HAL
open science

Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels

Anne-Lise de Balby de Vernon

To cite this version:

Anne-Lise de Balby de Vernon. Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01431206

HAL Id: dumas-01431206

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431206

Submitted on 10 Jan 2017

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

2015

Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels

THESE

pour l'obtention du grade de Docteur en médecine

Présentée et soutenu publiquement à la faculté de médecine de Nice Sophia Antipolis par

Anne-lise De Balby De Vernon

Le 09 novembre 2015

sous la direction de

M. le Docteur Guillaume SACCO

Président du Jury :

M. le Professeur GUERIN olivier

Membres du Jury :

M. le Professeur GARDON Gilles

M. le Professeur STACCINI Pascal

M. le Professeur FUZIBET Jean-Gabriel

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement,

Les membres du Jury,

Monsieur le professeur GUERIN,
Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Permettez-moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

Monsieur le professeur GARDON,
Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous prie de recevoir ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le professeur STACCINI,
Je suis très honoré que vous fassiez partie de ce jury. Soyez assuré de ma gratitude

Monsieur le professeur FUZIBET,
Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury,
Merci d'avoir jugé ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma plus grande reconnaissance.

Mon directeur de thèse, le Docteur SACCO
Merci de ton aide précieuse, de tes compétences et de ta disponibilité.
Tu as étais présent et réconfortant dans mes moments de doute. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, sur ce sujet qui me tient particulièrement à cœur.

Messieurs les membres du jury, soyez assurés de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

Ma famille,

Mes parents,
Pour votre amour, votre soutien dans tous les moments de ma vie, les bons comme les mauvais. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, à toutes les valeurs que vous m'avez transmises.
Merci d'avoir cru en moi et d'avoir toujours été là pour moi.
Je vous remercie également pour tout l'aide que vous m'avez apportée.

Mes sœurs,
Les amours de ma vie, vous êtes ma force.
Vous êtes toujours présentes pour moi dans les moments où j'en ai besoin, toujours prêtes à m'aider (même pour cette thèse d'ailleurs !), à me remonter le moral, à me soutenir…mais aussi à rigoler. Je ne vous remercierais jamais assez.

Mes grands-parents,
Qui m'ont toujours suivi tout au long de mon parcours. Vous
Merci pour votre amour sans faille. Malgré la distance qui nous sépare, vous êtes la aujourd'hui et j'en suis très émue.

Mes cousines, ma tante et mon oncle,
Je vous adore et un grand merci d'être venu me soutenir.

Mes amis,

Mes amis poitevins,
Ceux que je ne vois plus beaucoup de par la distance mais que je n'oublie pas.
On a vécu des moments mémorables au cours de l'externat.

Mes amis Niçois,
A ceux que j'ai rencontré à l'hôpital ou à l'internat,
A mes coloc de Biot et de Bastia

A tous mes co-internes

Je remercie également toutes les équipes médicale avec qui j'ai pu travailler et qui m'ont beaucoup appris et apporté. A tous les médecins qui m'ont permis d'avancer, j'ai pu apprendre à leurs côtés une grande partie de ce que je suis aujourd'hui.
Et merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées lors de toutes les étapes de ma vie, ainsi qu'à mes patients

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie Mme DONZEAU Michèle M. EMILIOZZI Roméo M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

.

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Résumé

Introduction : Vieillissement de la population, volonté des citoyens de vivre et mourir chez eux et contraintes budgétaires majeures font du maintien à domicile des personnes âgées polypathologiques un enjeu important de santé publique. Du fait de la multiplication des intervenants dans ce domaine, l'optimisation de la coordination de leurs prises en charge devient une nécessité. L'utilisation de plateformes numériques de soins, accessibles via des interfaces web, semblent un outil pertinent à utiliser dans ce domaine. Ce travail s'intègre ainsi dans le projet LIaison et Coordinnation via un Réseau NumériquE LICORNE visant le développement et la création d'une plateforme web de coordination des soins autour du sujet âgé. Mais l'immensité des possibles dans le corpus des informations disponibles nous a rapidement fait nous interroger sur les informations minimums indispensables à chaque profession pour la bonne coordination des soins à domicile autour du patient âgé polypathologique en perte d'autonomie.

Matériel et Méthode : Un consensus d'expert a été réalisé via la méthode des groupes nominaux au sein du bassin de soin azuréen. Cinq groupes ont été réalisés entre novembre 2013 et juin 2015 auprès d'assistantes sociales du centre hospitalier et universitaire de Nice, du Centre Communale et d'Action Social de la ville de Nice, d'infirmières libérales, de médecins généralistes et de médecins hospitaliers gériatres issus de la médecine générale et pratiquant ponctuellement une activité de médecine générale extrahospitalière.

Résultats : Onze assistantes sociales, six infirmières et onze médecins ont participé aux groupes d'expert. Parmi les informations nécessaires identifiées par les professionnels, certaines étaient communes aux différents corps de métier (informations administratives, antécédents et traitements). D'autres informations étaient plus spécifiques à chacun. Pour les médecins, le calendrier des intervenants, les comptes rendus de prise en charge par leurs confrères ainsi que les directives anticipées étaient demandés. Pour les sociaux, il s'agissait plus des aides en place, de la situation financière et de l'autonomie. Pour les infirmières, on retrouvait par exemple l'existence de protocoles de soins (douleur, pansement) et la possibilité d'accès aux résultats d'examens.

Conclusion: Ce travail a permis, après intégration à la plateforme web, la finalisation de la première étape du projet LICORNE avant la mise en production de la plateforme web. L'inclusion des premiers patients sont prévue pour début novembre 2015

Abstract

Introduction: The ageing of the population, the citizens' desire to live and die at home and major budget constraints are part of the home support for elderly multiple pathologies. Due to the proliferation of players in this field, coordination of care is a concern. The use of digital platforms for care, accessible via web interfaces, seems to be an appropriate tool to use. This task is integrated to the LICORNE project (e-health call for project) for the development and the creation of a platform for care coordination of the elderly subject. But the vastness of the possible in the corpus of available information quickly made us wonder about the minimum information required for each profession to ensure the proper coordination of home care around the poly-pathological elderly patient losing autonomy.

Materials and Methods: A consensus of experts was reached using the method of nominal groups within Riviera care basin. Five group meetings were conducted between November 2013 and June 2015 with the CHU and CCAS social assistants, liberal nurses, town general practitioner and hospital geriatricians from general practice whom punctually operate extra-hospital general medicine.

Results: Eleven social workers, six nurses and eleven physicians were part of the experts groups. Among the necessary information identified by professionals, some were common to different professions (administrative information, history and treatment). Other was more specific to each. For doctors, the schedule of speakers, the assumptions reports provided by their colleague just as advanced directives were requested. For social workers, it was more about the help in place, the financial situation and autonomy. For nurses, we found for instance, the existence of treatment protocols (pain, bandage) and the possibility of access to the test results.

Conclusion: This work permitted, after integration to the web platform, the completion of the first stage of the LICORNE project before starting production of the web platform.. The inclusion of the first patient will be effective in November 2015.

Table des matières

ABREVIATIONS 12
1 INTRODUCTION 13
1.1 Intérêt du thème 14
1.2 Le maintien à domicile 15
1.3 La coordination des soins 18
1.4 Les réseaux de santé 20
1.5 Le projet LICORNE 22
1.6 Objectif de l'étude 23
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE 24
2.1 Le choix du type d'enquête 25
2.2 Choix des experts 26
2.3 Choix de l'animateur 26
2.4 Déroulement des groupes nominaux 26
2.5 Recherche bibliographique 27
3 RÉSULTATS 28
3.1 Caractéristiques des médecins interrogés 29
3.2 Résultats du premier groupe nominal 29
3.3 Résultats du deuxième groupe nominal 33
3.4 Confrontation des résultats des 2 groupes 35
3.5 Résultats du groupe des assistantes sociales du CCAS 36
3.6 Résultats du groupe des assistantes sociales du CHU 37
3.7 Confrontation des résultats des assistantes sociales 37
3.8 Résultats des infirmières 38
4 DISCUSSION 40
5 Conclusion 51
Index des figures et tableaux 54
Bibliographie 56
Annexes 59

ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Grilles Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CEP : Contrat d'Etude Prospective

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

HAD : Hospitalisation à Domicile

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

HDT : Hospitalisation à le Demande d'un Tiers

IMC : Indice de Masse Corporel

LICORNE : Llaison et Coordinnation via un Réseau NumériquEMDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MGN : Méthode de Groupe Nominal

MMSE : mini-mental state examination

NTIC : Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PSD : prestation spécifique dépendance

SIH : Système Informatique Hospitalier

SSIAD : Services de Soins à Domicile

1 INTRODUCTION

1.1 Intérêt du thème

D'ici 2040 la France connaîtra une progression importante du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. Un tiers des Français auront 60 ans ou plus et 11% soit environ 6 millions auront 80 ans ou plus (contre 3,6 % en 2000). On remarque que l'espérance de vie à la naissance pour un homme en 2050 sera de 84 ans (elle est actuellement de 77,8 ans), soit 15 ans de plus qu'en 1975. En outre, même si l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et celle des femmes, traditionnellement plus élevée, a tendance à se réduire (du fait du rattrapage des hommes), les femmes auraient, en 2050, selon le scénario central, une espérance de vie à la naissance de 89 ans (contre 84,5 ans actuellement et 77 ans en 1975). Cet accroissement de la longévité entraîne une augmentation progressive du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ainsi, même si vieillissement de la population et dépendance ne sont pas synonymes, force est de constater que l'allongement de la durée de vie entraine une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. En effet, la notion de perte d'autonomie recouvre à la fois un besoin en soins de santé et également en assistance à la vie quotidienne pour un période de longue durée sollicitant une surveillance régulière.

Dans cette optique, la problématique de la prise en charge globale implique des changements importants dans le domaine médical, mais également pour les sphères politiques et économiques.

D'une part, cette évolution démographique nécessite une adaptation de l'organisation et des prestations des services socio-sanitaires.

D'autre part, la prise en compte de ces enjeux se traduit par le développement de politiques en faveur des personnes âgées, notamment au niveau départemental.

Ainsi certaines étapes clés définissent la législation à ce sujet. Tout d'abord en 1991, la commission parlementaire Boulard et la mission Schoppelin(29) précisent les orientations de l'assurance autonomie et se prononcent pour des prestations en espèce ou en nature servant à couvrir le coût de ce maintien à domicile ou de l'hébergement. Puis en 1996, le sénateur Fourcade dépose une proposition de loi visant à instituer une PSD (Prestation Spécifique Dépendance) dans l'attente d'une prestation Autonomie. Cette proposition se concrétise en 1997 par la loi du 24 Janvier (10). Face à l'augmentation constante des personnes âgées dépendantes l'APA

(Allocation Personnalisée d'Autonomie) est mise en place par la loi du 21 Juillet 2001. Le montant de cette allocation dépend du degré de dépendance qui se mesure par l'indicateur de la perte d'autonomie défini par la grille AGGIR (annexe A). Depuis 2007, le nombre moyen de bénéficiaires de l'APA a dépassé le million de personnes et continue de croître chaque année.

Le financement de la dépendance engendre cependant des coûts lourds à porter notamment pour les conseils départementaux. Ainsi, par exemple dans les Alpes maritimes en 2009 :

- Dépenses brutes totales d'aides aux personnes âgées : 170 millions d'euros
- Dépenses brutes totale APA : 118 millions d'euros
- Dépenses brutes aides à domicile : 78 millions d'euros
- Dépenses brutes APA à domicile : 73 millions d'euros

Au regard de ces chiffres, il faut néanmoins considérer que le prix d'une journée à domicile représente un quart des dépenses d'une journée à l'hôpital. Ceci explique que les politiques de santé favorisent clairement le maintien à domicile.

1.2 Le maintien à domicile

Ces dernières années le maintien à domicile des personnes âgées est devenu un enjeu politique, économique et social. Une politique de rupture avec l'institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées se développe à partir des années 1960. Le rapport Laroque(28) notamment, entend encourager le maintien à domicile par le développement de prises en charge sanitaires et sociales spécifiques. Ce rapport pose les bases du maintien à domicile comme orientation politique majeure. En effet, il satisfait aux aspirations des personnes âgées, et correspond à une « solution incontestablement moins onéreuse que l'hébergement en collectivité ». Avec ce rapport, la perception de la vieillesse s'est peu à peu transformée. Les personnes âgées sont passées d'une situation de marginalité et d'exclusion à une catégorie sociale avec ses caractéristiques propres liées à l'âge.
Dans les faits le maintien à domicile s'est réellement mis en place avec le VIe plan de 1970 à 1975. Apparaissent alors les centres de jour, les services d'aides ménagères et de soins à domicile, les clubs de troisième âge, mais aussi les maisons de retraite, les foyers logements, la réforme hospitalière et la revalorisation du minimum vieillesse.

Le VIIe plan, de 1975 1980, propose, dans le cadre de l'action prioritaire n° 15, quatre objectifs principaux :

- L'amélioration du cadre vie habituel des personnes âgées afin de faciliter ce maintien à domicile ;
- Le renforcement des aides pour assurer un retour rapide au domicile après un séjour hospitalier (soin à domicile, hospitalisation à domicile, repas à domicile, lavage du linge, petits travaux d'entretien);
- Le maintien d'une vie sociale favorisée par la diffusion des informations et l'organisation de campagne de prévention (préparation à la retraite, rapprochement des générations par des clubs inter âges…);
- L'obligation réglementaire d'une présentation des retraités dans les instances chargées de la conception et de la gestion des équipements et des services les concernant.

A partir de la circulaire du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale des retraités et des personnes âgées, il y a eu la décentralisation de l'Etat vers le niveau local. L'élaboration du plan gérontologique départemental découle de cette situation. Puis vient la commission Théo Braun qui en 1986 relève la nécessité d'une réforme de l'allocation compensatrice et instaure l'indispensable formation des intervenants à domicile. Le diplôme universitaire en gériatrie pour les médecins est créé, mettant ainsi l'accent sur la spécificité de cet exercice.

Si le maintien à domicile est prôné dès les années 1960, ce thème est toujours d'actualité. En effet, maintenir des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile n'est pas aisé. En 1980, le Rapport Vieillir Demain(30) pointe déjà l'absence de traductions concrètes des priorités mises en lumière dans le Rapport Laroque. Le Plan Solidarité Grand âge est lancé en 2006, puis en 2007, le Plan National Bien Vieillir 2007-2009 fixe, à travers 9 axes, de nouvelles priorités devant tenir compte des évolutions démographiques actuelles et à venir. Malheureusement, parmi les actions préconisées, seul un faible nombre d'entre elles ont été effectivement réalisé. L'année 2007 a également été déclarée « Année Alzheimer », en prélude au Plan Alzheimer 2008-2012. Enfin, le 17 juin 2010, la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, Madame Nora Berra présente les conclusions du rapport de la mission « Vivre chez soi »(31). Cette mission, dirigée par le Professeur Alain Franco, a pour objectif de réfléchir aux outils juridiques, financiers, réglementaires, techniques et organisationnels à mettre en place ou à renforcer pour lever les freins et les obstacles existants au maintien à

domicile. Ces nombreux rapports et études, complétés par ceux dont l'angle retenu est d'avantage budgétaire (à l'instar des rapports 2005 et 2009 de la Cour des Comptes), mettent en relief les avantages du maintien à domicile des personnes âgées.

Le choix du maintien à domicile est justifié par deux types d'arguments : le coût et les préférences individuelles. D'une part, l'argument financier se justifie par des contextes nationaux marqués par de fortes contraintes budgétaires, la prise en charge dans un établissement d'accueil spécialisé apparaît plus coûteuse que le maintien à domicile. D'autre part, l'argument des préférences individuelles traduit le fait que la prise en charge à domicile serait dans la plupart des pays la solution souhaitée par les individus, elle leur assurerait ainsi une meilleure qualité de vie.
Le maintien à domicile renvoie donc à des préférences collectives partagées par les pouvoirs publics et les individus. En 2005, le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile ou à celui de leurs familles reste le vœu de huit Français sur dix. Le domicile au sens légal du terme renvoie aussi à l'identité sociale de l'individu et symbolise l'inclusion sociale et l'intégration dans la société. Plus qu'un choix c'est une nécessite existentielle. Avec l'avancée en âge, l'état de santé des personnes âgées se fragilise, la dépendance et la perte d'autonomie nécessite des mesures de soutien et d'accompagnement adaptées.

Le maintien à domicile ne peut s'entendre que si les différents opérateurs des secteurs sanitaire et médico-social travaillent ensemble pour proposer des services complémentaires qui permettront à la personne prise en charge de continuer à vivre à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant sur le plan physique, psychologique que social. Se pose la question de la coordination de ces prises en charge dans un contexte où les personnes âgées à domicile reçoivent des soins ou des aides de multiples intervenants. En moyenne, on constate la présence de trois intervenants autour de la personne en perte d'autonomie, et 25% des plus dépendants d'entre eux perçoivent de l'aide de six intervenants ou plus (19) entraînant parfois des situations de coordination complexes.

1.3 La coordination des soins

Nombreux sont les auteurs à avoir donné des définitions de la notion de coordination. Pour Donabedian (1980), la coordination des soins est « un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale ». (6)

La notion de coordination dans la prise en charge des personnes âgées en effet ne date pas d'hier. C'est déjà en 1936, qu'Henri Sellier, maire de Suresnes devenu ministre, préconise dans une circulaire adressée aux préfets, la création dans chaque département de commissions de coordination afin d'améliorer l'organisation des différents soins et aides apportés aux personnes âgés. La loi du 4 août 1950 puis un décret en Conseil d'Etat le 7 janvier 1959 donnent un cadre juridique à cette coordination, mais ces comités départementaux de coordination sont mis en place avec plus ou moins de succès et finissent la plupart du temps par être délaissés.

Le « Programme d'actions prioritaires » n°15 explicité par la circulaire du 28 janvier 1977, a pour objectif d'établir, dans un secteur géographique et démographique délimité, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile du maximum de personnes âgées. Il est complété par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) institués par le décret du 8 mai 1981. C'est à partir de 1981 que la coordination devient une notion clef dans la politique sociale de la vieillesse. Les années 1990 sont marquées par la mise en place des réseaux, ce qui montre la nouvelle implication des acteurs du sanitaire dans les actions de coordination qui étaient auparavant essentiellement d'ordre social.

Face à des enjeux importants et afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées, les pouvoirs publics ont souhaité développer une politique de coordination. Ainsi, les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont été institués par la circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 et les réseaux gérontologiques renforcés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Ces dispositifs ont permis des avancées notables de la coordination. Cependant, leurs domaines d'action restent fragmentés.

Le développement de nombreux modes de coopération (émergence et développement des réseaux de santé, Hospitalisation à domicile…) témoigne de la

réforme de notre système de santé. C'est dans cette refonte organisationnelle qu'émerge une fonction nécessaire et centrale pour l'optimisation de l'organisation du système de santé : la fonction de coordination entre les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins (4).
La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Elle confère donc au médecin traitant un rôle pivot et clef de coordination pour la réussite de ce maintien à domicile. Ce rôle central peut engendrer certaines difficultés dans la prise en charge clinique mais également au niveau familial, social et économique (9).

A l'heure où le nombre de personnes nécessitant une à l'autonomie ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements (6). Ce problème, qui n'est pas nouveau, a été bien documenté (27) et se situe à plusieurs niveaux.
D'une part celui de la personne et de sa famille ou aidants. Ceux-ci sont confrontés à une fragmentation de l'offre entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et la myriade d'institutions et de services relevant du champ sanitaire et social de statut public, privé non lucratif ou privé lucratif. Ils sont également confrontés à des discontinuités de parcours, notamment à la sortie de l'hôpital ou à l'entrée en institution médico-sociale, à des redondances (comme par exemple pour l'évaluation de ses besoins) ou à des manques d'offres répondant à ses besoins.
D'autre part celui des professionnels qui ont des difficultés de coopération par manque d'outils communs et de culture commune, avec un champ d'action et de responsabilité dont les frontières se déplacent. La spécialisation croissante favorise un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans le processus de soin, comme souligné par d'Halluin et al. en 2007. Il existe de fait une tension entre spécialisation complexe et standardisée des soins et une prise en charge individualisée, telle que la souhaite les patients (6).

De plus, le maintien à domicile met en jeu une multitude d'acteurs familiaux et de voisinage, ainsi que des professionnels de toutes disciplines, ce qui inévitablement pose la question du « travailler ensemble ». On comprend alors la nécessité de réunir tous les intervenants autour de projets visant à imaginer des réponses à la fois méthodologiques et technologiques pour optimiser la coordination des soins. Cette notion de coordination est importante, car au-delà des professionnels elle concerne directement les patients : le manque de coordination à domicile se traduit bien souvent par des incohérences dans la prise en charge, voire des hospitalisations qui pourraient être évitées.

Les évolutions des besoins dans le domaine de la santé exigent rapidement un changement de notre gestion : les technologies de l'information et de la communication, aujourd'hui encore sous utilisées, offrent un potentiel qu'il est indispensable de mieux exploiter aussi bien pour aider au suivi et de la prise en charge à domicile, que pour rendre l'organisation des soins plus efficiente et faciliter la coordination entre les différents acteurs du champ sanitaire et médico-social.

1.4 Les réseaux de santé

Ils sont définis par l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 : *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ».* La circulaire MIN/DHOS/DSS-CNAMTS n° 2002/610 du 19 décembre 2002 précise la définition des réseaux et rappelle les impératifs du Système d'Information des réseaux : *« Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en œuvre d'un Système d'Information permettant la transmission d'informations de nature médicale et administrative entre les Professionnels de Santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations. […] Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues [...]. La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications.*

Il est recommandé que les différents systèmes d'information informatisés utilisés au sein d'un réseau soient interopérables. »

Dans la majorité des cas, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système est directement fournie par le médecin généraliste de premier recours ou l'équipe de premier recours, qui connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale. Cependant pour les patients polypathologiques donc en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social) le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Ce besoin a été identifié dans le cas de la prise en charge des personnes âgées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) qui juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste de premier recours un « appui fonctionnel ».(9) Celui-ci peut comporter un diagnostic sur les besoins d'aménagement du domicile, un avis d'expert visant à améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers, un diagnostic sur les besoins d'auxiliaire de vie, un suivi de la prise en charge globale et de la coordination des intervenants, une intervention d'autres professionnels pour la formation et l'information de l'entourage familial.
Les réseaux de santé sont historiquement positionnés sur le champ de la coordination. Il paraît dès lors opportun de mobiliser les compétences acquises par ces structures afin de répondre à ce besoin d'appui à la coordination. Néanmoins, une évolution de leurs missions est nécessaire afin de les inscrire dans le nouveau paysage de la coordination et de répondre aux besoins du médecin généraliste et des équipes de soins de premiers recours.(9)

La mission du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) s'est étendue aux réseaux de santé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2006 : « Le GMSIH est chargé de concourir, [...] à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les Etablissements de Santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins.»(Article L. 6113-10 du code de la santé publique). (7)

1.5 Le projet LICORNE

C'est dans ce contexte que le projet LICORNE a vu le jour. Lauréat de l'appel à projet d'avenir « Développement de l'économie numérique » dans la catégorie « Santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique », ce projet LIaison et Coordination à l'aide d'un Réseau Numérique de santE intègre différents acteurs : CHU de Nice, la société aquitaine Radhius, l'université Sophia Antipolis et Agfa HealthCare. Ce projet vise le développement et la création d'une plateforme web de coordination des soins. Les 6 objectifs du projet Licorne sont:

1. Améliorer les outils de suivi de la prise en charge des patients en perte d'autonomie pour
   - une continuité dans le processus de suivi et de gestion de l'information
   - une prise en charge plus efficace du patient
   - un gain de temps pour les coordinateurs
   - une diminution du nombre d'examens
   - une diminution des "oublis" et des erreurs
2. Améliorer les conditions de vie du patient dépendant : Cette meilleure prise en charge du patient par les acteurs du réseau, associée à la réduction du nombre d'examens et des erreurs et confortée par un environnement de suivi à domicile plus efficace, engendre une amélioration de ses conditions de vie et une diminution de son anxiété, facilitant la mobilisation de ses capacités résiduelles.
3. Réduire le nombre de ré-hospitalisations
4. Diminuer les coûts de prise en charge
5. Alimenter le Dossier Médical Personnel
6. Labelliser Licorne par le CNR SDA (Centre National de Référence Santé à Domicile & Autonomie)

Ce projet permettrait ainsi aux établissements de santé de la région de s'ouvrir pour partager les informations médico-psycho-sociales du patient avec l'ensemble des personnes intervenants dans la prise en charge. L'idée est de réunir l'ensemble des acteurs autour d'un même dossier partagé.

Lors de la livraison de la première version de la plateforme web domicalis par la société radhius au début du projet, il a tout de suite été mis en évidence une dissociation entre le contenu proposé (ainsi que la terminologie employé) et les

besoins des professionnels de santé gravitant autour de la prise en charge des patients ciblés par le projet.

1.6 Objectif de l'étude

Suite à la mise en lumière de ce hiatus important, un des premiers travails mené a alors été d'identifier le corpus minimum d'information nécessaire à la bonne coordination des soins pour les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients cibles, c'est-à-dire les patient âgés polypathologiques en perte d'autonomie. Infirmières libérales, assistantes sociale de secteur et hospitalières ont alors été interrogé sur ce sujet. Le travail de cette thèse a été d'interroger les médecins généralistes de ville et les médecins hospitaliers gériatres issus de la médecine générale.

L'objectif de notre étude était d'identifier le corpus minimum d'informations indispensables aux professionnels pour la coordination médico-psycho-social des soins autour du patient âgé polypathologique en perte d'autonomie.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Le choix du type d'enquête

Il fallait pour notre étude, établir un classement des informations nécessaires et indispensables pour l'amélioration de l'outil numérique de coordination des soins à domicile des personnes âgées dont nous disposions. Notre choix s'est donc porté vers une étude « qualitative » basée sur la méthode dite du groupe nominal(MGN). Cette méthode fait partie des 4 principales méthodes de consensus utilisées en recherche médicale qualitative. Les trois autres méthodes sont la Conférence de Consensus, la RAND/UCLA (qui est une variante du groupe nominal développée par l'université de Californie aux Etats-Unis), et la méthode Delphi. Elles ont en point commun, la définition du sujet, de la population cible, et un processus d'interaction interpersonnelle. La préférence pour notre étude de la MGN vient de la cotation quantitative des données(20). En effet, cette méthode est recommandée lorsque le sujet de recherche concerne de manière directe la population étudiée et vises à établir un consensus. C'est une méthode adaptée pour étudier à la fois un problème qualitatif et quantitatif(21). Les avantages sont nombreux :

- Elle permet à un groupe cible d'exprimer et isoler des idées sans influence
- Toutes les idées sont prises en compte
- La méthode précise le sens de chaque proposition
- Elle cerne les priorités du groupe
- Elle permet d'ouvrir la recherche

Le déroulement du groupe nominal est bien codifié et amène à un auto-consensus puisqu'il empêche toute influence individuelle sur l'avis du groupe. Ainsi le résultat est représentatif de toutes les idées du groupe. La validité de la MGN a été étudiée en recherche psychométrique initialement par Delbecq et al. auprès de 420 participants. Tout comme la méthode Delphi, cette technique de recherche qualitative a montré une nette supériorité par rapport à un groupe non structuré(20). C'est donc une méthode facile à appliquer, avec des résultats rapides et facilement interprétables.

Nous avons choisi de réaliser deux groupes nominaux de médecins généralistes pour rentrer dans le cadre du projet national.

Des groupes nominaux ont déjà été réalisés chez les assistantes sociales hospitalières et libérales, les infirmiers et les médecins hospitaliers sur le même sujet, avec la même

méthodologie. Le but est donc de compléter ce travail et d'obtenir un résultat global sur les professionnels intervenant autour de la coordination des soins de la personne âgée afin de déterminer les flux d'information minimaux à transmettre entre les différents corps de métiers.

2.2 Choix des experts

Le choix s'est dirigé vers les médecins généralistes libéraux de Nice participant activement à la coordination des soins à domicile en lien avec les réseaux de soin. Une liste de médecins a été constituée avec l'aide du réseau C3S :

- premier groupe, sur 22 médecins contactés par mail (annexe B), nous avons eu 5 réponses positives, les réponses négatives étant dues à un manque de disponibilités.
- deuxième groupe, le choix s'est porté sur les médecins issus de la médecine générale travaillant principalement autour de la personne âgée et du lien ville-hôpital.

2.3 Choix de l'animateur

Dans le but de garantir une certaine neutralité vis-à-vis du sujet, l'animateur ne devait pas être l'auteur de l'étude. L'objectif de garantir une qualité d'animation de groupe optimale nous a fait choisir un médecin impliqué dans les activités de recherche du département de médecine générale de Nice, ayant déjà participé en tant qu'expert à un groupe nominal. L'animateur est également le directeur de cette thèse.

2.4 Déroulement des groupes nominaux

Les réunions ont été animées par le directeur de thèse. Il a déjà réalisé d'autres groupes nominaux avec la même méthode dont les résultats seront utilisés dans ce travail.

Dans un premier temps, une et une seule question a été posée : « Pour vous quelles sont les informations indispensables pour la coordination des soins à domicile de la

personne âgée polypathologique en perte d'autonomie ? ». Il était demandé à chaque participant des réponses individuelles et écrite avec une réflexion de 15 minutes environ. Une idée=un mot=un post it.

Dans un second temps, était réalisé de multiples tour de table pour le regroupement des idées de chacun avec explications orales individuelles item par item afin de bien comprendre la signification de toutes les idées. Chaque post-it a été reporté sur un tableau. Cette étape était d'une durée d'environ une heure.

Dans un troisième temps, l'animateur reprenait les propositions et le groupe devait s'accorder sur un regroupement des idées afin de déterminer des items généraux.

La dernière partie consistait en un classement individuel par ordre de priorité de chaque catégorie dans le but de mettre en évidence les informations les plus indispensables pour les médecins. Le but était de noter les catégories selon une échelle de cotation. Chaque participant donnait une note maximale pour l'item le plus important et 1 point à la catégorie la moins importante pour eux. Une réflexion personnelle de 10 minutes était accordée pour cette étape.

A la fin du groupe nominal, chaque catégorie est donc classe par ordre de priorité.

2.5 Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée avec les bases de données Medline (moteur de recherche Pub Med), Google scholar ainsi que via le moteur de recherche des thèses universitaires SUDOC. Les mots clés utilisés pour ces recherches étaient : « coordination de soins », « maintien à domicile », « outil numérique de soin », « dossier médical partagé», « plateforme de soins », « informatisation médicale », « logiciels médicaux ». Nous avons également complété ces recherches par des rapports gouvernementaux trouvés via le moteur de recherche Google© et des projets nationaux identifiés sur le site internet du ministère de la santé « santé.gouv.fr ». Enfin, une recherche de proche en proche a été réalisée à l'aide des éléments bibliographique identifiés dans chacune des ressources identifiés par les méthodes de recherche précédentes.

3 RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des médecins interrogés

Le but n'était pas d'obtenir un panel représentatif de la population de médecins généralistes, mais de réunir un groupe nominal d' « expert » c'est-à-dire impliqué dans la prise en charge de la coordination-réseau des soins à domicile afin d'optimiser les résultats de cette étude. Les caractéristiques des experts sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des experts interrogés

médecins	Groupe nominal 1					Groupe nominal 2					
sexe	F	M	F	M	F	F	M	F	F	F	F
âge	56	36	31	57	34	34	31	28	27	30	29
Années exercice	25	7	3,5	30	3,5	2	1,5	0,8	0,8	1,9	1,8

L'âge moyen des médecins interrogé était de 42,8 ans pour le premier groupe et de 29,8 ans pour le deuxième groupe.
La durée moyenne d'exercice était de 13,8 ans pour le premier groupe et de 1,5 an pour le second groupe.

3.2 Résultats du premier groupe nominal

La première étape de la réunion, l'animateur prenait connaissance de chaque post it, avec explication et reformulation du médecin afin de bien comprendre le sens de son idée. Le tour de table a permis d'obtenir 84 idées soit une moyenne de 16,8 par personne.
La deuxième étape consistait à regrouper les idées dans des items communs, ce qui nous a permis d'obtenir 23 items. Après discussion de l'ensemble du groupe, nous avons jugé nécessaire de séparer les items en deux groupes. 10 items concernent la fonction de l'outil numérique et 13 items concernant les données. Concernant les données de l'outil numérique les items sont regroupés dans la liste suivante et les

résultats du vote sont présentés dans le tableau 2 puis sous forme de graphique (figure 1).

La liste des items « données » de l'outil numérique :

A – Coordonnées des intervenants

B- Suivi du traitement avec caractère chronologique, indications, motif de modification

C- Résultats examens biologiques et radiologiques

D- Listes des aides technique

E- Liste des aides humaines

F- Directives anticipées et volonté du patient et entourage

G- Comptes rendus d'hospitalisations, de consultations et des paramédicaux

H- Antécédents

I- Autonomie

J- Ressources externes (PPS, protocole de soin…)

K- Liste aides sociales

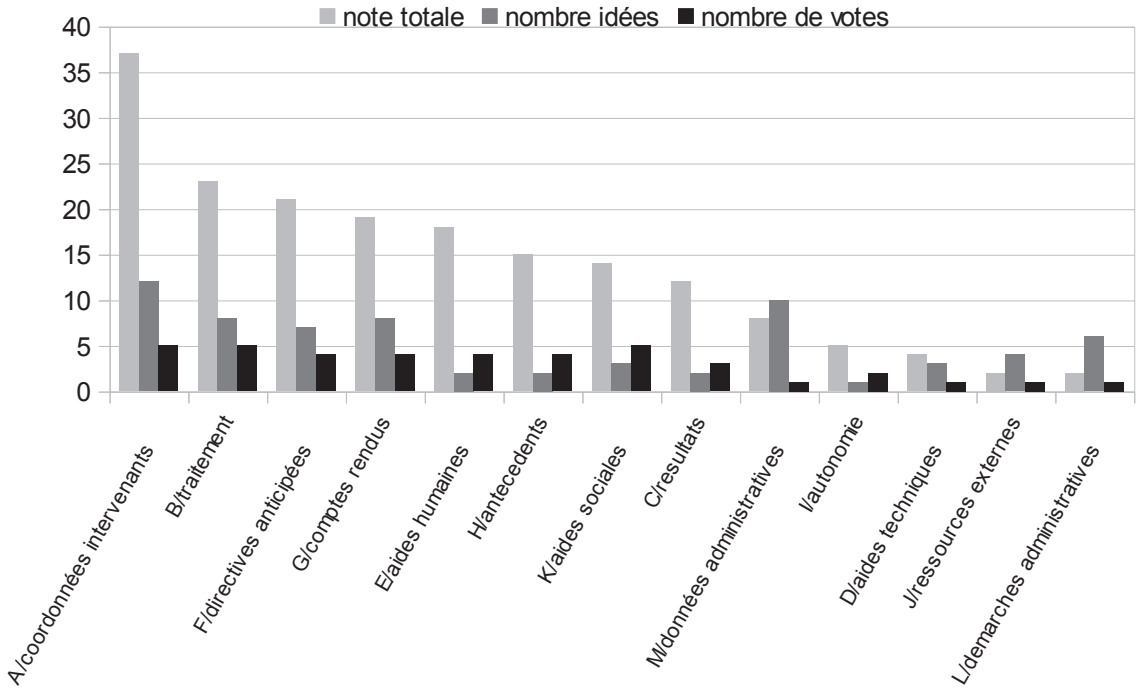
L- Démarches administratives type ALD, existence d'une demande EHPAD…

M- Donnes administratives (adresse, téléphone)

Tableau 2: Résultats du vote sur les données

Items	Nombre idées	Score attribué au vote	Nombre de votes	Note totale	classement
A	11	7,8,8,6,8	5	37	1
B	8	3,7,5,1,7	5	23	2
C	2	2,6,4	3	12	8
D	3	4	1	4	11
E	2	1,7,7,3	4	18	5
F	7	6,6,3,6	4	21	3
G	8	5,3,3,8	4	19	4
H	2	4,2,4,5	4	15	6
I	1	4,1	2	5	10
J	4	2	1	2	12
K	3	1,5,1,5,2	5	14	7
L	4	2	1	2	12
M	2	8	1	8	9

Figure 1 : classement des items définissant les données de l'outil numérique



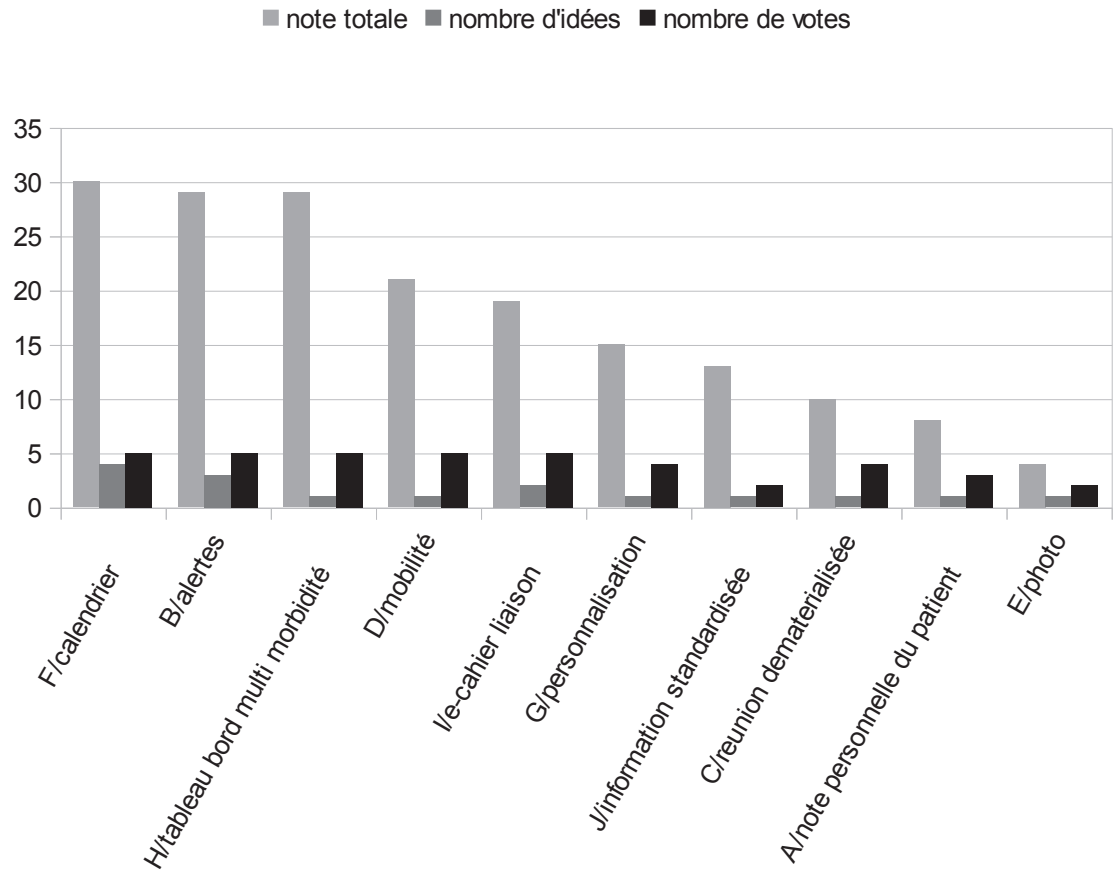
Concernant la « fonction » de l'outil numérique, les items ont été regroupés dans la liste suivante et les résultats du vote sont présenté dans le tableau 3 puis classé sous forme graphique (figure 2).

A- Notes renseignées par le patient lui-même
B- Alertes: date prévue de retour d'hospitalisation, e-mail
C- Réunion dématérialisée : plateforme de décision partagée « réunion écrite »
D- Mobilité et accessibilité
E- Photo
F- Calendrier des interventions
G- Personnalisation de la page d'accueil par l'utilisateur avec éléments importants du dossier médical
H- Tableau de bord de la multi-morbidité
I- e-cahier de liaison
J- information standardisée : langage commun

Tableau 3 : Résultats du vote sur la fonction

Items	Nombre idées	Score attribué au vote	Nombre de votes	Note totale	classement
A	1	4,1,5	3	10	8
B	3	8,8,6,5,2	5	29	2
C	1	1,5,3,1	4	10	7
D	1	5,6,4,3,3	5	21	3
E	1	3,1	2	4	9
F	4	7,3,7,7,6	5	30	1
G	2	4,1,8,2	4	15	5
H	1	6,2,5,8,8	5	29	2
I	2	2,7,2,4,4	5	19	4
J	1	6,7	2	13	6

Figure 2 : classement des items définissant la fonction de l'outil numérique



3.3 Résultats du deuxième groupe nominal

Pour ce groupe, nous avons recueillis 141 idées soit une moyenne de 23,5 par participant.

Après concertation de l'ensemble du groupe, 13 items ont été mis en évidence.

Dans la liste suivante nous avons retranscrit les résultats du vote ainsi que le classement final, présentés respectivement dans le tableau 4 et la figure 3.

A- Informations personnels du patient (nom, prénom, âge…)

B- Informations administratives (adresse, statut marital, mesure de protection, 100%)

C-Réseau professionnel (liste et coordonnées du médecin traitant et des spécialistes, paramédicaux…)

D- Réseau personnel (personne de confiance, à prévenir, famille…)

E- Signes de pancarte tel que taille, poids, IMC, tension arterielle

F- Examens complémentaires

G- Thérapeutiques avec les indications et changements

H- Antécédents

I- Évaluation autonomie (grille géronte-annexe C)

J- Aide mise en place pour le maintien de l'autonomie

K- Agenda des spécialistes et paramédicaux

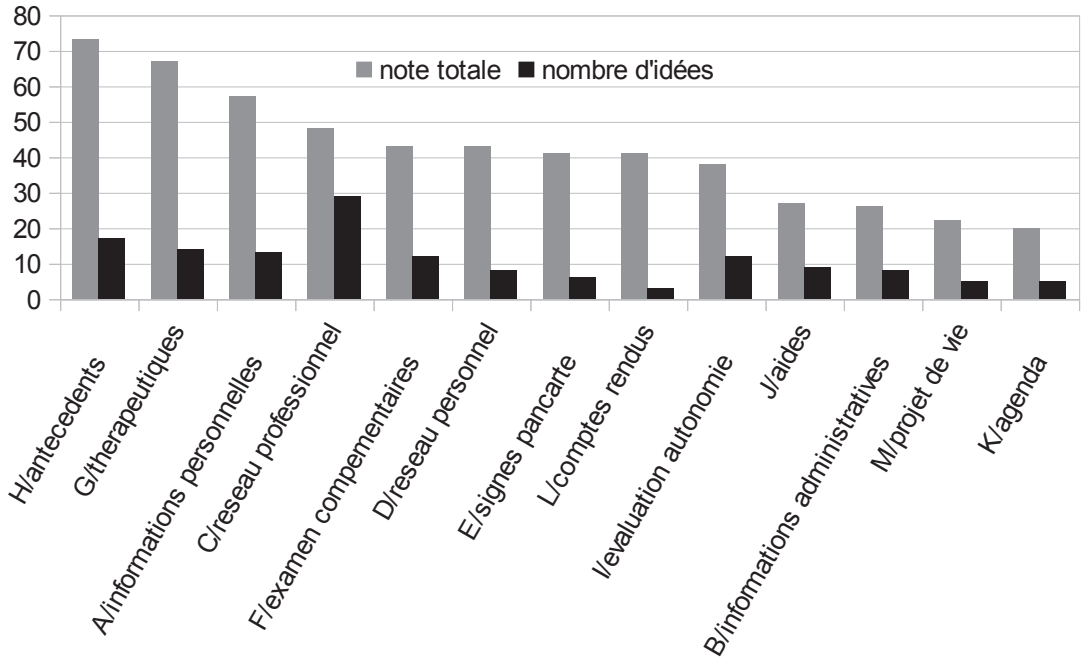
L- Comptes rendus

M- Projet de vie

Tableau 4 : Résultats du vote du deuxième groupe nominal

Items	Nombre idées	Scores attribués au vote	Note totale	Classement
A	13	11,13,11,10,11,1	57	3
B	8	3,12,5,3,1,2	26	9
C	29	7,10,6,11,7,7	48	4
D	8	5,11,8,9,5,5	43	5
E	6	4,8,9,6,10,4	41	6
F	12	8,1,10,7,6,11	43	5
G	14	12,6,12,12,13,12,	67	2
H	17	13,9,13,13,12,13	73	1
I	12	10,7,2,8,2,9	38	7
J	9	6,5,1,5,4,6	27	8
K	5	1,3,3,2,8,3	20	11
L	3	9,2,7,4,9,10	41	6
M	5	2,4,4,1,3,8	22	10

Figure 3 : classement des items du deuxième groupe nominal



3.4 Confrontation des résultats des 2 groupes

L'étude s'est limitée à deux panels de médecins généralistes en raison de la similitude importante des réponses observées.

Parmi les 13 items concernant les « données », ayant reçu un vote dans le premier groupe, 11 items soit 84,6% retrouvaient des idées similaires à ceux du deuxième groupe. Pour les 10 items du premier groupe sur la fonction de l'outil, seulement 2 items du deuxième groupe ont été évoqué par le premier panel soit 20%. Donc sur le 23 items, on retrouve 56,5% d'items de sens communs.

Si l'on étudie ces résultats par rapport au deuxième groupe, 84,6% des réponses étaient retrouvées sur les 13 items « données » et 15,4% sur les 10 items « fonction ».

Si l'on prend les 7 items les mieux notés de chaque groupe, la signification des items étaient identique concernant le domaine des données.

En regroupant par définition des idées on a pu mettre en évidence des thèmes communs :

-Réseau autour du patient (liste et coordonnées des intervenants et des proches)

-antécédents

-traitements

-examens complémentaires et biologiques

-aides mises en place pour le maintien de l'autonomie

-directives anticipées et projet de vieillesse

-comptes rendus de consultations et d'hospitalisations

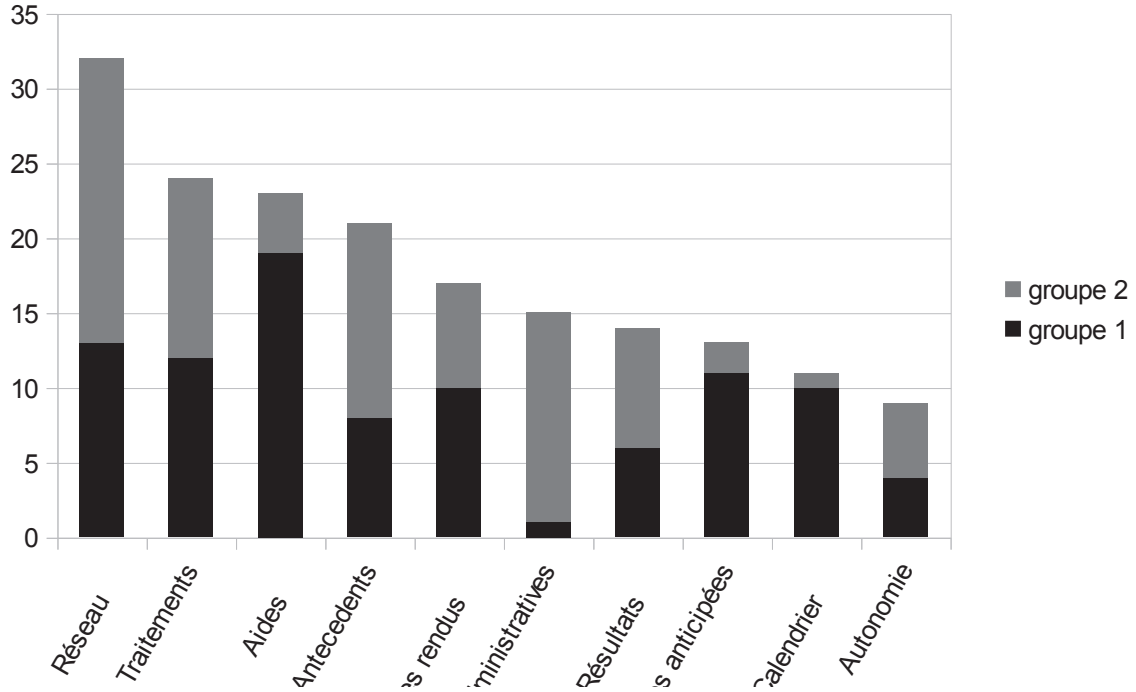
-autonomie

-calendrier des intervenants et consultations

-données administratives.

En attribuant le maximum de point à l'item le mieux classé et 1 point a l'item le moins bien classé par chaque groupe, on obtient un classement par ordre d'importance des items retenus qui sont présentés sous forme de graphique (figure 4)

Figure 4 : résultats combinés des deux groupes nominaux des médecins



Les items les moins bien noté sont surtout ceux du domaine de la fonction de l'outil numérique. Le deuxième groupe n'a pas du tout exploré ce domaine, ceci s'explique par les différents domaines d'exercice des médecins généralistes. On met donc en évidence des besoins différents selon un exercice de la médecine générale libérale ou hospitalière. Néanmoins 10 items communs sont similaires et indispensables selon les médecins.

3.5 Résultats du groupe des assistantes sociales du CCAS

Le groupe était composé de 5 participants. Il ressortait les axes de priorité suivants classés du plus au moins importants présentait

A- Autonomie (AGGIR, aides techniques)
B- Finances du patients (ressources, économies, imposition, caisse de retraite)
C- Aides en place (prestations, services et refus)
D- Juridique (mesure de protection, tuteur, signalement)
E- Prestations sociales (APA, MDPH)

F- Relation aide financement (CAPA, CEP)
G- Informations spécifiques (comportement, communication, alimentation et régime)
H- Besoins de soins spécifiques
I- Fin de vie

Les thèmes situation vis à vis des obsèques et HDT n'ont pas été retenus

3.6 Résultats du groupe des assistantes sociales du CHU

Au sein de ce groupe participait 6 assistantes sociales. Toutes les informations récoltées ont permis d'être regroupées en 13 thèmes. Il leur a été demandé de les classer par ordre de priorité sur 8 points maximums,
Les résultats qui ont été obtenus par ordre d'importance sont présentés dans la liste suivante :

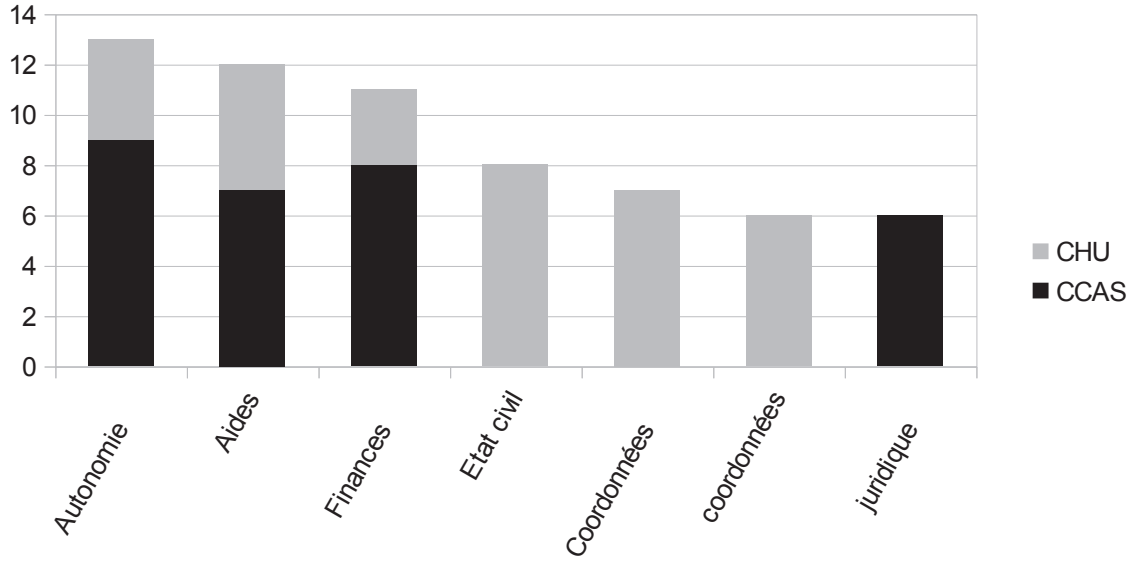
A- Etat civil complet
B- Coordonnées non professionnels
C- Coordonnées professionnels
D-Aides en place
E- Autonomie AGGIR
F- Situations financières
G- Connu Secteur
H- Antécédents et pathologies actives

A l'issue du vote de classement, 5 items n'ont pas été retenus : la protection juridique, le nombre et motif d'hospitalisation, le pronostic, l'adaptation du logement et le score MMSE

3.7 Confrontation des résultats des assistantes sociales

On a pu mettre en évidence 3 thèmes principaux qui sont communs aux deux groupes. Les résultats sont présentés sous forme graphique (figure 5).

Figure 5 : résultats combinés des deux groupes nominaux des assistantes sociales



3.8 Résultats des infirmières

Elles étaient 6 participantes. Toujours selon la même méthode, les résultats obtenus ont été regroupés dans la liste suivante :

A- Traitement intégral en cours et daté
B- Antécédents actifs et passifs
C- Dossier médical et Comptes rendus d'examens et d'hospitalisation
D- Protocole douleur
E- Alertes avec données de liaison (grille hôpital-ville, transmissions ciblées, feuille transfert...)
F- Projet de soin et pronostic
G- Autonomie
H- Personnes ressources
I- calendrier des intervenants et rendez-vous
J- États nutritionnels
K- Objectifs thérapeutiques
L- Appareillages

Les thèmes non retenus étaientt : le régime alimentaire, les croyances, les besoins en matériel et la prise en charge psychologique

4 DISCUSSION

Compte tenu du vieillissement de la population allant de pair avec une augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques en perte d'autonomie, et compte tenu de l'enjeu majeur que représente le maintien à domicile, il est indispensable de faire évoluer notre système de santé. De plus, les pouvoirs publics voulant réduire les couts de prise en charge, notamment en limitant les durées d'hospitalisations, les passages aux urgences, les doublons de prise en charge et de prescription, la création d'outil et de solution de suivi et de coordination numérique performante est une nécessité pour la pérennisation de notre système de soin.

L'objectif de notre étude était d'identifier le corpus minimum d'informations indispensables aux professionnels pour la coordination médico-psycho-social des soins autour du patient âgé polypathologique en perte d'autonomie. Ce travail, en plus des groupes réalisé avec les médecins généralistes, a colligée les résultats d'autres groupes nominaux déjà réalisés (infirmières libérales, assistante sociale de secteur et hospitalières) dans le cadre du projet national LICORNE. A notre connaissance, il s'agit du premier travail croisant les besoins en informations des différents professionnels (au sens large incluant médicaux, paramédicaux et sociaux) pour la bonne coordination des soins autour des patients âgés polypathologiques en perte d'autonomie. Les informations indispensables communes à tous les corps de métiers étaient:

- les informations administratives regroupant l'état civil, adresse, statut marital, coordonnées téléphoniques, présence d'une ALD.
- le réseau autour du patient avec les coordonnées téléphoniques de la famille, du médecin traitant et des autres spécialistes, de la personne de confiance et de la personne à prévenir, du tuteur (le cas échéant), de l'infirmière, du kinésithérapeute, de l'assistante sociale, des prestataires de services.
- le suivi des traitements, plus précisément les indications des traitements actifs avec les dates, les raison des modifications thérapeutiques.
- les antécédents actifs et passifs et allergies.

D'autre part chaque corps de métier avait des besoins spécifiques en matière d'informations :

- Pour les assistantes sociales, les éléments importants mis en évidence étaient d'avantage l'autonomie avec la grille AGGIR et les aides techniques, les

finances du patient (ressources, économie, imposition et les caisses de retraite) et les aides mises en place.

- Pour les infirmières, on retrouvait le besoin d'un accès aux différents comptes rendus, l'existence de protocole de soin explicite, la définition claire et précise du projet de soin du patient.
- Pour les médecins, il semblait important d'avoir les résultats des examens, des consultations ou hospitalisation, le calendrier des intervenants, et les directives anticipées.

Concernant les limites de notre travail, afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons utilisé la méthode qualitative de consensus par groupe nominal. Nous avons déjà objectivé dans la méthode l'intérêt de cette méthode, néanmoins La technique du groupe nominal a ses limites :

- elle n'assure pas, a priori, l'examen approfondi de chacune des suggestions apportées ;
- elle peut empêcher qu'un point de vue minoritaire plus perspicace puisse prévaloir sur un point de vue majoritaire plus « conformiste » ;
- elle ne favorise pas la « confrontation des idées », « confrontation » pouvant être quelquefois bénéfique à une cohésion véritable des membres, et ce, au profit de la seule argumentation logique si ce n'est pas, dans le pire des cas, à celui de la pure pression statistique.

Ainsi après la hiérarchisation, certains experts se sont vus rejeter des idées qui leur tenaient à cœur.

Pour ce qui est des experts choisis, le premier groupe a réuni des médecins ayant plus de 20 ans d'expérience et de jeunes médecins. Étant de la région de Nice, ils ont tous été confrontés à la prise en charge de patients hospitalisés au CHU. Le mode d'exercice principalement urbain n'est pas parfaitement représentatif de la population des médecins généralistes. Au niveau méthodologique le but était de rechercher des experts impliqués dans la coordination des soins à domicile. Ce panel de médecins nous parait légitimement approprié aux objectifs de l'étude.

Le deuxième groupe a été composé essentiellement de jeunes médecins hospitaliers en gériatrie issue de la médecine générale et ayant une activité de remplacement ou de travail en maison médicale. Ils sont particulièrement sensibilisés à la prise en

charge globale de la personne âgée polypathologique et donc retenant le critère d'experts.
Par rapport au nombre de médecins retenus (5 pour le premier groupe et 6 pour le deuxième), nous avons jugé qu'ils étaient suffisamment nombreux pour répondre aux besoins de l'enquête. Un nombre plus important de médecins nous aurait peut-être permis de collecter plus d'idées, mais l'expérience du premier groupe nous a montré que les idées retenues sont les plus populaires.

Toutes les informations retenues comme indispensables concernent principalement les données que l'on pourrait retrouver sur l'outil numérique de coordination. On peut noter que lors de l'un des deux groupes nominaux des médecins généralistes et des infirmières, il y avait également une préoccupation sur la fonction et l'utilisation de cet outil. En effet la notion d'"alerte" dans le cadre des transferts du patient ville-hôpital, et également pour des traitements spécifiques nécessitant une surveillance particulière tel que les AVK paraissait être une donnée qui améliorerait les prises en charge. De la part des médecins une telle plateforme serait l'occasion de créer des réunions dématérialisées, d'avoir des décisions partagées et d'un e-cahier de liaison. Un médecin a souligné que "pour coordonner il faut communiquer".
Plusieurs réflexions et questionnements ont été relevés lors des réunions, ce qui n'a pas été retenu comme item « indispensable »mais qui mérite d'être souligné dans le cadre du fonctionnement de la plateforme.

- Premièrement, le problème de l'accessibilité
- Deuxièmement, est-ce qu'il y aura la possibilité de créer une page d'accueil personnalisée par l'utilisateur?
- Troisièmement, le patient lui-même aurait-il l'accès et la possibilité de noter des informations?

Le but est d'offrir aux professionnels de santé, sociaux ou encore aux aidants familiaux, un outil multiplateformes leur permettant de communiquer, suivre ou encore intervenir sur un maintien ou une hospitalisation à domicile, l'objectif est donc d'avoir une accessibilité partout et depuis n'importe quel support. Il est important de proposer également une supervision à distance, d'avoir des alertes, des données sécurisées et un accès spécifique à chaque intervenant afin d'assurer la sécurité du patient. Enfin, une des priorités est d'offrir un réseau centralisé adapté pour une utilisation par des prestataires de service, par la famille et les professionnels de santé liés au patient.

Parmi les items les plus importants retenus chez les professionnels étaient les antécédents (dont les allergies), les traitements. Dans des situations concrètes, un risque d'erreur médicale est toujours présent. Si l'on prend l'exemple d'une intervention par un médecin de garde à domicile devant administrer une antibiothérapie en urgence, ne connaissant pas les antécédents, il existe un risque de prescription de pénicilline chez un patient allergique. Avec un système d'information au domicile de la personne (Domicalis), et d'accès sécurisé et sélectif, le praticien aurait pu prendre connaissance de cette allergie. Il s'agit d'apporter aux acteurs de santé intervenant dans la prise en charge des patients dépendants, une continuité dans le processus de suivi et de gestion de l'information, indépendamment de la structure de prise en charge (CHU, CCAS, EHPAD, médecin traitant, …) et de lieu du patient (établissement de santé, domicile, cabinet du médecin, …). L'éventail des services fournis permettrait une prise en charge du patient plus efficace dans son suivi à domicile, mais aussi lors du passage d'une structure à l'autre, ou d'un lieu à l'autre : retour à domicile après une hospitalisation, hébergement dans un EHPAD. Il s'ensuit un échange favorisé entre les professionnels de santé, cela s'inscrit dans l'amélioration du défaut de communication entre la ville et l'hôpital qui est dénoncé par plusieurs auteurs.

Un autre point important est d'éviter les ré-hospitalisations(10) précoces dont une Thèse a mis en évidence des facteurs associés au risque de réadmission. En amont et en aval de la prise en charge hospitalière, complexe, efficace mais souvent passagère, le maintien au domicile est à considérer comme un objectif crucial en termes de maîtrise des coûts et de recherche d'efficacité dans l'approche et le suivi de la personne âgée. Il permet, s'il est bien maîtrisé, d'éviter les hospitalisations itératives et les ré-hospitalisations précoces par la mise en place de tous les éléments nécessaires à prévenir les risques d'une fragilité latente ou patente des personnes âgées.

Un rapport concernant la communication de médecine de ville et hospitalière révèle un souhait d'amélioration des liens de coordination et l'évolution de la transmission des données (13).

Parmi les différentes recherches effectuées, on remarque que le gouvernement souhaite évoluer en matière de coordination des soins, plusieurs projets dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

sont en cours. L'initiative des pouvoirs publics nommée «territoire de soins numérique» en est un exemple: "Les systèmes d'information de santé jouent un rôle prépondérant dans la poursuite de cet objectif de coordination des prises en charge des patients, au bénéfice de la qualité et de la sécurité des soins dispensés. La mise en œuvre de systèmes d'information performants et l'extension de leur usage à l'ensemble des professionnels intervenant autour du patient constituent en ce sens un facteur clé de soutien au développement des parcours." Comme dans le cas des territoires de soins numériques, on touche là à l'organisation de l'ensemble du système de soins, les NTIC visant à structurer une offre de soins plus intégrée.

Progressivement, l'informatique médicale ouvre de nouvelles perspectives dans le domaine de la santé. Ainsi, le Dossier Médical Personnel (DMP) et la Carte Vitale devaient aider le médecin généraliste et rendre l'information plus accessible à tous les intervenants auprès d'un même patient. Ces outils en théorie très performants sont complexes à mettre en place et ne sont pas pleinement opérationnels à l'heure qu'il est. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit qu' « afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un "dossier médical personnel" (DMP), constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins…, et notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soins ». Mais le DMP peine à prendre sa place dans notre système de santé. Il est en effet confronté à plusieurs freins. Il est nécessaire que le médecin soit équipé en informatique, pour les médecins qui utilisent un logiciel appelé « logiciel métier », c'est-à-dire un des nombreux logiciels qui gèrent les cabinets (dossier patient, voire messagerie, rendez-vous, rappel, Vidal, etc.). Il faut une mise à niveau pour assurer une compatibilité entre ce logiciel métier et le DMP, afin d'éviter les doubles saisies notamment.

Le problème est le même dans les structures de soins (clinique ou hôpital) dont beaucoup ont acquis ou développé des dossiers spécifiques. Trois ans après le lancement du DMP, seuls 473 493 dossiers avaient été ouverts, avec de nombreux dossiers vides ou ne comprenant qu'un seul document.(23) Selon la Ministre de la santé, cette alimentation insuffisante d'une "*proportion importante*" des DMP est notamment liée au manque d'adhésion des professionnels de santé. Depuis 2012, le

ministère de la Santé tente de relancer ce DMP qui pourrait fluidifier la transmission de l'information, fluidification particulièrement utile en cas de situations compliquées, au long cours, nécessitant de multiples interventions, (et sous réserve de sécurisation). Pour cela, après auditions de professionnels de santé, rapports et travaux, Marisol Touraine a décidé de recentrer le DMP, renommé dossier médical partagé," *sur les patients atteints de maladies chroniques ainsi que sur les personnes âgées, en particulier dans le cadre des expérimentations "personnes âgées en risque de perte d'autonomie" (PAERPA), qui justifient prioritairement d'une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée*". "*Afin de rapprocher l'outil de ses utilisateurs, à savoir les professionnels de santé qui exercent en ville*", la ministre de la santé a donc décidé de confier la gestion du DMP "*deuxième génération*" à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui propose déjà des services numériques. Il parait donc indispensable qu'en termes de partage de données et de communication, les professionnels de santé participant activement à cette coordination des soins soient interrogés.

Dans la littérature, on retrouve deux études réalisées à l'étranger intéressantes sur le retour d'experience autour de l'échange et le partage des données (24). Le premier exemple australien (25) où un système de dossier de santé électronique partagé (SEHR) connu comme *Health Record eXchange* (HRX) est utilisé depuis avril 2005 et soutient le partage de synthèses médicales entre des professionnels de santé de métiers différents au point de soins. Cette expérimentation a montré que les patients avec des pathologies chroniques et complexes peuvent profiter d'une approche fondée sur une équipe pluriprofessionnelle, multisecteurs, pour la planification et la prise en charge médicale. Les résultats ont montré une réduction en moyenne de 26 % des coûts pour les malades hospitalisés du groupe intervention. Un autre point important était la compréhension qu'un système de dossier de santé électronique était nécessaire pour faciliter le flux d'informations entre les membres de l'équipe de soins, les systèmes existants à base de papier ne fonctionnant pas.

Le deuxième exemple intéressant est celui menée dans le Colorado (26). Un programme a été lancé dans le but de montrer comment le renforcement de l'infrastructure locale des technologies de l'information en santé pouvait soutenir les améliorations de la qualité et de l'efficacité des services médicaux. Les premiers résultats concernant les améliorations liées à la gestion des données et à l'utilisation des technologies de l'information en santé sont : la réduction des gâchis en éliminant

les examens en double, les fax et le travail en double du fait des erreurs ; la réception dans de meilleurs délais des résultats des examens complémentaires ; l'amélioration des demandes d'avis et des transitions/transferts, qui ont le potentiel de réduire les réhospitalisations ; et l'amélioration de la sécurité des patients par la réconciliation médicamenteuse et la capacité à vérifier pour les allergies.

Les problèmes comme l'équipement matériel des médecins, la sécurisation des échanges, l'accès aux données du dossier médical par les patients et leurs médecins, le stockage des données sur de nouveaux supports font intervenir de nouvelles instances telles que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). De plus, ils nécessitent un encadrement législatif (loi 2002 sur l'information du patient et son droit d'accès à son dossier médical) afin que le secret médical soit respecté en toute circonstance. Lorsque l'on parle de technologie et de transmission de données médicales, se pose la question de la sécurité et du cadre juridique de partage d'informations. Les données de santé font l'objet en France d'un encadrement juridique qui vise à protéger leur confidentialité. Le cadre actuel de l'échange et du partage des données de santé s'articule autour de différents textes de lois qui traitent de leurs conditions d'utilisation et des moyens assurant leur confidentialité. La gestion et le traitement des données de santé sont protégés par la directive européenne 95/46 du 24 octobre 1995 et la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. C'est le rôle de l'autorité administrative indépendante qu'est la CNIL de faire respecter ces principes. Parmi ces exceptions et cas particuliers, on retrouve les traitements mis en œuvre à des fins de coordination des soins et qui nécessitent le partage de données de santé, dont la CNIL a considéré qu'ils relevaient de l'intérêt public. Il s'agit là par exemple du régime juridique retenu pour le DMP.

Le droit commun de l'échange de données de santé à caractère personnel entre professionnels de santé est fixé à l'article L1110-4 du code de la santé publique. Cet article définit actuellement plusieurs régimes d'échange et de partage des données de santé à caractère personnel, dont :

• l'échange de données de santé entre plusieurs professionnels de santé qui prennent en charge un même patient en dehors d'un établissement de santé, sauf opposition ;

• le partage de données de santé entre professionnels de santé exerçant au sein d'un même établissement de santé, sauf opposition.

On peut regretter que ce soit limité dans la mesure où la distinction qui a pu être faite entre une donnée de santé et une donnée médicosociale trouve aujourd'hui ses limites dans la nécessité d'une prise en charge globale de la personne, qu'elle fasse appel au secteur sanitaire ou médicosocial. Les textes de loi intervenus récemment insistent pourtant sur la nécessité d'une coordination des acteurs, en particulier à l'aide de systèmes d'informations. Ainsi, récemment l'article 48 de la loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, qui prévoyait des expérimentations de collaboration entre structures médico-sociales et sanitaires dans le cadre de l'optimisation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Si tous ces textes posent des principes forts pour assurer la protection des données personnelles de santé, la difficulté de leur application concrète et en particulier l'inadaptation des moyens prévus pour assurer la sécurité et la confidentialité des données face au développement de systèmes d'information organisés de façon non concertée ont rendu indispensables la normalisation et la sécurisation du partage de l'information. C'est précisément cette idée qui a mené à la création de l'ASIP Santé, en 2009 : il s'agit d'instaurer un pilotage stratégique et cohérent des systèmes d'information de santé au niveau national, et de définir le cadre fonctionnel et de sécurité pour l'échange et le partage des données de santé. Il existe des dispositifs d'identification des acteurs qui sont majeurs et sans eux, aucun partage ou échange de données de santé à caractère personnel ne peut être réalisé de façon sécurisée. S'agissant des professionnels de santé, leur identification repose sur la mise en place du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), lui donnant droit à une carte CPS qui est une carte d'identité professionnelle électronique et une clé d'accès pour le professionnel de santé. Elle contient les données d'identification de son porteur (identité, profession, spécialité) mais aussi ses situations d'exercice (cabinet ou établissement). L'usage de la carte de professionnel de santé (CPS) est en principe rendu obligatoire pour la conservation et la transmission par voie électronique d'informations médicales à caractère personnel. Initialement cantonnée à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, la CPS permet aujourd'hui d'identifier le professionnel de santé lors de la consultation ou de la création du DMP de ses patients, à la messagerie sécurisée de santé (MS Santé), réaliser des actes de télémédecine… Cependant, la dématérialisation accrue des données de santé qui

accompagne les nouveaux modes d'exercice de la médecine amène à rechercher d'autres moyens d'accès aux données de santé qui permettent de conserver le même niveau de sécurité que celui apporté par l'usage de la CPS là où l'usage de celle-ci s'avère impossible ou mal adapté. Des dispositifs sont d'ores et déjà reconnus comme alternatifs, ils devraient être consacrés dans le cadre des travaux de la Politique générale de sécurité des systèmes d'information actuellement menés par les pouvoirs publics.

