes- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

Annexe 2 : Grille SEGAm

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gérontologique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.
La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom & Prénom de la personne .....

Année de naissance ..... **Âge** ..... **Sexe** .....

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			
	0	1	2	Score
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total				.... / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8	**8 < Score ≤ 11**	**Score > 11**
Personne peu fragile	Personne fragile	Personne très fragile

Volet B	Données complémentaires			
	0	1	2	Score
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
TOTAL Volet B : .... / 22 Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité				

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

Remarques de l'expérimentateur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volet C	**Synthèse et actions**

Principaux problèmes repérés

.....

.....

.....

.....

.....

Propositions d'actions pour diminuer le niveau de fragilité

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge médico-sociale OUI ☐ NON ☐

☐ Assistante sociale
☐ Auxiliaire de vie
☐ Garde de jour
☐ Garde de nuit
☐ Hébergement temporaire
☐ Accueil de jour
☐ Entrée en EHPAD
☐ Demande d'A.P.A.
☐ Protection juridique
☐ Portage de repas
☐ Téléalarme
☐ Activité physique ou sportive
☐ Vie associative
☐ Soutien aidant naturel
☐ Autre action / à préciser

TRANSMISSION AU MEDECIN TRAITANT OUI ☐ NON ☐

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge sur décision médicale OUI ☐ NON ☐

☐ Évaluation gériatrique complète
☐ Prise en charge médicale ciblée
☐ Kinésithérapeute
☐ Psychologue
☐ Ergothérapeute
☐ Orthophoniste
☐ Diététicien
☐ Atelier équilibre
☐ Éducation thérapeutique du patient
☐ Soutien nutritionnel
☐ Autre action / à préciser

Annexe 3 : Questionnaire Gérontopôle de Toulouse

Personne à prévenir pour le RDV :
Nom :
Lien de parenté :
Tél :
Nom du médecin traitant :
Tél :
Email :
Nom du médecin prescripteur :
Tél :

Toulouse GÉRONTOPÔLE

Hôpitaux de Toulouse

Informations patient

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Tél :
Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	❑	❑	❑
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	❑	❑	❑
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	❑	❑	❑

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ❑ OUI ❑ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ❑ OUI ❑ NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : Rendez-vous programmé le :

Médecin traitant informé : ❑ OUI ❑ NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Annexe 4 : Outil ABCDEF

Outil ABCDEF

Autonomie diminuée : score ≤ 3

OUI NON

- Justification : une baisse d'au moins une de ces 4 fonctions traduit une perte d'autonomie c'est à dire l'incapacité pour un sujet de planifier une action.
- Cotation : noter 1 point si réalisation possible et 0 si impossible
- Score ≤ 3 = perte d'autonomie débutante

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

Téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Ou compose quelques numéros très connus	1
Ou répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Ou incapable d'utiliser le téléphone	0
Moyens de transport	
Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Ou organise un déplacement en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Ou utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1
Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0
Traitement	
Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1
Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0
Ou est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0
Argent	
Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA
Gère ses finances de façon autonome	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
TOTAL	.../4

		OUI	NON
BMI (IMC marqueur de l'état Nutritionnel)		☐	☐
Amaigrissement (involontaire) ≥ 10 % du poids en 6 mois		☐	☐
ou			
BMI (IMC en français) (poids/taille ^{2}) ≤ 18,5 Kg/m²	☐	☐	
Comorbidité : ≥ 3 conditions		☐	☐
Insuffisance cardiaque		☐	☐
Insuffisance respiratoire chronique		☐	☐
Insuffisance rénale chronique (cl Créat ≤ 30 ml/mn)	☐	☐	
Diabète		☐	☐
Dépression- Anxiété		☐	☐
≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois		☐	☐
« Drugs » (Médicaments)	☐	☐	
≥ 10 médicaments par jour			
Equilibre. Marche. Fracture		☐	☐
Une chute (au moins) au cours de 6 derniers mois		☐	☐
ou			
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0.65 m/seconde (soit plus de 6 secondes)		☐	☐
Ou Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral, bassin)		☐	☐
Fonctions cognitives		☐	☐
Troubles cognitifs patents (préexistants)		☐	☐
Ou Mini Cog pathologique (dépistage)		☐	☐

Valeur pathologique < 3 /5 pts

Mini Cog :

- rappel libre immédiat des 3 mots (exemple : clé-citron-ballon)
- test de l'horloge (2 consignes successives 1) présenter sur une feuille un cercle de 10 cm de diamètre et demander au sujet de placer quadrant par quadrant tous les chiffres des heures, 2) insérer la petite et la grande aiguille en privilégiant 2 quadrants opposés (ex : 4 heures moins le quart)
- rappel différé des 3 mots éventuellement avec indiçage.

Score global : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge, valeur seuil < 3 pts)

VU

NANCY, le **28 janvier 2019**
Le Président de Thèse

Professeur C. PERRET-GUILLAUME

NANCY, le **05 février 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10610

NANCY, le **07 février 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Contexte : Le parcours de la Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) vise une coordination plus efficace entre les différents acteurs de la prise en charge des patients de plus de soixante-quinze ans en perte d'autonomie et leur maintien à domicile. Avec les possibilités technologiques actuelles, il parait nécessaire de permettre aux professionnels de santé de communiquer entre eux et avoir une information actualisée de l'état de santé des patients fragiles. Ceci permettrait un accompagnement précoce de ces patients lors des situations à risque de décompensation et ainsi d'éviter une prise en charge hospitalière coûteuse.

Objectif : Quel outil informatique envisager pour le partage d'information autour du parcours de la Personne Agée En Perte d'Autonomie (PAERPA) en Lorraine : mesurer les attentes des professionnels de santé en ambulatoire.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés.

Résultats : Le caractère multidimensionnel de la fragilité des personnes âgées nécessite une sensibilisation et une formation à son repérage. La coordination entre les professionnels autour du parcours de la personne âgée doit être facilitée par les logiciels. Les contraintes du milieu ambulatoire sont multiples (contrainte de temps, pratiques alternatives, manque d'intérêt, surcharge de travail, etc …). Cependant quelques notions semblent importantes pour le développement de ce logiciel : une simplicité d'utilisation, des informations succinctes et une bonne réactivité.

Conclusion : L'application sur smartphone paraît répondre à plusieurs de ces caractéristiques. Elle peut autoriser un accès au domicile du patient et alerter le professionnel si besoin mais implique de résoudre les problèmes de connectivité à un opérateur mobile. Les informations ainsi collectées dans le logiciel de communication alimenteront le plan personnalisé de santé et permettront de suivre et réévaluer les actions menées auprès de ces patients fragiles.

TITRE EN ANGLAIS : Which technology tool for sharing information concerning the care pathway of elderly patients in risk of loss of autonomy in Lorraine : expectations of healthcare professionals in ambulatory care.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2019

MOTS CLES : personne âgée, fragilité, logiciel de communication, médecine générale, coordination

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 Avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex