



HAL
open science

**Création d'une fiche de communication
ambulatoire-hôpital: fiche concernant la situation
psycho-sociale de la personne âgée, selon les attentes des
médecins généralistes**

Michel Fernandes da Silva

► **To cite this version:**

Michel Fernandes da Silva. Création d'une fiche de communication ambulatoire-hôpital: fiche concernant la situation psycho-sociale de la personne âgée, selon les attentes des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297684

HAL Id: hal-03297684

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297684>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE – FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2019

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par Michel FERNANDES DA SILVA

Date 19 mars 2019

Création d'une fiche de communication ambulatoire-hôpital :

Fiche concernant la situation psycho-sociale de la personne âgée

Selon les attentes des médecins généralistes.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Madame le Professeur Eliane ALBUISSON

Monsieur le Docteur Anthony LOPEZ

Madame le Docteur Mathilde GEHIN

Président

Juge

Juge

Juge et directrice



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Asseseurs :

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)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e 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

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

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{re} 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

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

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

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

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

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

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER

Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

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

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

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

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

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

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

1^{re} 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

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER

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

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN -
Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

**54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e 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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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 Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO, Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils avisés et votre patience.

Soyez assuré de ma profonde estime et de ma plus haute considération.

**A Madame le Professeur Eliane ALBUISSON, Professeure des Universités -
Praticien Hospitalier,**

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail. Merci pour le temps que vous avez mis à disposition afin de m'aider à réaliser ce travail. Je vous remercie également de l'enthousiasme que vous avez montré tout au long de nos rencontres. Veuillez trouver ici le témoignage de ma très respectueuse gratitude.

**À Monsieur le docteur Anthony LOPEZ, Maître de Conférence des Universités -
Praticien Hospitalier**

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie. J'espère que celui-ci a su se montrer à la hauteur de votre gentillesse et votre prompte disponibilité.

A Madame le Docteur Mathilde GEHIN,

Je te remercie de m'avoir soumis ce sujet de thèse, sachant qu'il me tiendrait particulièrement à cœur. En plus d'être la directrice de ma thèse, d'avoir été pour moi un modèle de « chef » hospitalier intransigeant et compréhensif, tu es devenue une amie inconditionnelle et sans faille. Tu es un exemple en tant que professionnel et en tant qu'être humain. Je te remercie du fond du cœur.

A tous ceux qui ont participé à ce travail :

Au Docteur Marie-Claire TROTZIER, Praticien Hospitalier à l'Hôpital Saint-Charles de Toul, je vous remercie d'avoir aiguillé la mise en route de mon travail.

Monsieur **le Docteur Patrick VAUTHIER**, **Docteur Jean-Louis LECOMTE**, **Dr Christian OLDRINI** et **Dr Olivier DEFAUX**, Médecins généralistes, vous êtes des modèles de rigueur. Je vous remercie de vos enseignements qui me suivront tout au long de ma vie professionnelle et personnelle. Merci de votre confiance.

A ces médecins libéraux et hospitaliers, qui m'ont touché sans même le savoir et qui ne verront probablement jamais ce travail, mais qui l'ont eux aussi formaté en me formant.

A tous les médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre afin que je mette sur pied ce travail. Je vous remercie de votre disponibilité.

A ma famille :

A mon père,

Je te remercie pour ta rigueur et ton sens de la responsabilité. Je te remercie de ta présence et de ton sens de la « mise en retrait ». Saches que si j'y suis arrivé c'est grâce à toi. Obrigado meu pai.

A ma sœur, Céline, qui est la seule à savoir combien tout ça nous a coûté. Ne change rien à la personne que tu es, qui est bien meilleure que la personne que je ne serai jamais.

A mon épouse, Stéphanie, tu as été d'une patience incroyable vis-à-vis de mon travail. Sans ton appui et ta présence, je serai probablement encore en train de chercher un sujet de thèse. Maintenant c'est fait. Merci. Passons enfin à autre chose.

A mon fils, Arthur, mon tout. Tu es l'extension naturelle de ma vie. Je m'endors en pensant à toi et tu prends soins à ce que les matins personne ne t'oublie. Je t'aime plus que tout.

Maman, là où tu es tu vois ce que je fais. Aujourd'hui j'accomplie notre rêve. Je ne te dédie pas que ce travail, mais je te dédis ma vie. Tu me manques.

A mes Grands-parents, qui avant nous tous, ont fait des sacrifices incroyables. Mon regret est que vous ne soyez pas là pour voir la conclusion. Merci de l'avoir rendu possible.

A mes amis :

Nari, Oscar et Elsa je vous remercie d'avoir insisté à me faire comprendre que tout cela n'était pas si sérieux que ça. Les souvenirs que je garde de mes études, c'est vous. Alors continuez.

A Tania, Eric, Audrey, Lisa, Corinne, Thierry, Christina. Merci de me supporter encore et encore depuis 15 ans ou plus. Vous êtes vraiment courageux. « Les gens ne changent pas »

A tous mes co-externes et co-internes qui ont rendu les études tellement plus simple. Mention spéciale à **Riazate, Léa, Bérengère, Mathilde et Déborah.** Merci.

« A la fin tout ira bien ! Si ça ne va pas bien, c'est que ce n'est pas la fin ! » Inconnu

SERMENT

« **A**u 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 ».

TABLES DES MATIERES

SERMENT.....	16
I. INTRODUCTION.....	19
II. LES NECESSITES ACTUELLES ET LES CONTRAINTES.....	21
1. Contraintes de la médecine générale.....	21
1.1. La fonction du médecin généraliste.....	21
1.2. Baisse de la démographie médicale.....	21
1.3. Temps et charge de travail des médecins généralistes.....	21
2. Prise en charge des patients âgés.....	22
2.1. L'évolution de la démographie française.....	22
2.2. Les particularité et spécificité de la prise en charge de la personne âgée.....	22
3. Le dispositif « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA).....	24
3.1. Origines.....	24
3.2. Développement sur le territoire Lorrain.....	24
3.3. Outils de mise en application du PAERPA.....	25
3.4. Développement, évolution et limites du dispositif « PAERPA ».....	25
4. Communication.....	26
4.1. Les outils de communication entre l'hôpital et la médecine ambulatoire.....	26
4.2. L'outil de communication entre la médecine ambulatoire et l'hôpital : Le « Dossier Médical Partagé » (DMP) :.....	27
4.2.1. Définition et fonctionnement.....	27
4.2.2. Evolution et limites du DMP.....	28
III. MATERIEL ET METHODES.....	29
1. Type d'étude.....	29
2. Elaboration du questionnaire.....	29
3. Sujets participant à l'étude.....	31
4. Critères de jugement.....	31
IV. RESULTATS.....	33
1. Les retours questionnaires.....	33
2. Profil des médecins répondants.....	33
3. Contenu de la fiche de communication.....	34
4. Forme et utilisation de la fiche de communication.....	37
4.1. Forme de la fiche.....	37
4.2. Stockage de la fiche.....	37
4.3. Modalités d'utilisation et d'envoi.....	38
4.4. Fréquence de mise à jour de la fiche.....	38
5. Autres moyens de communication.....	39
5.1. « Fiche de sortie d'hospitalisation » (FSH).....	39
5.2. Dispositif « PAERPA ».....	39
6. Suggestions libres des répondants.....	40

V. DISCUSSION.....	41
1. L'étude.....	41
1.1. Points de satisfactions et forces de l'étude.....	41
1.2. Biais de l'étude.....	42
2. Contenu de la fiche de communication.....	42
2.1. Les items inclus d'office.....	42
2.2. Les items les moins consensuels	43
3. Forme et logistique de la fiche.....	44
4. Les items proposés par les médecins répondants.....	45
5. FSH et PAERPA.....	46
6. Fiche « psycho-sociale » ?	47
VI. CONCLUSION.....	48
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	50
VIII. ANNEXES.....	55
TABLES DES ABREVIATIONS.....	68
RESUME.....	69

I. INTRODUCTION

Le maintien à domicile dans de bonnes conditions est l'un des piliers du « bien vieillir ». C'est devenu un enjeu économique et sociétal. L'état de santé d'une personne détermine fortement la fréquence d'hospitalisation, sa durée et le taux de réhospitalisations précoces (c'est-à-dire réhospitalisations à 30 jours).

Les pathologies neuropsychiatriques, troubles cognitifs, chutes à répétition, maladies chroniques et la polypathologie sont des facteurs de risques d'hospitalisation identifiés. Ce sont des facteurs de risques retrouvés chez les patients de plus de 75 ans. [1, 2, 3]

Mais des facteurs extra-médicaux, tels que la catégorie socioprofessionnelle, la distance entre l'hôpital et le domicile, l'isolement social, les situations de handicap et de soins personnels quotidiens (besoin d'aide à domicile, difficultés pour faire sa toilette) augmentent la durée de séjour à l'hôpital et le taux de réhospitalisations précoces. [4-6,8]

Certains modèles de prédiction de risques de réhospitalisation précoce existent. Ils pourraient avoir un intérêt pour identifier les patients à risque. Ainsi ils pourraient optimiser une intervention médicale plus ciblée et précoce. Mais ces modèles montrent peu d'efficacité. [7] Mais on note par exemple, chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, les modèles prédictifs incorporant les données sociodémographiques, ont montrés un taux prédictif meilleur que ceux se basant uniquement sur des données de comorbidités. [7, 9]

La durée d'hospitalisation a également un impact sur la perte d'autonomie de par l'apparition d'évènements iatrogéniques, dont beaucoup peuvent être prévenus. [11, 12] De même la prise en compte des paramètres de fragilité (*risque de malnutrition, risque de chute, troubles cognitifs*) permet une approche prédictive de la durée d'hospitalisation. [13]

Une identification précoce des patients à risque (dès l'admission) a prouvé être efficace sur la suite de l'évolution (même au-delà de l'hospitalisation). [10, 12]

Donc tout processus indépendant du motif d'hospitalisation, qui peut et doit être réalisé en amont, aura forcément un impact bénéfique sur l'évolution de l'hospitalisation et ses suites. Souvent les médecins hospitaliers ont un temps de prise en charge rallongé par la recherche d'information sur l'environnement du patient. Alors même que cette information est potentiellement détenue par le médecin traitant. [15] Le fait de rencontrer des difficultés d'aval est également associé à une durée plus importante de l'hospitalisation. Ces difficultés surviennent d'autant plus souvent lorsqu'il s'agit de patients âgés (15% chez les patients âgés de plus de 80 ans). [14]

Dans ce contexte complexe où s'articule divers acteurs de soins, il m'a été proposé de créer un outil de communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Le but étant que les informations sur la situation psycho-sociale et environnementale du patient fragile soient transmises au plus tôt pour éviter toute perte de temps de prise en charge pour le patient et le personnel hospitalier. Ce qui permettra de définir dès le départ la situation de vie et les besoins du patient en termes d'aides au domicile. Et finalement pouvoir organiser dès le début d'hospitalisation une meilleure articulation entre les différents acteurs.

La réflexion de départ aurait pu buter sur l'engagement des acteurs de la médecine générale pouvant considérer un tel outil comme une charge de travail supplémentaire, au détriment du temps de soins à consacrer aux patients. Et c'est pour cela qu'on a décidé de calquer l'outil le plus possible sur la pratique quotidienne du médecin généraliste, et qu'il ne soit pas chronophage.

II. LES NECESSITES ACTUELLES ET LES CONTRAINTES

1. Contraintes de la médecine générale

1.1. La fonction du médecin généraliste

Les médecins généralistes sont des médecins spécialistes (*médecine générale élevée au rang des spécialités médicales par la Loi n° 2002-73 de modernisation sociale (article 60)*) chargés de dispenser des soins globaux et continus à toute personne le souhaitant. Ceci indépendamment de leur sexe, âge et de leur maladie, dans leur contexte familial, communautaire et culturel. Cette prise en charge intègre les dimensions physiques, psychologiques et sociales. [16] Il a également une fonction de premier recours et de prévention, ainsi que de continuité et coordination des soins.

1.2. Baisse de la démographie médicale

En 2016 le tableau de l'ordre des médecins recense 88'886 médecins généralistes en activité régulière, contre 97'012 médecins généralistes en 2007, soit une **diminution de 8,4%**. [16] Pendant ce temps là, la population française est passée de 63,6M d'habitants en 2007 à 66,7M d'habitants en 2016 soit une **augmentation de 4,6%** de la population [17]. Il va de soit que ces deux évolutions créent une tension dont découle une contrainte de temps.

1.3. Temps et charge de travail des médecins généralistes

Il s'y ajoute qu'au-delà de leur rôle de soignant, l'emploi du temps des médecins généralistes est composé d'activités variées. Si en moyenne ils déclarent travailler 57h par semaine en comptant toutes activités professionnelles [18], les données de l'assurance maladie permettent d'appréhender le temps passé effectivement au contact des patients, qui serait de 33h par semaine. [18] La différence de 24h par semaine est dédiée à des activités hors du champ de soins: secrétariat (*44% des médecins*), comptabilité (*22% des médecins*), entretien des sols de leurs locaux (*14%*) et participation à des formations. [18]

Tout outil de travail, tel que notre fiche de communication avec la médecine hospitalière, se doit d'intégrer ces données, afin qu'elle soit en adéquation avec les contraintes de temps des médecins généralistes.

1.4. « L'assistant médical » annoncé afin de libérer les médecins libéraux

Le gouvernement a annoncé la création d'un nouveau métier dans le système de santé français. En septembre 2018 il a été confirmé lors de la présentation de son plan santé la création de 4.000 postes d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux. Ces nouveaux professionnels de santé auront la charge d'alléger la tâche des généralistes ou des spécialistes, afin que ceux-ci puissent mener plus de consultations dans la journée. Le nouveau métier de santé serait comparable au rôle d'« *assistant dentaire* » que l'on connaît chez les dentistes. En novembre 2018 Madame Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, ne savait pas encore définir avec précision, ni les profils, ni les formations, ni le cadre d'exercice de ces nouveaux acteurs de la santé. Cependant, il est déjà attendu en contrepartie des médecins, s'ils veulent pouvoir profiter d'un assistant médical, qu'ils puissent assurer un nombre de consultations plus important. [19, 20]

2. Prise en charge des patients âgés

2.1. L'évolution de la démographie française

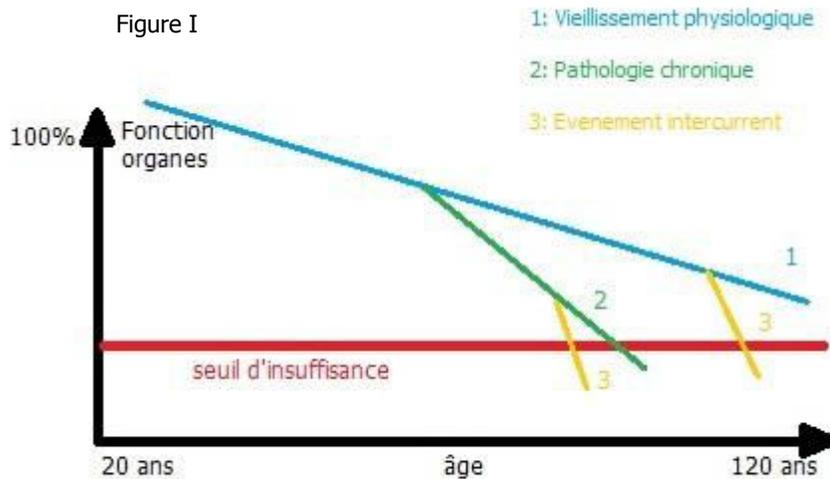
En 2008 la population française comptait 10,5M de personnes de plus de 65 ans (**16,4% de la population totale**), en 2017 les personnes de plus de 65 ans était 12,9M (**19,2% de la population totale**). [17] Les projections jusqu'en 2060 prévoient 23,6M de personnes de plus de 60 ans, soit un tiers de la population. [21] Devant ce constat les autorités ont pris conscience de l'importance d'une prise en charge adaptée à cette tranche de population. Deux rapports du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2010-2011 relèvent deux leviers d'action primordiaux. Premièrement l'insuffisance de la coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, et deuxièmement un recours abusif à l'hospitalisation, qui est une cause de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées. [22]

2.2. Les particularités et spécificités de la prise en charge de la personne âgée

La prise en charge de la personne âgée a des points particuliers, qui la distinguent de celle de la population générale.

On parle chez la personne âgée de plus de 75 ans de « décompensation en cascade des pathologies ». Il s'agit d'une situation clinique fréquente en gériatrie, où la décompensation d'une fonction entraîne des décompensations organiques en série.

Au vieillissement naturel des organes, s'ajoute l'accélération de ce processus par l'atteinte de cet organe par une maladie chronique. À cela s'ajoutent les événements intercurrents. (*P.ex. infections, accidents cardio-vasculaires, etc.*) (Théorie 1 +2 +3 de Bouchon) (*voir figure I*)



1 + 2 + 3 selon J.P. Bouchon (*rev du prat 1984, 34:888*)

La polypathologie est la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période. [23] Cette situation est la règle chez les personnes très âgées : 93% des 70 ans et plus ont au moins deux maladies, et 85% au moins trois maladies. Les plus fréquentes sont les affections cardio-vasculaires et ostéoarticulaires. [24] Une étude québécoise a estimé la prévalence d'avoir au moins deux (voir plus) maladies chroniques dans les groupes d'âge au-dessus de 65 ans à 99% chez les femmes et 97% chez les hommes. Le nombre moyen de maladies chroniques par patient augmente aussi significativement avec l'âge. [23]

Selon les recommandations de la haute autorité de santé (*HAS*) la prise en charge d'une personne âgée polypathologique en soins primaires se fait en « 3 + 1 étapes » : Première étape est d'identifier les personnes âgées polypathologiques par le médecin traitant avec l'aide du pharmacien.

Deuxièmement évaluer les problèmes médicaux et la situation globale médico-sociale de la personne par le médecin traitant avec aide éventuelle des professionnels libéraux et si nécessaire une évaluation gériatrique spécialisée.

Et troisièmement, assurer le suivi et les réévaluations des diagnostics et des traitements.

La quatrième étape qui n'est pas systématique est l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS). (*voir PAERPA*) [25]

3. Le dispositif « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)

3.1. Origines

Lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012 (article 70) et 2013 (article 48), des projets d'expérimentation autour de la prévention et de la sortie d'hospitalisation ainsi que de l'ensemble du parcours de santé ont été lancés, dont le dispositif PAERPA fait parti.

Le dispositif PAERPA a été expérimenté par 9 territoires pilotes (dont *la Communauté urbaine du Grand Nancy*) depuis septembre 2013, puis étendu à 16 territoires (dont *l'ensemble de la Meurthe et Moselle*) depuis juin 2016 dans le cadre du Pacte Territoire santé 2 [26] et bénéficie ainsi un demi-million de personnes âgées en France.

L'objectif initial est de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible. Le mot d'ordre étant la « prévention ». L'idée est de partir en amont de la perte d'autonomie par le repérage des personnes fragiles et en isolant les principaux risques d'hospitalisations évitables (chute, dépression, iatrogénie), tout en optimisant la coordination des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux. [27]

3.2. Développement sur le territoire Lorrain

Cinq modes d'action sont prévus : Renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants, sécuriser la sortie de l'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments. [27]

En Meurthe et Moselle, l'expérimentation PAERPA a permis de préfigurer les « Coordinations Territoriales d'Appui » (CTA) autour de 4 missions :

- informer et orienter vers des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- activer ces ressources à la demande des professionnels ;
- appuyer à l'organisation des parcours complexes ;
- observer des événements de rupture du parcours de soins et réajuster les moyens mis en œuvre.

En pratique la CTA est un point d'entrée « dans le système ». Un numéro de téléphone unique est à disposition et y est fourni des compétences transversales et des solutions concrètes (p.ex. simples informations ou appui administratif). Toutes les personnes concernées par la prise en charge de la personne âgée peuvent y recourir (médecin traitant ou hospitalier, IDE, accompagnant, etc.). D'ailleurs ces CTA seraient amenées à

évoluer, pour devenir des « plateformes territoriales d'appui » (PTA) qui assureront les mêmes missions, mais sans distinctions d'âge, ni de handicap, ni de pathologie. [27]

3.3. Outils de mise en application du PAERPA

L'outil concret du dispositif PAERPA est le « Plan Personnalisé de Santé » (PPS) (*voir annexe*). Cela se présente comme un document qui reprend de manière exhaustive les problèmes et solutions qui y sont apportées, ainsi que les coordonnées des intervenants multiples (*acteurs de santé ou non*). Chaque PPS est composé d'un recto-verso, et d'une check-list de problèmes en annexe. La démarche PPS s'appuie sur une équipe de soins primaires, dénommées « Coordination Clinique de Proximité » (CCP), s'articulant autour du médecin traitant. Elle incorpore le pharmacien, les infirmiers, les kinésithérapeutes et tout autre professionnel de santé nécessaire à la prise en charge de la personne âgée fragile. Le PPS s'applique dans un raisonnement par problématique et un langage commun entre tous les acteurs et est partagé avec l'ensemble des intervenants.

Une plateforme d'information collaborative spécifique au territoire lorrain a été créée, nommée LIGO. [28] Elle reprend le PPS. Le patient n'y a pas accès. Pour l'instant elle est en phase de développement sur le territoire de la CUGN et n'est pas encore directement accessible par les différents logiciels métiers des professionnels de santé et ne concerne que les patients intégrés dans le dispositif PAERPA, donc ayant un PPS.

3.4. Développement, évolution et limites du dispositif « PAERPA »

Une étude qualitative réalisée trois ans et demi après la mise en place du dispositif PAERPA arrive à une conclusion mitigée.

Le premier point contrasté est l'hétérogénéité de la gestion des projets dans les différents territoires. Entre autre, l'articulation entre différentes expérimentations et les politiques locales était très dépendante de relations interpersonnelles.

Un autre frein pour la mise en place d'un tel dispositif est son opposition à l'approche traditionnelle cloisonnée entre la médecine « de ville » (*ambulatoire*) et la médecine hospitalière. Il y est également spécifié que l'approche s'oppose aussi à un cloisonnement interne aux agences régionales de santé (ARS) qui sont organisées en champs de compétences distincts.

Paradoxalement si cet aspect apparaît comme un frein, l'approche par « parcours de soins » est aussi le levier pour lever ces cloisonnements, car elle oblige les différents acteurs à communiquer. Ainsi le projet PAERPA et toute initiative allant dans le sens à

mettre en lien des acteurs de santé qui traditionnellement travaillent de manière séparée est une évolution positive de la gestion sanitaire, sociale et médico-sociale du patient.

Concernant la mise en place des PPS le même problème d'hétérogénéité y est décrit dans cette étude. Son usage variait de l'autonomie complète des CCP, à un soutien très appuyé de la CTA. Par contre, dans tous les cas, un point commun a été retrouvé : celui du rôle pivot essentiel du médecin traitant, autour duquel s'articule toute la prise en charge et la validation finale des PPS.

Il est à souligner que les systèmes d'information collaboratifs représentent un pan budgétaire important. Ils sont indispensables, mais les délais de conception et de déploiement sont trop longs et les résultats encore jugés insatisfaisants.

Pour finir, il semble qu'hormis les services de gériatrie et des urgences, les autres services hospitaliers resteraient hermétiques au projet PAERPA, et perdurent à travailler de manière autonome. [29]

4. Communication :

Le thème de la communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière fait débat depuis longtemps, en témoigne les nombreux articles et thèses de médecine qui lui est consacré.

Si dans la thèse de L. Fabre les médecins généralistes de Midi-Pyrénées disent à 57,9% être plutôt satisfaits, - voir très satisfaits - de la coopération avec les praticiens hospitaliers, il en ressort également que « *les médecins généralistes n'ont pas le sentiment d'être acteurs de la décision médical du patient* ». [30]

Une communication efficace entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, qu'elle soit verbale ou qu'elle soit par correspondance papier ou informatisée, peut atténuer les risques d'événements indésirables associés à la sortie de l'hôpital. [31, 32]

4.1. Les outils de communication entre l'hôpital et la médecine ambulatoire

Au-delà des classiques lettres de sortie d'hospitalisation et comptes-rendus d'hospitalisation, d'autres outils ont été développés, afin d'assurer une continuité des soins plus efficace.

Dans le sens hôpital vers la médecine ambulatoire, des efforts ont été réalisés suite au vote de la LFSS (loi de finance de la sécurité sociale) (art 70). En Lorraine et grâce aux réseaux gérontologiques, un outil de travail a été mis au point qui sert de transmission

d'information entre l'hôpital et le domicile appelé « Fiche de Sortie d'hospitalisation » (*FSH*). (Lié au développement de PAERPA) [33]

Ce document est créé pendant l'hospitalisation par un/e infirmier/ère diplômé/e d'état (IDE) et sera transmis aux différents intervenants (*IDE libéral, Médecin traitant, SSIAD*) et/ou au réseau gérontologique (si inclusion dans celui-ci) à la sortie d'hospitalisation. De plus un suivi téléphonique est réalisé à 72h, ainsi qu'une visite à domicile dans les 4 à 6 semaines. Le suivi au long terme est assuré par le médecin traitant. [33] Le but est de faire le lien entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire et d'éviter toute rupture de prise en charge. Au final et dans l'idéal le but serait aussi de prévenir tout évènement post-hospitalier évitable de ré-hospitalisation précoce.

En Alsace, l'ARS a mis en place un groupe de travail dont le but était la création d'outils et processus de liaison entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. Deux propositions en sont ressorties. Premièrement une « *fiche de liaison régionale et informatisée* » et deuxièmement une carte appelée « *Gardez le contact* ». [34] L'expérimentation en a conclu que malgré la pertinence et le besoin de ce genre d'initiative, le remplissage par le médecin généraliste de fiches très exhaustives incluant données sociales et médicales, restait chronophage et limitait son utilisation au quotidien.

La thèse de F-H. BRUNSCHWIG en 2013 à Nice visait à créer un document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique d'après les attentes des médecins généralistes. [35] Cette étude qualitative a abouti à un document qui montre encore une fois qu'au delà de ce qui existe déjà (surtout le compte-rendu hospitalier) des manques existent. En y palliant, on peut viser à améliorer la communication des intervenants hospitaliers et extrahospitaliers et par conséquent une approche plus fluide du parcours de soins.

4.2. L'outil de communication entre la médecine ambulatoire et l'hôpital : Le « Dossier médical partagé (DMP) »

4.2.1. Définition et fonctionnement

Suite à la loi de modernisation du système de santé de 2004 (loi n° 2004-81), le dossier médical partagé (DMP) a été créé.

Depuis le 5 janvier 2011, les Français qui le souhaitent peuvent demander la création de leur DMP. Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 précise les conditions d'application du DMP. Le DMP est un carnet de santé numérique. Il permet aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations utiles à la prise en charge du patient et de partager avec d'autres professionnels de santé des informations médicales le concernant (*antécédents, allergies éventuelles, médicaments, comptes-rendus d'hospitalisations et de consultations, résultats d'examens (radiographies, analyses biologiques...) etc.*)

Il est toujours accessible et sécurisé. Il est informatisé et le patient en contrôle l'accès.

Il n'est pas obligatoire et pour l'obtenir il faut en faire la demande, soit à l'entrée d'un établissement de santé, soit en consultation chez un médecin libéral, sous réserve que celui-ci soit équipé des outils informatiques adaptés. Il peut être fermé à tout moment, soit directement par le patient, soit auprès d'un établissement de santé ou lors d'une consultation médicale.

À partir de sa fermeture, le DMP est conservé 10 ans, puis supprimé. Pendant cette période, une réactivation est possible.

4.2.2. Evolution et limites du DMP

Malgré l'intitulé intéressant, les professionnels de santé ont du mal à adhérer. Selon le docteur Claude Leicher, président du syndicat de médecins généralistes MG France, « *tel qu'il existe aujourd'hui, [le DMP] n'est pas utilisé, et il n'apparaît pas utile dans notre pratique professionnelle au quotidien.* » [36] Effectivement depuis les premières ébauches du DMP en 2004 (nommé à l'époque encore « Dossier médical personnel ») il y a eu moins de 500'000 dossiers créés. Une première explication peut être son délai de développement et de mise en œuvre. Effectivement entre sa création (2004) et sa mise en route (2011), il se sont passés 7 ans où pour des raisons logistiques et décisionnelles rien de concret n'a été fait et les professionnels n'ont pas attendu pour avancer de leur côté.

La cour des comptes relève aussi que le dossier médical partagé, risque de se heurter aux réticences des patients, qui peuvent demander que certaines informations n'y figurent pas, et aux difficultés des systèmes d'information hospitaliers pour les alimenter en routine. [37] Ceci est paradoxal, car selon un sondage 69% des français sont favorable à la mise en place du dossier médical partagé.

Il est à noter qu'après ces successifs échecs le Président de la République, Monsieur Emmanuel Macron, a annoncé le (nouveau) coup d'envoi du DMP, lors de la présentation du « plan santé 2022 » en septembre 2018. Aucun agenda de mise en route, ni le coût n'ont été annoncés. [19]

III. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive sur l'attente des médecins généralistes lorrains en matière de format et de contenu d'une fiche de communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière sur la situation psycho-sociale de la personne âgée.

2. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en trois étapes :

a) 1^e étape : Définition du contenu du questionnaire :

L'entête du questionnaire comprend le descriptif et l'objectif de l'étude.

Le questionnaire débute par le recueil du profil du répondant (*partie 1*). Une attention particulière sur le lieu d'exercice (selon la distance par rapport à un hôpital), car les pratiques peuvent différer selon la proximité d'un hôpital. Et cela a un impact sur les moyens et la facilité de communication avec les professionnels hospitaliers. Autour d'un centre hospitalier gravitent plus de médecins et donc on imagine plus de facilité d'y accéder.

Le corps de l'étude est représenté par les questions sur le contenu (appelé « items ») (*partie 2*). Les items non exhaustifs qui ont été choisis en collaboration avec la directrice de thèse et soumis à une première analyse par un professeur en médecine générale ayant un champ d'expertise en gériatrie. Les éléments purement médicaux ont été écartés (*antécédents médico-chirurgicaux, traitements médicamenteux, dernières hospitalisations, MMSE*), au vu de la nature de la fiche qu'on veut créer, qui ne doit pas remplacer les courriers médicaux classiques. D'autres items ont été écartés pour cause de redondance (*grilles ADL, IADL et maintien de grille AGGIR*). Ils ont ensuite été présentés dans un tableau sous forme *d'échelle de Likert*.

La *partie 3* se compose des questions sur la forme de la fiche, son mode de transmission et son mode de stockage. L'importance de cette partie est de cibler l'intégration de la fiche de communication dans la pratique quotidienne du médecin généraliste (adéquation avec le mode de gestion des dossiers médicaux informatiques, physiques), contraintes de temps et l'utilité dans la pratique au long court.

La *partie 4* reprend en trois questions 2 projets de communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière concernant la prise en charge de la personne âgée en Lorraine. Il s'agit d'une enquête simple de connaissance de ses projets en pratique quotidienne.

La *partie 5* contient des questions à réponses libres sur d'éventuels items non mentionnés dans notre questionnaire que les médecins généralistes pensent pertinents à inclure dans notre fiche de communication psycho-sociale. Il leur est proposé également de s'exprimer sur la prise en charge médico-psycho-sociale de la personne fragile dans sa globalité et de suggérer des améliorations.

b) 2^e étape : Soumission à la critique (pré-test) :

Le questionnaire a été envoyé séparément à dix docteurs spécialisés en médecine générale. Le but est de recueillir l'appréciation globale du questionnaire en termes de compréhension et de pertinence des questions, ainsi que du format choisi.

Quatre médecins généralistes sur les dix ont répondu et exprimé leurs questionnements et doutes sur le questionnaire. Certaines questions ont été reformulées différemment. Pour une meilleure lisibilité la mise en page du questionnaire a été réajustée. Aucune question n'a été enlevée, ni ajoutée à cette étape.

c) 3^e étape : Réajustement pour analyse statistique et envoi :

Le questionnaire a été ensuite analysé par un Professeur de Biostatistique et de Santé publique afin que l'analyse statistique et la création d'un tableau de recueil de données soit réalisé.

500 questionnaires ont été envoyés par voie postale, accompagnés d'une enveloppe réponse pré-timbrée en 5 vagues successives de 100 envois entre le 22 février 2018 et le 15 mars 2018. 150 réponses étaient attendues. Les réponses ont été collectées sur 4 mois (16 semaines) et une relance téléphonique était prévue à 2 mois selon le taux de réponse initiale. Si à 3 mois la moitié des réponses attendues n'était pas revenue (75 réponses), un nouvel envoi de 500 questionnaires était programmé.

3. Sujets participant à l'étude :

Médecins généralistes libéraux (*installés ou remplaçants thésés*) des 4 départements de la région Lorraine. Les médecins généralistes hospitaliers ou remplaçants non thésés ainsi que les médecins généralistes ne pratiquant pas principalement la médecine

générale, ont été exclus. Cette fiche se voulant intégrée aux contraintes d'exercice des médecins généralistes libéraux.

4. Critères de jugement :

a) La forme, le stockage, l'envoi et l'intervalle de réévaluation de la fiche de communication seront choisis selon la majorité des réponses récoltées. (*>50% pour les questions binaires, et pourcentage le plus élevé si plus de 2 réponses sont possibles*). En cas de parfaite égalité, 10 nouveaux questionnaires seront envoyés et seule les questions non partagées seront analysées, jusqu'à obtention d'une réponse majoritaire.

b) Les réponses sur le contenu de la fiche étant exprimées dans une échelle de Likert les items seront inclus selon la modalité suivante :

Rappel échelle utilisée dans le questionnaire

	-2 Pas pertinent	-1 Peu pertinent	0 Neutre	+1 Pertinent	+2 Indispensable
ITEM X					

- Un item sera inclus d'office si >50% de réponses « indispensable » (+2)
- Un item sera exclu d'office si > 50% de réponses « pas pertinent » (-2)
- Pour les items ayant reçus <50% de réponses « indispensable » (+2), il sera analysé les réponses « pertinent » (+1). Si la somme des réponses « indispensable » (+2) et « pertinent » (+1) >50%, l'item sera inclus à la fiche de communication.
- Pour les items dont la somme des réponses « indispensable » (+2) + « pertinent » (+1) < 50%, l'item sera inclus si cette somme est supérieure à la somme des réponses « pas pertinent » (-2) + « peu pertinent » (-1).
- Si la somme des réponses « pas pertinent » (-2) et « peu pertinent » (-1) > 50% l'item sera exclu de la fiche de communication.
- En cas de parfaite égalité entre les sommes des réponses « indispensable + pertinent » et « pas pertinent + peu pertinent », 10 nouveaux questionnaires seront envoyés et seules les questions non partagées seront analysées, jusqu'à obtention d'une réponse majoritaire.

- Les réponses « neutre » (0) ainsi que l'absence de réponse, sont a considérées comme un sujet n'exprimant pas son avis sur la question et ne rentreront donc pas dans les critères de partage pour l'inclusion d'un item dans la fiche de communication.

c) Les commentaires libres :

Les suggestions en commentaire libre seront regroupées en thèmes communs pour analyse statistique. (Par exemple « *désir d'entrer en EHPAD* » et « *refus d'institutionnalisation* » = thème « *devenir du patient* »)

Pour la question 5.A. « *Hormis les items susmentionnés, quels autres items pensez-vous nécessaires d'inclure dans ce fichier de communication ?* », les réponses concernant les sujets purement médicaux seront écartées (antécédents, traitement, maladies neurologiques, etc.), pour garder l'aspect purement psycho-social. Les thèmes seront analysés selon leur fréquence. Les thèmes proposés majoritairement seront potentiellement inclus dans la fiche de communication.

Pour la question 5.B. « *Quelles autres suggestions vous sembleraient pertinentes dans le contexte de prise en charge médico-psycho-sociale?* », les réponses concernant les sujets médicaux seront permises. Cette question plus globale sera analysée séparément et mettra en perspective les besoins ressentis en termes de prise en charge de la personne fragile et les éventuelles lacunes et nécessités.

IV. RESULTATS

1. Les retours questionnaires

Sur les 500 questionnaires envoyés, 245 ont été retournés entre le 26 février 2018 et le 04 juin 2018.

A noter que 11 questionnaires sont revenus dans l'enveloppe d'origine pour cause de destinataire inconnu à l'adresse marquée ; (Adresse erronée sur pagesjaunes.fr ?, déménagement ?)

234 questionnaires étaient ainsi analysables. Ce qui correspond à un taux de réponse de 46,8%.

8 réponses ont été exclues car les médecins n'exerçaient plus en médecine générale.

Donc 226 questionnaires ont été validés et inclus pour analyse statistique.

2. Profil des médecins répondants (voir tableau I)

Sur les 226 médecins répondants inclus, on recense 162 hommes (71,7%) et 64 femmes (28,3%).

Tableau I : Caractéristiques des médecins répondants

		Nombre (n)	Part (%)	Part validé (%)
Groupe d'âge	TOTAL	226		
	< 35 ans	16	7,1	7,1
	35-45 ans	39	17,3	17,3
	45-55 ans	47	20,8	20,8
	55-65 ans	104	46,0	46,0
	>65 ans	20	8,8	8,8
	NR	0		
Type exercice	TOTAL	223		
	Installé	221	97,3	99,1
	Remplaçant	2	0,9	0,9
	NR	3	1,3	
Mode d'exercice	TOTAL	226		
	Cabinet seul	83	36,7	36,7
	Cabinet de groupe	80	35,4	35,4
	MSP avec paramédicaux	59	26,1	26,1
	MSP sans paramédicaux	1	0,4	0,4
	Autre	3	1,3	1,3
	NR	0		

Tableau I : Caractéristiques des médecins répondants (suite)

	TOTAL	226		
Lieu d'exercice par rapport à un hôpital	< 20 min	174	77,0	77,0
	> 20 min	47	20,8	20,8
	>40 min	5	2,2	2,2
	NR	0		
	TOTAL	225		
Durée d'exercice	< 5 ans	13	5,8	5,8
	5 – 10 ans	25	11,1	11,1
	> 10 ans	187	82,7	83,1
	NR	1	0,4	

3. Contenu de la fiche de communication.

Les réponses à 19 items ont été analysées.

6 items ont >50% de réponses « *indispensable* ». Ce sont les items : « si le/la patient/e vit seul/e » (70,8%), « numéro de téléphone » (63,7%), « adresse du patient » (61,9%), « présence des enfants » (56,6%), « intervention IDE » (53,1%) et « aides extérieures » (50,9%). Ils ont inclus dans le questionnaire d'office. **(Tableau III)**

Il n'y a aucun item ayant >50% de réponses « pas pertinent ».

12 items présentent une somme des réponses « *indispensable + pertinent* » >50%. Les items les plus plébiscités sont « la nomination d'une personne de confiance » (82,7%), « la protection juridique » (78,8) et « les coordonnées des intervenants » (77,9%). **(Tableau III)**

Aucun item n'a de somme « pas pertinent » + « peu pertinent » > 50%. Les plus rejetés néanmoins sont (*somme « pas pertinent + peu pertinent » la plus haute*) : « grille SEGA » (15%), « grille AGGIR » (12,4%) et « utilisation véhicule » (11,6%). **(Tableau III)**

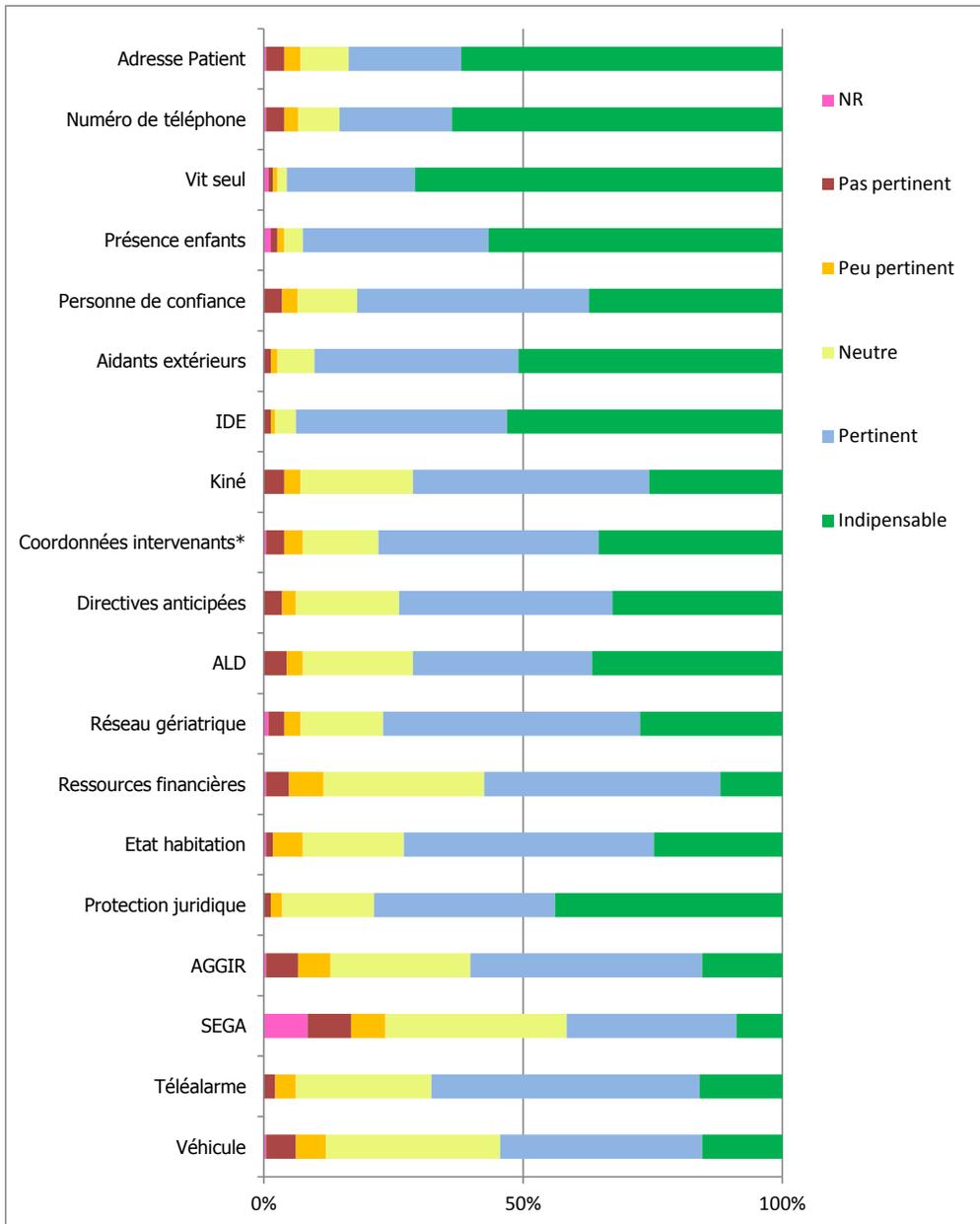
Le seul item n'ayant pas une somme « pertinent » + « indispensable » > 50% est l'item « grille SEGA » (41,5%), mais qui reste supérieur à la somme des avis négatifs (15%). Il faut soulever les avis « neutre » (35%) ou non répondants (8,4%) élevés. **(Tableau III)** La question doit se poser si la grille de repérage de la fragilité « SEGA » (*Short Emergency Geriatric Assesment / Sommaire Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission des Urgences*) n'est pas méconnue.

Les coordonnées des intervenants paracliniques qui seront inclus dans la fiche de communication seront les numéros de téléphone de la famille (92,9%), des IDE (87,2), pharmacie (65,5%) et Kinésithérapeute (54,9%). **(Tableau II)**

Tableau II. Coordonnées des intervenants paracliniques

Coordonnées	En faveur de l'inclusion					
	OUI		NON		NR	
	n	%	n	%	n	%
Téléphone famille	210	92,9	7	3,1	9	4,0
Adresse famille	112	49,6	77	34,1	37	16,4
Téléphone IDE	197	87,2	16	7,1	13	5,8
Adresse IDE	47	20,8	127	56,2	52	23,0
Téléphone Kiné	124	54,9	83	36,7	19	8,4
Adresse Kiné	44	19,5	133	58,8	49	21,7
Téléphone Pharmacie	148	65,5	58	25,7	20	8,8
Adresse Pharmacie	61	27,0	115	50,9	50	22,1

Tableau III. Items devant constituer le contenu de la fiche



4. Forme et utilisation de la fiche de communication

4.1. Forme de la fiche

55,8% des médecins généralistes préconisent que la fiche se présente sous forme de questions à choix multiples, c'est-à-dire des « cases à cocher », plutôt que sous forme d'échelles (5,3%) (P.ex. échelle de Likert) et 31,4% une fiche constituée d'un mélange des deux. A noter que 7,5% des médecins répondants n'ont préconisé aucune des 3 solutions. Ils ne préconiseraient que les commentaires libres.

Si l'on ne considère que le souhait de commentaires libres, les réponses se divisent parfaitement (**tableau IV**). Néanmoins il faut prendre en compte que 14% de ceux qui veulent des commentaires libres, ne veulent QUE cela.

Tableau IV : Forme de la fiche de communication

Forme de la fiche	n	Part (%)
TOTAL	199	
QCM	126	55,8
Echelles	12	5,3
QCM + Echelles	71	31,4
NR	17	7,5
Commentaires libres	n	Part (%)
TOTAL	226	
OUI	113	50,0
NON	113	50,0

4.2. Stockage de la fiche

56,6% des médecins généralistes plébiscitent un stockage sous forme informatique, 6,2% sous forme physique (*papier*) exclusivement et 36,3% sous les 2 formes.

Tableau V : Stockage de la fiche

	n	Part (%)	Part validé (%)
TOTAL	221		
Physique (papier)	14	6,2	6,3
Numérique	128	56,6	57,1
Les deux	82	36,3	36,6
NR	2	0,9	

4.3. Modalité d'utilisation et d'envoi

Plusieurs réponses étaient possibles. (**Tableau VI**)

84,5% des médecins généralistes voient la fiche de communication comme un document qui sera joint à une correspondance médicale principale (*lettre d'adressage au SAU, lettre d'hospitalisation directe, etc.*)

36,3% la voient comme un document de communication informatique.

8% des médecins généralistes voient la fiche de communication comme une lettre indépendante.

Tableau VI : Modalités d'utilisation

Envoi	n	Part (%)
TOTAL	226	
Courrier indépendant	18	8,0
Joint au courrier médical	191	84,5
Courrier électronique	82	36,3
Fréquence mise à jour	n	Part (%)
TOTAL		
Chaque utilisation	30	13,3
Chaque évènement indésirable	174	77,0
Intervalle fixe	22	9,7

4.4. Fréquence de mise à jour de la fiche

Pour 77% des médecins généralistes la mise à jour doit se faire à chaque nouvel évènement indésirable ou changement de situation de la personne.

13,3% des médecins généralistes préconisent qu'elle ne soit modifiée et mise à jour qu'à chaque utilisation de la fiche de communication.

9,7% voudraient qu'elle soit mise à jour à intervalle régulier. Dans ce cas là, 54,5 % des répondants feraient une mise à jour par an (tous les 365 jours). En moyenne il faudrait faire une mise à jour tous les 266 jours (toutes les 38 semaines). Valeur minimum 90 jours et maximum 365 jours.

5. Autres moyens de communication

5.1. « Fiche de sortie d'hospitalisation » (FSH) (**Tableau VII**)

Sur les 226 médecins interrogés répondants, 57,1% ne connaissent pas la « Fiche de sortie d'hospitalisation » (FSH). Pour les médecins connaissant la FSH, 62,9% l'utilisent.

Tableau VII : Autres moyens de communication

Connaissance FSH	n	%		
TOTAL	226			
OUI	97	42,9		
NON	129	57,1		
Utilisation	n	%	%validé	
TOTAL	226			
OUI	61	27,0	62,9	
NON	36	15,9	37,1	
NR	129	57,1		

5.2. Dispositif « PAERPA » (Personne en risque de perte d'autonomie)

La moitié des médecins généralistes lorrains interrogés connaissent le dispositif « PAERPA ». Il est noté qu'il est mieux connu parmi les femmes médecins (59,4%) que parmi les hommes. (46,3%) (**Tableau VIII**)

Tableau VIII : PAERPA

Connaissance PAERPA	n	%	Femmes		Hommes	
			(n)	(%)	(n)	(%)
TOTAL	226		64		162	
OUI	113	50	38	59,4	75	46,3
NON	113	50	26	40,6	86	53,7

6. Suggestions libres des répondants

Sur les 226 réponses, 52 médecins généralistes (23,0%) ont fait des propositions en commentaire libre sur des items supplémentaires à rajouter éventuellement à la fiche de communication.

Pour la question 5A et afin de garder l'aspect purement psycho-social, les réponses concernant les sujets purement médicaux ont été écartées (*antécédents, traitement, maladies neurologiques, etc.*).

Les réponses ont été regroupées en thèmes communs pour analyse statistique. (**Tableau IX**)

Les suggestions concernant la prise en charge médico-psycho-sociale (Question 5B) dans sa globalité ont subies le même traitement (regroupement en thèmes communs pour analyse statistique).

Tableau IX : Suggestions d'items à incorporer dans la fiche

	Occurrences (n)	Part (%)	Part corrigé (%)*
DEVENIR DU PATIENT	6	11,4	14,6
INFORMATIQUE / LOGISTIQUE	3	5,8	7,3
ACTIVITE PHYSIQUE / LOISIRS	1	1,9	2,4
LANGUE COMPREHENSION	4	7,7	9,7
MEDICAL	11	21,5	////
GESTION DES REPAS	3	5,8	7,3
ETAT NEURO-PSYCHIATRIQUE	3	5,8	7,3
SCE SOCIAUX	2	3,8	4,9
AIDE AUX CONJOINTS/ AIDANTS	4	7,7	9,7
COORDONNES MT	5	9,5	12,2
RESSOURCES FINANCIERES/PROFESSION	2	3,8	4,9
PRESENCE ANIMAUX	2	3,8	4,9
INTERVENANTS MEDICAUX	3	5,8	7,3
DMP	2	3,8	4,9
COMMENTAIRE LIBRE	1	1,9	2,4
	52	100	100

*notez que la part corrigé (%) correspond au pourcentage de réponses après élimination des items purement médicaux

V. DISCUSSION

1. L'étude

1.1. Points de satisfactions et forces de l'étude

Que ce soit du point de vue de l'âge comme du sexe, l'échantillon de l'étude est représentatif de la démographie médicale Lorraine, 46% âgé 55-65 ans, (44% en région Lorraine), 28,3% de femmes pour l'étude (29% en région Lorraine). [39] La grande majorité des médecins généralistes (82,7 %) qui ont répondu, ont plus de 10 ans d'expérience. Cette donnée apporte une légitimité particulière aux réponses.

Il y a une forte représentation des médecins exerçant à moins de 20 minutes d'un hôpital. Cela est compatible avec les données de terrain, qui montre que la densité médicale augmente en périphérie des hôpitaux. [40] On peut être amené à penser que ce sont ces médecins là qui se sentent le plus concernés par la thématique de la communication entre la médecine ambulatoire et hospitalière.

Le **taux de réponse** est satisfaisant (**46,8%**). Le choix de l'envoi du questionnaire par voie postale avec lettre retour, est à contre courant des tendances actuelles de mode d'enquête pour les thèses. Les enquêtes se font plutôt par informatique (par exemple questionnaire Google docs). Nous savions que cette manière de faire serait plus contraignante pour nous, ainsi que pour les médecins sollicités. Le fort taux de réponse vient évidemment souligner l'intérêt que les médecins généralistes portent aux thèmes qui sont développés dans la thèse.

Tous les items proposés à évaluation dans le questionnaire seront intégrés dans la fiche de communication, puisque tous satisfont le critère d'inclusion et aucun n'a été rejeté massivement. Cela est le fruit d'un questionnaire qui est passé par une phase d'élaboration longue, et peut-être fastidieuse, et dont les éléments qui auraient pu parasiter le bon déroulement de l'étude (incompréhensions, mise en page, longueur, fautes de français...) ont été gommés. Il est indéniable aussi que cela a contribué au relatif succès et le taux de réponse important.

Le résultat démontre la cohérence de notre démarche.

1.2. Biais de l'étude

Comme toute étude transversale descriptive, la notre peut comporter plusieurs biais que nous avons tenté de limiter, afin qu'ils n'aient que peu d'impact sur le résultat final, c'est-à-dire la fiche créée.

Un biais de sélection découle de la modalité de choix des médecins généralistes en recherchant par le simple mot clé « médecine générale » et « lorraine » dans le moteur de recherche du site *pagesjaunes.fr*. On aurait également pu imaginer qu'entre le moment de la déclaration d'adresse et sa recherche, elle aurait pu changer. Au final le biais de sélection a eu peu de conséquences sur la représentativité de l'échantillon de répondeurs en région Lorraine.

Des biais d'informations étaient également à envisager. Comme dans toute étude déclarative par auto-questionnaire, il existait un risque d'informations fausses ou manquantes. Encore une fois ce type de biais est limité, car les questions portaient surtout sur un avis personnel, et a fortiori subjectif, et donc aucune « erreur » n'est possible. Ce qui nous amène à une autre source potentielle de biais d'information qui est le choix de questions fermées. Ce choix découle de la volonté de faciliter le traitement des données. Le choix d'une échelle de Likert pour la partie principale (contenu de la fiche) a permis une nuance aux réponses que n'auraient pas permises des questions binaires (oui/non, pour/contre), qui auraient éventuellement cloisonné les médecins répondants qui auraient aimé répondre « *oui, mais...* », ou « *non, mais...* », dans le cadre de réponses ouvertes. De plus, la possibilité de réponses ouvertes courtes était donnée à la fin du questionnaire.

On doit noter la grande différence entre le nombre de médecins installés versus les médecins remplaçants. Ceci s'explique de plusieurs manières. D'abord, il est très difficile d'envoyer un courrier postal directement à un médecin remplaçant dont il est compliqué de récupérer l'adresse postale personnelle. Au-delà du fait que les médecins remplaçants sont moins nombreux que les médecins installés. Il est à noter que beaucoup de médecins remplaçants, sont des étudiants en médecine avec licence de remplacement, qui ont été exclus de l'étude. Néanmoins, cette donnée ne constitue aucune limite à l'étude.

2. Contenu de la fiche de communication

2.1. Les items inclus d'office

Les 6 items considérés indispensables par plus de la moitié des médecins répondants sont des items concernant l'entourage du patient. Un intérêt pour ce thème ressort et est en accord avec beaucoup d'études qui traitent du sujet, et qui montrent l'importance

des liens sociaux. Par exemple, l'étude « *Harvard Study of Adult Development* » qui étudie depuis 1939 les facteurs impliqués dans le vieillissement en bonne santé, tant du point de vue physique que psychologique, dont la principale conclusion est que les relations interpersonnelles de qualité (*famille, amis*), représentent un des plus importants facteurs prédictifs de la bonne santé d'une personne. [41,42]

On a été plutôt surpris par le consensus autour de certains thèmes, qu'on considérait initialement comme clivant, comme par exemple le sujet des « *directives anticipées* ». Il a été adopté afin qu'il intègre la fiche (73,9 % d'avis favorables dont 32,7% considérés comme « indispensable »). Ce dispositif légal a été créé en 2005 par la loi « Leonetti » (Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie du code de santé publique) et modifié en 2016 par la loi « Claeys-Leonetti » (Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 du code de santé publique) et permet au patient d'exprimer sa volonté de prise en charge s'il se retrouve en situation de maladie ne lui permettant plus de s'exprimer par lui-même et qui « s'impose au médecin ». Il renvoie directement au sujet sensible de la mort, qui est encore difficilement abordé par les médecins [45] et par les patients [46]. La thèse du Docteur Mathilde Gehin, de 2008, montrait entre autre que la loi Leonetti et les dispositifs qui en découlaient (comme les directives anticipées) étaient peu connus des patients et des médecins. [52] On pourrait penser que nos a priori n'étaient pas fondés ou que les mentalités ont évolué sur l'approche de la fin de vie et de la mort. Le temps que prend l'évolution des pratiques et des mœurs est à prendre en compte, ainsi que la communication autour du sujet.

2.2. Les items les moins consensuels

Un item en particulier soulève question, celui de la « grille SEGA-A » (forme utilisée en Lorraine) (*voir annexe*). Cet outil de repérage de la fragilité, élaboré initialement en Belgique en 2004 et validé et adapté pour la France par une équipe du CHU de Reims [43,44] semble peu connu au vu des résultats de l'étude et les quelques annotations ou commentaires laissés par les médecins répondants. L'outil est pourtant utilisé par les 13 réseaux gérontologiques de Lorraine (retenu comme outil d'identification de rupture du maintien à domicile par les réseaux Lorrains). On doit en déduire qu'un frein à sa connaissance existe. Soit la communication entre les réseaux gérontologiques et la médecine ambulatoire libérale est peu performante, soit les résultats de la grille « SEGA-A » ne sont pas communiqués ou la donnée est transmise mais pas intégrée dans le quotidien de la pratique du médecin généraliste. Mais il apparaît également que cette grille n'est pas totalement consensuelle dans sa forme. Par exemple au sein du réseau gérontologique « *Hippocampes* » du département de l'Essonne, il a été décidé de supprimer la question de la « *Perception de sa santé* ». Ou encore les réseaux de

Poitou-Charentes qui ont supprimé 3 questions qu'ils ont remplacées en ajoutant 8 questions complémentaires.

Le sujet de la fragilité de la personne âgée semble être une donnée intéressante pour les acteurs de leur prise en charge et la grille SEGA-A (peu importe sa forme finale) pourrait être un début de réponse. A priori, en l'état elle semble être peu adaptée au quotidien de la médecine ambulatoire. Elle a probablement un côté fastidieux et un item subjectif comme « *Perception de sa santé par rapport aux personnes du même âge* » peut être un frein à son utilisation. Une notice d'utilisation a d'ailleurs été créée un an après la validation scientifique du contenu du volet A de la grille SEGA pour faciliter son utilisation, mais la notice seule remplit une page au format A4 (voir annexe). Eventuellement, grâce à l'utilisation de notre fiche, le remplissage de la grille SEGA se fera de manière plus régulière, ou même qu'elle aidera à compléter la grille SEGA pour un repérage très précoce de la fragilité de la personne âgée.

Les items « *ressources financières* » et « *utilisation d'un véhicule* » ont eu moins d'échos positifs tout en remplissant les conditions pour intégrer la fiche. « *Ressources financières* » était un item qu'on pensait également moins consensuel et on a décidé de l'aborder plutôt par le prisme des « aides financières ». Parler d'argent est toujours culturellement délicat en France, mais ne peut, selon nous pas être totalement occulté dans le contexte de la prise en charge sociale d'un patient et de son maintien à domicile adapté à son état de santé. L'« utilisation d'un véhicule » était selon nous une manière d'implanter un autre repère d'autonomie quotidienne ou d'isolement social.

3. Forme et logistique de la fiche

Pour la forme ainsi que pour la logistique de la fiche les médecins généralistes répondants ont plutôt opté pour la simplicité d'utilisation. La forme « *choix multiples* » (55,8%) a été plébiscitée. Cela est un résultat moins surprenant, car cela va dans le sens de la rapidité d'utilisation.

Sans surprise non plus, le stockage informatique a été préféré à un stockage physique. Cela s'explique facilement par la large informatisation de la gestion des dossiers médicaux en cabinet de médecine ambulatoire. Il faut distinguer deux aspects de la gestion informatique: le remplissage et le stockage. Notre question ne portait que sur le stockage, qui peut se faire facilement par simple numérisation (*scanner*) de la fiche remplie. Par contre pour le remplissage « *informatique* » la fiche va rencontrer des limites. Dans l'idéal, elle devrait être intégrée dans un logiciel de gestion de cabinet médical. Cette étape là, néanmoins devra se faire dans un avenir proche et n'a pas été

traitée. Un frein pourrait être l'hétérogénéité des logiciels informatiques en cabinet de médecine générale.

4. Les items proposés par les médecins répondants

Les réponses aux questions ouvertes « *exploitables* » pour la création de la fiche ont été très peu nombreuses finalement. (17,6% de réponses exploitables pour la question 5.A.) Et devant ce faible taux rien n'aura été retenu pour la fiche. Des idées intéressantes ont été évoquées et pourraient être sujettes à discussion dans une future adaptation de la fiche. Les items les plus cités sont « *le désir et le devenir du patient* », « *la compréhension globale ou la barrière linguistique* », le sujet du « *conjoint et son état de santé* ». Ces 3 items nous semblent très pertinents.

Dans ce cadre un sujet a soulevé un regret chez nous : l'absence, de notre part, de la prise en considération du conjoint. On s'imagine de manière quasi-automatique la personne âgée seule. D'ailleurs un rapport de l'Insee datant d'août 2017 montre que les seniors sont les personnes qui vivent le plus souvent seules : en 2013, 21% des hommes et 48% des femmes de 75 ans ou plus étaient dans ce cas. Une étude belge de 2007 montre en plus que les veuves se disent en moins bonne santé dans l'année qui suit le décès du mari. [51] On suppose que chez certains, des mécanismes de santé physiques et psychologiques sont directement liés à la vie de couple et que cet équilibre est détruit en cas de veuvage ou d'absence prolongée du conjoint (p.ex. pour hospitalisation). A notre avis, il serait important de revoir la fiche sur ce point dans l'avenir, car il y a ici probablement une analyse de la fragilité de la personne que nous avons omise de manière regrettable.

Une autre suggestion qui est revenue est celle « *des coordonnées du médecin traitant* ». Effectivement là on pourrait être amené à penser à un nouveau raccourci de notre part, et que ce serait a priori au médecin traitant de remplir la fiche et donc qu'il s'identifierait « *automatiquement* ». Un emplacement pour l'identification sera donc ajouté à la fiche. Mais cela ouvre surtout le débat sur « *qui est supposé remplir cette fiche ?* ». De notre part et au vu de notre méthodologie pour la conception de la fiche, elle est d'abord créée par les médecins généralistes, pour les médecins généralistes. Mais il est évidemment imaginable et peut être souhaitable qu'elle soit dans l'avenir adoptée par d'autres acteurs de la santé.

De manière plus anecdotique, certains médecins répondants ont profité de l'occasion pour exprimer une certaine forme de frustration vis-à-vis de la charge de « travail administratif » déjà existante. (« *La fiche sera longue à remplir* », « *qui va remplir cette fiche sociale ? ENCORE le généraliste ?* », « *gestion d'une telle fiche par le MG*

inenvisable ».) Dans la thèse d'exercice de A. Kempa sur « *Le vécu du métier de médecin généraliste en 2017* » il ressort que « les médecins généralistes semblent se sentir véritablement débordés par la charge de papiers à gérer qui s'intensifie au fil des années » [48] Encore une fois, notre étude a été dirigée de manière ciblée exclusivement sur la population des médecins généralistes afin d'intégrer la fiche qui en ressortira dans les contraintes de leur pratique.

Les suggestions pour la prise en charge globale médico-psycho-sociale (question 5.B) le taux de propositions est encore plus bas (14,2% des médecins répondants ont fait des propositions). Le thème qui ressort est celui du manque ou de la difficulté d'accès aux services sociaux (28,1% des suggestions). Le nombre d'assistants en services sociaux serait en baisse. Si on prend les chiffres des candidats inscrits en formation d'assistant de service social, le nombre est en baisse de 7% entre 2006 et 2016 et si on prend en compte les candidats à l'entrée en formation celui-ci est en baisse de 47 %. [47] Cela expliquerait facilement la difficulté d'accès aux « services sociaux ».

5. FSH et PAERPA

D'autres outils de communication existent et en particuliers dans le cadre du dispositif PAERPA, comme par exemple la FSH qui est utilisée en Lorraine. Notre enquête révèle que 57,1% des médecins interrogés ne connaissent pas la FSH.

La fiche de sortie d'hospitalisation est exhaustive et contient beaucoup d'informations médico-sociales. Elle se transmet en format informatique et/ou papier. Elle comporte de nombreux volets (état civil, entourage, logement, aides, traitements médicamenteux et non médicamenteux et leurs changements en cours d'hospitalisation, antécédents, état général du patient, un tableau type « diagnostic infirmier » retraçant les problématiques hospitalières et leurs solutions, et même certains résultats biologiques), tout cela en plus du compte-rendu hospitalier. Pour les médecins qui la connaissent elle est largement utilisée (62,9%). Le faible taux de connaissance peut être dû à un biais de sélection car tous les services de médecine polyvalente ou de gériatrie lorrains ne l'utilisent pas (elle est surtout développée en Meurthe-et-Moselle). Cette limite s'est révélée à nous, car nous n'avons pas enquêté sur le département des médecins répondants. Ceci dit à première vue, la fiche de sortie d'hospitalisation est redondante avec certains éléments du compte-rendu d'hospitalisation et est longue à remplir (même s'il y a une personne dédiée), mais elle est surtout très longue à lire pour le médecin qui la reçoit (en plus d'un « courrier de sortie » et du compte-rendu d'hospitalisation).

Ce qui nous a beaucoup plus marqué en revanche est que la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas le dispositif PAERPA. L'explication est probablement que

PAERPA est un dispositif surtout répandu en Meurthe-et-Moselle (*territoire pilote : Communauté urbaine du Grand Nancy*).

Les premières évaluations d'impact de PAERPA montrent que le dispositif dans sa globalité n'a pas eu d'effet significatif moyen ou mesurable dans les territoires qui le mettent à l'épreuve. [49]

Cependant en Lorraine et sur l'indicateur « *taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisations* », il a une évolution favorable en comparaison avec les témoins. [49] Donc le dispositif tel qu'il a été mis en œuvre en Lorraine permet moins d'hospitalisations après un passage par le Service d'accueil des urgences (SAU). Cette mise en perspective nous interroge sur la communication autour de ce dispositif, qui semble de prime abord cohérent. Les résultats initiaux globaux sont décevants (*un article de « Le quotidien du médecin.fr » le qualifie de « flop »*) [50], mais ils montrent surtout que les territoires les mieux organisés (car déjà organisés avant le dispositif) étaient prêts à l'appliquer et ont des résultats plus précoces. On sait que le projet lorrain a d'abord mobilisé les compétences et les expériences préexistantes (p.ex. PRADO, ARDH). Et PAERPA a d'abord été complémentaire (notion de « subsidiarité »). [53] Même s'il n'a pas eu d'efficacité sur les indicateurs « *durée de séjour* » et « *ré-hospitalisation à 30 jours* ». [49] La question se pose s'il existe un facteur pouvant influencer sur ces indicateurs là ? Sont-ils les indicateurs optimaux pour cette tranche démographique d'âge ? Ou les longues durées d'hospitalisations et les réhospitalisations précoces ne seraient-elles pas liées directement à l'âge ou aux pathologies qui en découlent ?

6. Une fiche « psycho-sociale » ?

On se rend compte que la fiche initialement « *psycho-sociale* » est une fiche surtout « *sociale* ». Les prémices du questionnaire nous le faisaient déjà deviner. Le volet psychologique était intimement lié aux données médicales, qui ont été écartées. Il serait intéressant de voir sur la longueur si « *la présence de troubles cognitifs* » ne pourrait pas faire son entrée dans la fiche, car cela peut éventuellement mettre en perspective la situation « sociale ».

Néanmoins le résultat final nous satisfait car il positionne la personne âgée dans son environnement tout en satisfaisant les prérogatives des médecins qui vont la remplir.

VI. CONCLUSION

La fiche maintenant créée (*voir annexe*) et adaptée à la pratique des médecins généralistes, il ne lui reste plus qu'à être appliquée sur le terrain en conditions réelles.

Une nouvelle étude ou un nouveau travail de thèse peut découler de celui-ci. Cette fois-ci de faisabilité, avec « l'adaptation à la vraie vie » en étant le point central. Eventuellement il y serait intéressant d'intégrer la donnée importante des conjoints. La fiche sera déjà, dans un premier temps envoyée aux médecins répondants qui ont bien voulu nous fournir leur adresse e-mail pour un retour (*ce qui était permis car l'enquête n'étant pas « anonyme », mais bien « confidentielle »*). Ils pourront alors nous soumettre leurs analyses et souligner les lacunes et les changements éventuels.

La majeure partie des patients ayant pour médecin traitant un médecin généraliste, son rôle de « *médecin de famille* » est central dans la prise en charge psycho-sociale du patient. L'axe de la prévention est primordial et sa vision large de la santé du patient dans son environnement lui donne les armes nécessaires pour agir en amont. Mais encore faut-il qu'on lui laisse le temps de le faire. Le projet de création des postes « d'assistants médicaux » proposé par l'actuel gouvernement semble avoir compris cet enjeu là, mais il en est à sa genèse et tous les tenants et aboutissants ne sont pas clairs ce jour.

On voulait que cette fiche soit « *psycho-sociale* », mais elle est plutôt « sociale » car les éléments « *psychologiques* » relèvent surtout du volet médical, que ne doit pas comporter cette fiche.

Il est évident qu'il reste un chantier très important sur le terrain de la communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Le sujet du DMP est remis régulièrement sur la table et un nouvel élan y a été apporté récemment. Dans l'idéal, ce genre de dossier peut être intéressant, mais il ne le sera que s'il est alimenté. Son aspect non obligatoire et sa connotation « accessible par tous » reste encore un frein à son déploiement.

Il serait aussi important d'évaluer son efficacité dans la prévention des phénomènes indésirables dans la vie de la personne âgée, c'est-à-dire diminuer les taux de réhospitalisations à 30 jours et d'hospitalisations évitables, ainsi que de diminuer la durée d'hospitalisation. Evidemment, la seule prise en charge sociale ne préviendra pas les événements indésirables de la vie d'une personne, mais au vu des données scientifiques il semble important que les données psycho-sociales ne soient pas oubliées et qu'elles soient transmises. Dans ce contexte le projet PAERPA sous sa forme

« lorraine » semble avoir un début de réponse sur la question des hospitalisations évitables. Le travail doit être poursuivi dans ce sens et on espère pouvoir y contribuer avec cette fiche.

Dans tous les cas de figures, la prévention et l'anticipation des événements indésirables de la personne fragile se fera essentiellement au cabinet de médecine générale. La notion de « bien vieillir » doit être une constante dans toute prise en charge. Ceci inclus les moments compliqués que sont les hospitalisations. Et on a bien compris qu'un désir consensuel nous pousse à un maintien à domicile dans les meilleures conditions.

"Personne ne se soucie de bien vivre, mais de vivre longtemps, alors que tous peuvent se donner le bonheur de bien vivre, aucun de vivre longtemps." – Sénèque

Soucions-nous en.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Gimm GW, Kitsantas P., Falls, Depression, and Other Hospitalization Risk Factors for Adults in Residential Care Facilities. *Int. J Aging Hum Dev.* 2016 Jun; 83(1):44-62
- [2] Huang JW, Xiao Q, Wu JY, Lu JH, Characteristics and duration of hospitalization among middle-aged and elderly patients with community-acquired pneumonia. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2017 Apr 10; 38(4):542-546
- [3] Enomoto LM, Shrestha DP, Rosenthal MB, Hollenbeak CS, Gabbay RA: Risk factors associated with 30-day readmission and length of stay in patients with type 2 diabetes,. *J. Diabetes Complications.* 2017 Jan; 31(1):122-127
- [4] Wong AW, Gan WQ, Burns J, Sin DD, van Eeden SF, Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: influence of social factors in determining length of hospital stay and readmission rates.. *Can Respir J.* 2008 Oct; 15(7):361-4.
- [5] Perronnin M., Sourty MJ, Le Guellec. Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital, *Bulletin d'information en économie de la santé CREDES, n° 71 - Septembre 2003*
- [6] Meddings J & al., The Impact of Disability and Social Determinants of Health on Condition-Specific Readmissions beyond Medicare Risk Adjustments: A Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine, January 2017, Volume 32, Issue 1, pp 71–80*
- [7] Kansagara D & al, Risk prediction models for hospital readmission: A systematic review, *Journal of the American Medical Association, Octobre 2011 – Vol 306, No 15, p 1688-1698*
- [8] Wright S.P. & al Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure, *The European Journal of Heart Failure* 5 (2003) 201-209
- [9] Amarasingham R. & al, An automated model to identify heart failure patients at risk of 30-day readmission or death using electronic medical record data; *Med. Care* 2010;48(11):981-988
- [10] Tonkikh O & al. Functional status before and during acute hospitalization and readmission risk identification. *J Hosp Med.* 2016 Sep; 11(9):636-41
- [11] Sourdret S & al. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients during Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 1 août 2015; 16(8):674

[12] Inouye SK & al. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. J Gen Intern Med. déc 1993;8(12):645

[13] Lang PO & al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. J Am Geriatr Soc. 2006 Jul;54(7):1031-9

[14] Fahet G., Cayla F., Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées http://www.ormip.org/tlc/documents/precarite_sociale_82.pdf

[15] Expérimentation de l'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie Bilan de l'expérimentation Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation, ARS Grand Est, https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-02/Pertinence_Evaluation_0.pdf

[16] Le Breton G. « Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^e janvier 2016 » ; CNOM, President du CNOM Dr Patrick BROUET

[17] Papon S., Beaumel C. : « Bilan démographique », division Enquêtes et études démographiques, Insee, Insee première n°1683, janvier 2018, ISSN 0997-1392

[18] « Les emplois du temps des médecins généralistes », études et résultats, DREES, N° 797, mars 2012, ISSN : 1292-6876

[19] « *Fin du numerus clausus, médecins salariés... les mesures du plan santé Emmanuel Macron et Agnès Buzyn doivent présenter, mardi, le contenu du plan de transformation du système de santé.* » Par François Béguin Publié le 17 septembre 2018 pour lemonde.fr https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/09/17/fin-du-numerus-clausus-des-medecins-salaries-4-000-assistants-medicaux-les-grandes-mesures-du-plan-sante_5356428_1651302.html

[20] « *Agnès Buzyn : l'interview exclusive* » par Aurélie Haroche Publié le 29/10/2018 pour jim.fr (Journal International de Médecine), https://www.jim.fr/infirmier/e-docs/agnes_buzyn_l_interview_exclusive__174432/document_interview.phtml

[21] Blanpain N., Chardon O.: « Projection de population à l'horizon 2060 », division Enquêtes et études démographiques Insee, Insee première ; N° 1320, Octobre 2010

[22] Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

[23] Fortin M, Bravo, G, Hudon, C, Lapointe, L, Almirall, J, Dubois, M-F, Vanasse A. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res.* 2006; 15, 83–91.

[24] Le Pape A, Sermet C. La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ? Intervention présentée au congrès « Soigner à domicile » Biblio CREDES n° 1182, 1996

[25] Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Fiche Points clés - Organisation des parcours, HAS, mai 2015

[26] Détail du Pacte territoire santé 2 (2015-2017) à retrouver sur le site du Ministère des solidarités et de la santé :
<http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2017-pacte-territoire-sante>, juin 2017

[27] PAERPA gagne du terrain en Meurthe-et-Moselle : Plaquette descriptive ARS Grand-Est, sept 2016

[28] Informations sur la plateforme LIGO : https://crm.sante-lorraine.fr/fichiers/videos/LIGO_FINAL.html

[29] Gand S, Periac E, Bloch MA, Henaut L, Evaluation Qualitative PAERPA : Rapport final, Série études et recherche, n°135, DREES, mai 2017

[30] Fabre L.: « Communication ville-hôpital : Qu'attendent les médecins généralistes de midi-pyrénée ? », Université Toulouse III – Paul Sabatier, THESE 2014, 2014 TOU3 1125

[31] Leyenaar JK & al. Pediatric primary care providers' perspectives regarding hospital discharge communication: a mixed methods analysis. *Acad Pediatr.* 2015 Jan-Feb;15(1):61-8. Epub 2014 Nov 14.

[32] Mussman GM & al. Improving the reliability of verbal communication between primary care physicians and pediatric hospitalists at hospital discharge, *J Hosp Med.* 2015 Sep;10(9):574-80. Epub, Mai 2015

[33] Abraham E, Fiche de Sortie d'hospitalisation en Lorraine, 9e rencontre nationale des Réseaux de Santé Personnes âgées, Avril 2014, fichier pdf accessible sous http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/FSH__gpe_reseaux_SFGG_avril2014.pdf

[34] Les outils et processus de liaison entre la ville et l'hôpital : Retour sur les groupes de travail, Séminaire régional Parcours des personnes âgées ARS ALSACE, mars 2015, document pdf accessible sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/>

[35] François-Hubert Brunschwig, Document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique d'après les attentes des médecins généralistes, , Thèse de médecine, Nice, HAL Id: dumas-00932624

[36] Le dossier médical personnel médical ne décolle pas mais coûte très cher, article de « LeFigaro.fr », publié le 04/01/2014

[37] L'avenir de l'assurance maladie - Cour des comptes - www.ccomptes.fr – novembre 2017

[38] Innovations technologiques et organisationnelles ; Comment vraiment transformer le système de santé ? - Sondage grand public réalisé par BVA pour les Contrepoints de la Santé, Février 2018

[39] Le Breton G., La démographie médicale en région Lorraine - Situation en 2013, Géographe de la Santé. Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale. P.45

[40] Chasles V., Denoyel A., Vincent C. Géographie de la santé : espaces et sociétés La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise, Publié le 26/03/2013 sur le site geoconfluences.ens-lyon.fr de l'école normale supérieure de Lyon

<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>

[41] Juneau M., L'isolement social, un important facteur de risque de mortalité prématurée, Observatoire de la prévention, Institut de Cardiologie de Montréal, Québec

[42] Vaillant GE: Aging Well: Surprising Guideposts to a Happier Life from the Landmark Harvard Study of Adult Development, The New England Journal of Medicine. July 11, 2002, Vol. 347 Issue 2, p150, 1 p., Massachusetts Medical Society

[43] Schoevaerds D. et al. « Identification précoce et rapide du profil gériatrique des PA au SAU » (La Revue de Gériatrie 2004 ; 29 : 169-178)

[44] Oubaya N, Drame M. Screening for frailty in elderly subjects living at home : validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument.(J Nutr Health Ageing, 2014. 18(8) :757-64.)

[45] Pouzadoux ML. « La prise en compte des volontés des personnes malades en situation de fin de vie. Analyse qualitative des pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée.» Thèse d'exercice. Université de Nantes: faculté de Médecine; 2009

[46] Bassam Al N. & al. Directives anticipées. SFAR. Déc 2014. www.sfar.org

[47] Vroylandt T, « 7800 étudiants en formation d'assistant de service social en 2016 », études et résultats, DREES, décembre 2017, n° 1044

[48] Kempa A. « Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. » Université de Nice Sophie Antipolis, septembre 2017, Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01633791>

[49] Or Z, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. « Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : Premiers résultats », IRDES, Questions d'économie de la santé n° 235, juillet/aout 2018

[50] « *PAERPA, le flop : pas d'impact mesurable du parcours des aînés, selon l'IRDES* », Martin Dumas Primbault, article en libre accès sur : lequotidiendumedecin.fr ,18 juillet 2018

[51] Guilbault C, Dal L, Poulain M, « Le veuvage et après », *Gérontologie et société*, 2007/2 (vol. 30 / n° 121), p. 163-178. DOI : 10.3917/g.s.121.0163. URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-163.htm>

[52] Gehin M, « Reflexions éthiques sur l'information et le consentement écaliré pour la pose de gastrostomie percutanée endoscopique. Utilisation des focus groupes piur l'élaboration de documents d'aide à l'information et à la décision », THESE, Université Henri Poincaré, Nancy I, octobre 2008

[53] Dr Eliane ABRAHAM - Réseau Gérard Cuny – NANCY– groupe « réseaux » SFGG « Projet pilote PAERPA Lorrain : Où en est-on dans la mise en œuvre ? » 28 mai 2015 <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/PAERPA-GrandNancy.pdf>

VIII. ANNEXES

Création d'une fiche de synthèse destinée à décrire l'état psycho-social d'un patient fragile.

Auteur du questionnaire: Michel Fernandes da Silva, interne en médecine générale. Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre de la préparation d'une thèse.

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Aux **risques** liés à la polyopathie, s'ajoutent ceux **liés à la situation psycho-sociale** de la personne. Des études montrent que les outils d'identification précoce de patients à risque sont plus performants si elle intègre les données psycho-sociales.

Le **but final** est de **détecter l'isolement social** et de **se recentrer sur le lien humain** dans la prise en charge globale du patient et de **permettre un maintien à domicile de qualité le plus long possible**. Cette fiche accompagnera le patient lorsqu'il est adressé à l'hôpital (urgences, hospitalisation). Elle ne sera pas identique à la fiche de sortie d'hospitalisation (FSH), mais **s'intégrera dans les contraintes de la pratique de la médecine générale**.

Ce questionnaire est strictement confidentiel. Cette enquête ne sera utilisée qu'à des fins scientifiques. Merci de cocher les cases qui correspondent à votre point de vue.

Votre avis est extrêmement précieux, **merci pour votre obligeante collaboration**.

1. Votre profil :

Sexe :

M

F

Âge :

<35 ans

55 – 65 ans

35 – 45 ans

> 65 ans

45 – 55 ans

Type d'exercice : (une seule réponse possible)

Remplaçant/e

Installé/e

Modalité d'exercice : (une seule réponse possible)

Cabinet seul

Maison pluridisciplinaire sans paramédicaux

Cabinet de groupe

Maison pluridisciplinaire avec paramédicaux

Autre

Lieu d'exercice :

< 20 min hôpital

> 20 min hôpital

> 40 min hôpital

Durée d'exercice depuis votre thèse :

< 5 ans

5 – 10 ans

> 10 ans

2. QUELS ITEMS POUR CONSTITUER LE CONTENU DE LA FICHE (cochez une réponse par ligne)

Dans cette partie j'aborde le contenu de la fiche. Partant du fait que cette fiche ne doit pas prendre la place d'une lettre d'adressage dans les différents services, quels sont, selon vous, les éléments psycho-sociaux importants pour la bonne prise en charge du patient. Pensez-vous utile que la fiche de communication comporte :

	-2 (pas pertinent)	-1 (peu pertinent)	0 (neutre)	+1 (pertinent)	+ 2 (indispensable)
Adresse du patient/e	<input type="radio"/>				
Numéro de téléphone	<input type="radio"/>				
Si il/elle vit seule	<input type="radio"/>				
Si il/elle a des enfants	<input type="radio"/>				
Si il/elle a désigné une personne de confiance	<input type="radio"/>				
Si il/elle a des aidants extérieurs (professionnels, voisins, famille, etc.)	<input type="radio"/>				
Si il /elle bénéficie de l'intervention d'un/une infirmier/ère	<input type="radio"/>				
Si il/elle bénéficie de l'intervention d'un/une kinésithérapeute	<input type="radio"/>				
Les coordonnées d'intervenants doivent-elles figurer sur la fiche de communication	<input type="radio"/>				
Si oui quelles coordonnées :					
- Famille : Téléphone <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non Adresse <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non					
- IDE : Téléphone <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non Adresse <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non					
- Kinésithérapeute : Téléphone <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non Adresse <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non					
- Pharmacien : Téléphone <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non Adresse <input type="radio"/> Oui / <input type="radio"/> Non					
Si il/elle a formulé des directives anticipées	<input type="radio"/>				
Si il/elle bénéficie d'une exonération du ticket modérateur (ALD)	<input type="radio"/>				
Si il/elle est suivi par un réseau gériatrique	<input type="radio"/>				
Ressources financières (Aides ? CMU ? indépendance ?)	<input type="radio"/>				
Qualité et adaptation de l'habitation au patient/patiente	<input type="radio"/>				
Si il/elle est sous Curatelle/Tutelle/Mandat de protection future	<input type="radio"/>				
Résultats Grille AGGIR	<input type="radio"/>				
Résultats Grille SEGA	<input type="radio"/>				
S'il bénéficie d'une téléalarme	<input type="radio"/>				
S'il utilise un véhicule	<input type="radio"/>				

GRILLE SEGA-A

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 gériatrique 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			Score
	0	1	2	
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	
AVQ (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 aiguë, démence)	
Total			 / 26

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

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)

Medicaments : *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 sante : *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 ?*

Mobilite : *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 Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).
Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

GRILLE AGGIR

EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

PATIENT(E) EXAMINE(E) Monsieur Madame

NOM : _____ PRENOM : _____

Situation : Chronique Temporaire

REEMPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS S = spontanément T = totalement H = habituellement C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess		S	T	H	C	A ou B ou C
1	Cohérence : conserser et/ou se comporter de façon sensée					
2	Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux					
3	Toilette : concerne l'hygiène coporelle					
	HAUT BAS					
4	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter					
	HAUT BOUTONNAGE					
	BAS					
5	Alimentation : manger les aliments préparés					
	SE SERVIR MANGER					
6	Elimination : assurer l'hygiène de l'élimination					
	URINAIRE FECALE					
7	Transferts : se lever, s'asseoir, se coucher					
8	Déplacements à l'intérieur du logement Avec ou sans canne, déambulateur ...					
9	Déplacements à l'extérieur du logement A partir de la porte d'entrée sans aide					
10	Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)					

Docteur, merci de vérifier que :

- la situation chronique ou temporaire est bien renseignée,
- toutes les cases sont cochées sans ratures ni surcharges.

Veuillez, dater, signer et mettre votre tampon professionnel.

A _____ LE _____ SIGNATURE ET CACHET

PLAN PERSONNALISE DE SOINS

La personne et ses contacts utiles				Nom :		
				Prénom :		
				Date de naissance : / /		
				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Numéro du PPS		Date de la version en cours/...../.....	ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____
Référent du PPS	Profession :		Nom :			
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale		
Adresse de la personne				Code Postal		
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre	Tel	email	Recherche d'hébergement en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Nom(s) :					
Référents familiaux /amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre :	Tel	email	APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Nom(s) :				Classe GIR (1 à 6)	
Personne de confiance		Tel	email	Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite	Nom :			Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :	
	<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Contacts utiles						
Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email	
Niveau 1	Médecin traitant					
	Infirmier(s)					
	Pharmacien					
	Kinésithérapeute					
	Ergothérapeute					
	Géronte					
	Autre spécialiste					
Niveau 2	Assistant social					
	Coordination territoriale d'appui					
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)					
	Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)					

La personne		Date d'initiation du PPS/...../.....		Nom :
				Prénom :
				Date de naissance :
Numéro du PPS		Préférences de la personne		
Réfèrent du PPS		Priorité actuelle de la personne		

Plan de soins					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

Plan d'aides					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

Tableau: Items à inclure dans la fiche

		Nombre (n)	Part (%)	Part validé (%)
	TOTAL	225		
Adresse patient	Pas pertinent (-2)	8	3,5	3,6
	Peu pertinent (-1)	7	3,1	3,1
	Neutre (0)	21	9,3	9,3
	Pertinent (+1)	49	21,7	21,8
	Indispensable (+2)	140	61,9	62,2
	NR	1	0,4	
	TOTAL	225		
Téléphone patient	Pas pertinent (-2)	8	3,5	3,6
	Peu pertinent (-1)	6	2,7	2,7
	Neutre (0)	18	8,0	8,0
	Pertinent (+1)	49	21,7	21,8
	Indispensable (+2)	144	63,7	64,0
	NR	1	0,4	
	TOTAL	224		
Vivant seul/e	Pas pertinent (-2)	2	0,9	0,9
	Peu pertinent (-1)	2	0,9	0,9
	Neutre (0)	4	1,8	1,8
	Pertinent (+1)	56	24,8	25,0
	Indispensable (+2)	160	70,8	71,4
	NR	2	0,9	
	TOTAL	223		
Présence Enfants	Pas pertinent (-2)	3	1,3	1,3
	Peu pertinent (-1)	3	1,3	1,3
	Neutre (0)	8	3,5	3,6
	Pertinent (+1)	81	35,8	36,3
	Indispensable (+2)	128	56,6	57,4
	NR	3	1,3	
	TOTAL	226		
Personne confiance	Pas pertinent (-2)	6	2,7	2,7
	Peu pertinent (-1)	7	3,1	3,1
	Neutre (0)	26	11,5	11,5
	Pertinent (+1)	102	45,1	45,1
	Indispensable (+2)	85	37,6	37,6
	NR	0	0	
	TOTAL	226		
Aide extérieurs	Pas pertinent (-2)	3	1,3	1,3
	Peu pertinent (-1)	3	1,3	1,3
	Neutre (0)	16	7,1	7,1
	Pertinent (+1)	89	39,4	39,4
	Indispensable (+2)	115	50,9	50,9
	NR	0	0	
	TOTAL	226		
Présence IDE	Pas pertinent (-2)	3	1,3	1,3
	Peu pertinent (-1)	2	0,9	0,9
	Neutre (0)	9	4,0	4,0
	Pertinent (+1)	92	40,7	40,7

	Indispensable (+2)	120	53,1	53,1
	NR	0	0	
	TOTAL	226		
Présence Kinésithérapeute	Pas pertinent (-2)	9	4,0	4,0
	Peu pertinent (-1)	7	3,1	3,1
	Neutre (0)	49	21,7	21,7
	Pertinent (+1)	103	45,6	45,6
	Indispensable (+2)	58	25,7	25,7
	NR	0	0	
	TOTAL	225		
Coordonnées intervenants*	Pas pertinent (-2)	8	3,5	3,6
	Peu pertinent (-1)	8	3,5	3,6
	Neutre (0)	33	14,6	14,7
	Pertinent (+1)	96	42,5	42,7
	Indispensable (+2)	80	35,4	35,6
	NR	1	0,4	
	TOTAL	226		
Directives anticipées	Pas pertinent (-2)	8	3,5	3,5
	Peu pertinent (-1)	6	2,7	2,7
	Neutre (0)	45	19,9	19,9
	Pertinent (+1)	93	41,2	41,2
	Indispensable (+2)	74	32,7	32,7
	NR	0	0	
	TOTAL	226		
ALD	Pas pertinent (-2)	10	4,4	4,4
	Peu pertinent (-1)	7	3,1	3,1
	Neutre (0)	48	21,2	21,2
	Pertinent (+1)	78	34,5	34,5
	Indispensable (+2)	83	36,7	36,7
	NR	0	0	
	TOTAL	224		
Réseau gériatrique	Pas pertinent (-2)	7	3,1	3,1
	Peu pertinent (-1)	7	3,1	3,1
	Neutre (0)	36	15,9	16,1
	Pertinent (+1)	112	49,6	50,0
	Indispensable (+2)	62	27,4	27,7
	NR	2	0,9	
	TOTAL	225		
Ressources financières	Pas pertinent (-2)	10	4,4	4,4
	Peu pertinent (-1)	15	6,6	6,7
	Neutre (0)	70	31,0	31,1
	Pertinent (+1)	103	45,5	45,7
	Indispensable (+2)	27	11,9	12,0
	NR	1	0,4	
	TOTAL	225		
Adaptation habitation	Pas pertinent (-2)	3	1,3	1,3
	Peu pertinent (-1)	13	5,8	5,8
	Neutre (0)	44	19,5	19,6
	Pertinent (+1)	109	48,2	48,4
	Indispensable (+2)	56	24,8	24,9

	NR	1	0,4	
	TOTAL	226		
Protection juridique	Pas pertinent (-2)	3	1,3	1,3
	Peu pertinent (-1)	5	2,2	2,2
	Neutre (0)	40	17,7	17,7
	Pertinent (+1)	79	35,0	35,0
	Indispensable (+2)	99	43,8	43,8
	NR	0	0	
	TOTAL	225		
Grille AGGIR	Pas pertinent (-2)	14	6,2	6,2
	Peu pertinent (-1)	14	6,2	6,2
	Neutre (0)	61	27,0	27,1
	Pertinent (+1)	101	44,7	44,9
	Indispensable (+2)	35	15,5	15,6
	NR	1	0,4	
	TOTAL	207		
Grille SEGA	Pas pertinent (-2)	19	8,4	9,2
	Peu pertinent (-1)	15	6,6	7,2
	Neutre (0)	79	35,0	38,2
	Pertinent (+1)	74	32,7	35,7
	Indispensable (+2)	20	8,8	9,7
	NR	19	8,4	
	TOTAL	226		
Téléalarme	Pas pertinent (-2)	5	2,2	2,2
	Peu pertinent (-1)	9	4,0	4,0
	Neutre (0)	59	26,1	26,1
	Pertinent (+1)	117	51,8	51,8
	Indispensable (+2)	36	15,9	15,9
	NR	0	0	
	TOTAL	225		
Utilisation véhicule	Pas pertinent (-2)	13	5,8	5,8
	Peu pertinent (-1)	13	5,8	5,8
	Neutre (0)	76	33,6	33,8
	Pertinent (+1)	88	38,9	39,1
	Indispensable (+2)	35	15,5	15,6
	NR	1	0,4	

* voir détail des coordonnées dans tableau spécifique

TABLES DES ABREVIATIONS

AGGIR	Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressource
ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CCP	Coordination Clinique de proximité
CMU-C:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CUGN	Communauté urbaine du Grand Nancy
CTA	Coordinations territoriales d'appui
DMP	Dossier médical partagé
FSH	Fiche de Sortie d'Hospitalisation
IDE	Infirmière dipl�m�e d'�tat
PAERPA	Personne âgée en risqué de perte d'autonomie
PTA	Plateformes Territoriales d'appui
SAU	Service d'accueil des Urgences
SEGA – A	“Short emergency geriatric assessment” (volet A)

VU

NANCY, le 07 février 2019
Le Président de Thèse

NANCY, le 07 février 2019
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo Di Patrizio

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10616

NANCY, le 12 février 2019

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME

Le maintien à domicile dans de bonnes conditions est l'un des piliers du « bien vieillir ». Les données psycho-sociales constituent un élément important dans la prise en charge de la personne âgée au-delà des pathologies chroniques et des événements intercurrents. Une identification précoce des patients « fragiles » a prouvé être efficace sur la suite de l'évolution pendant l'hospitalisation. L'objectif de ce travail est de créer un outil de communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, afin que les informations psycho-sociales et environnementales du patient fragile soient transmises au plus tôt. La médecine générale comporte des contraintes inhérentes à sa pratique et cet outil doit y être adapté. Cela justifie sa création selon leurs (médecins généralistes) attentes. C'est une étude transversale descriptive qui a été proposée à 500 médecins généralistes installés ou remplaçants thésés sur tous le territoire lorrain. 226 ont été inclus. Les 19 items proposés à l'inclusion dans l'outil ont été inclus dans l'outil. La rapidité d'utilisation et son caractère « annexe » à la correspondance principale qu'est le courrier d'adressage ont été retenus? Un stockage informatique sera privilégié. Il en résulte une « fiche de communication » simple d'utilisation. En complément on s'est intéressé à des outils de prise en charge de la personne âgée. (FSH, dispositif PAERPA) et il en ressort qu'ils sont encore peu connus des médecins généralistes. Dans l'avenir cette fiche doit être soumise aux conditions réelles d'utilisation, en incorporant des données du conjoint.

TITRE EN ANGLAIS

The creation of a communication form, between ambulatory and hospital medicine, concerning the psychological and social situation of the elderly, according to the expectations of general practitioners.

Thèse : Médecine générale – Année 2019

Mots clés :

Personne âgée, état psycho-sociale, communication, lien ville-hôpital, maintien à domicile, PAERPA

Faculté de Médecine de Nancy

9, av. de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