S'il on considère les enjeux des systèmes d'information de santé partagés et centrés sur le patient, les travaux et entretiens menés dans le cadre de la mission de relance du DMP (22) permettent cependant de la caractériser à grands traits : faiblesse des investissements publics dans les systèmes d'information de santé ; fragilité du tissu industriel français dans les domaines de l'informatique de santé ; cloisonnement des systèmes d'information existants ; coordination et coopération insuffisantes entre l'hôpital et la médecine de ville ; inadaptation de la plupart des systèmes d'information hospitaliers aux enjeux de qualité des soins, la majorité d'entre eux étant davantage orientés vers la gestion administrative que vers les processus de soins ; insuffisance des échanges et partages entre professionnels libéraux ; efficacité inégale et cloisonnement des réseaux de santé. Considéré dans sa globalité, le système d'information de santé français apparaît fragmentaire, cloisonné, peu communicant et faiblement sécurisé.

Aujourd'hui, les innovations technologiques sont de plus en plus employées pour le maintien à domicile et elles ont démontrées leur valeur ajoutée. Cependant, trop ciblées (par pathologies), elles doivent maintenant être intégrées dans le cadre d'un socle de service global, évolutif et respectant les normes d'interopérabilité afin d'accompagner au cours du temps la personne, ses référents (aidants familiaux, coordinateurs hospitaliers, médecins correspondants, infirmiers), les acteurs médico-sociaux (hôpital, HAD, SSIAD) et les prestataires de services de santé dans l'évolution de la situation de dépendance ou de maladie chronique. Seul un service apportant le maximum de valeur ajoutée pour tous, associé à une offre « sur mesure » adaptée au patient et à l'utilisateur-acteur de cette prise en charge médicale, médico-sociale ou purement sociale, peut permettre aux personnes âgées de poursuivre sa vie le plus normalement possible dans son lieu de vie, d'optimiser l'activité des référents et des

prestataires pour le plus grand nombre. Les progrès des technologies biomédicales induisent la possibilité d'administrer et de surveiller des traitements et des paramètres physiologiques des malades hors des murs de l'hôpital, de coordonner l'ensemble des professionnels sociaux, médicaux, médico-sociaux, paramédicaux autour du patient afin de proposer une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Il s'agit de proposer le bon professionnel au bon endroit au bon moment (par exemple en valorisant le partage d'agendas électroniques).

Afin d'améliorer les outils de suivi de la prise en charge des patients dépendants, il est primordial de:

-Favoriser l'échange entre professionnels

-D'améliorer l'implication du médecin traitant : Le Médecin traitant, est un élément indispensable, trop souvent ignoré. La thèse effectuée au CHU de Nice en 2009 par Emmanuelle Pornin-Contes (32)

-De gagner du temps pour les coordinateurs

-D'obtenir une diminution du nombre d'examens (biologie, radiologie, etc.), du fait que l'équipe soignante ou le médecin traitant, prenant en charge le patient disposent de l'ensemble des informations nécessaires.

-De réduire les "oublis" et des erreurs : les acteurs disposant de l'ensemble des informations (ordonnances, certificats, dossier social, …), l'utilisation de listes de suivi automatisées réduit (voir fait disparaitre) les oublis (ex : oubli de commander un déambulateur).

5 Conclusion

La priorité est de prendre en compte le bien-être du patient, il est indispensable de trouver un environnement médical efficient, et donc de partager de manière optimisée toutes les informations importantes à sa prise en charge. Afin d'obtenir une communication et une coordination optimale autour de la personne âgée à domicile, il parait primordial de comprendre quels sont les éléments importants pour chaque interlocuteur.

Le médecin généraliste est le pivot central de la coordination des soins à domicile, il est le premier recours aux soins et le garant d'une continuité des soins optimale. Devant l'accroissement des prises en charge à domicile, il devient nécessaire d'apporter aux médecins généralistes et aux équipes soignantes un outil performant pour l'amélioration de la communication. Dans ce contexte, afin de créer l'outil le plus pertinent, il était primordial d'interroger les médecins sur leur besoins en matière de partage d'informations.

Ce travail a participé à un projet d'Investissement d'avenir "Développement de l'économie numérique" dans le domaine de la santé. Il a permis une mise à jour et une évolution de la plateforme web créée pour le projet. Les informations sont centralisées sur la plateforme de services et structurées dans un dossier partagé qui alimente le DMP, avec les documents sélectionnés (compte-rendu de consultation, examen clinique, ordonnances,…) par les médecins intervenants, tout au long de cette prise en charge. Les médecins intervenants ensuite lors d'une nouvelle prise en charge du patient (hospitalisation ou consultation hors du secteur du projet, déménagement, etc.) disposent de toutes les informations nécessaires pour agir et décider dans les meilleures conditions.
Ce projet prend en compte le Dossier Médical Personnel (DMP) grâce à l'interopérabilité déjà opérationnelle avec la solution Dossier Médical ORBIS contenue dans le SIH du CHU de Nice (utilisation prévue versus hospitalier) et avec la solution Domicalis (Utilisation prévue versus Médicosocial), voire à plus long terme une interopérabilité entre ce type de plateforme et le dossier pharmacologique (DP) voire un hypothétique dossier de santé, regroupant DMP, DP et des informations sociales.

Basé sur un concept communicant de réseau-social professionnel et sécurisé, la solution Domicalis représente une innovation très importante pour assurer le continuum entre l'hôpital, la médecine de ville et le domicile.
Sa capacité à assurer, à travers une interface adaptée aux utilisateurs (tactile et vocal), et directement à partir du lieu de vie:

1. la coordination des acteurs,
2. la collecte de données médicales directement sur le lieu de vie du patient
3. Le pilotage des installations domotiques
4. La gestion des alarmes de téléassistance manuelle (bouton poussoir actionné par le patient) ou automatique (alarme émise automatique même lorsqu'une chute est suivie d'inconscience)

Elle représente une évolution technologique majeure par rapport au « cahier de liaison » papier, long à renseigner (manuellement) et dépourvu de toute sécurité.
L'introduction de ces innovations modifiera de façon tangible les habitudes de travail des utilisateurs et notamment au domicile du patient.

Ce travail a permis, après intégration à la plateforme web, la finalisation de la première étape du projet LICORNE avant sa production.
La CNIL a officiellement donné son accord pour le démarrage de l'étude le 18 Septembre 2015, les premiers patients devraient être inclus dans le courant du mois de novembre 2015

Index des figures et tableaux

Tableau 1. Caracteristiques des experts interrogés 29
Tableau 2: Résultats du vote sur les données..... 30
Figure 1 : classement des items définissant les données de l'outil numérique..... 31
Tableau 3 : Résultats du vote sur la fonction..... 32
Figure 2 : classement des items définissant la fonction de l'outil numérique..... 32
Tableau 4 : Résultats du vote du deuxième groupe nominal..... 34
Figure 3 : classementdu deuxieme groupe nominal 34
Figure 4 : résultats combinés des 2 groupes nominaux des médecins 36
Figure 5 : résultats combinés des 2 groupes nominaux des assistantes sociales.... 38

Bibliographie

1. Fournier Patrick, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. », *Gérontologie et société* 1/2002 (n° 100) , p. 131-147 URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-1-page-131.htm.

2. Alao O., Anceaux F., Beuscart R., Beuscart-Zéphir M.-C., Brunetaud J.-M., Renard J.-M., « La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. », *Les Cahiers du numérique* 2/2001 (Vol. 2) , p. 37-55 URL : www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2001-2-page-37.htm.

3. Jean-François Buyck, Bénédicte Casteran-Sacreste, Marie Cavillon Françoise Lelièvre, François Tuffreau, Fanny Mikol, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile » Études et résultats n° 869, février 2014

4. Aubry Régis, « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. », *Santé Publique* hs/2007 (Vol. 19) , p. 73-77 URL:www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-73.htm.

5. Somme Dominique, Olivier Saint-Jean, "Rapport PRISMA, Intégration des services aux personnes âgées: La recherche au service de l'action", Ministère de la santé et des sports, Février 2009, 199 p

6. Bloch Marie-Aline, Hénaut Léonie, Sardas Jean-Claude, Gand Sébastien, "La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux professionnels et dynamiques organisationnels", Février 2011, 241 p

7. GSMIH, "Etude de définition relative au système d'information pour la coordination des soins entre les réseaux de santé, la médecine de ville, le secteur médico-social et les établissements de santé", Nov 2007, 55 p

8. Aubry Claire, Connaissances des structures sociales gérontologiques et prise en charge de la dépendance du sujet âgé, Thèse Amiens, Décembre 2013, 181 p

9. Ministère de la santé, "Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé?", Octobre 2012, 77 p

10. HAS, Rapport d'analyse des projets article 70, Décembre 2012, 56 p

11. Fouquet Annie, Tregoat Jean-Jacques, Sitruk Patricia, "L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge", Mai 2011, 121 p

12. Raîche Michel, Hébert Réjean. La coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec : enjeux, expériences et champs de recherche traitant de leur évaluation. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2003. Vieillissement et santé II. pp. 57-66.

13. Gayrard Pascale, Harzo Christian, Médecine ambulatoire-médecine hospitalière-quels liens construire?", Rapport d'étude URML Rhône-Alpes, Septembre 2008, 36 p

14. Rapport Public de la Cour des comptes, La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins, Février 2012, 30 p

15. Gerard Rajemisa, Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées, Thèse, Septembre 2011, 107 p

16. Think tank économie Santé,Les Echos, Recommandation coordination des soins, Rapport 2014,22 p

17. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de 2010 à 2012, Février 2014, 12 p.

18. Mounier Céline, Waquet Cécile, Inspection générale des affaires sociales, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Janvier 2013, 85 p.

19. Bressé S. « Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000 », in *D.R.E.E.S.*, *Etudes et Résultats*, n° 297, 2004

20. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. [Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health]. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2008 Dec;56(6):415–23.

21. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health. 1972 Mar;62(3):337–42.

22. Gagneux M. Recommandations pour un dossier patient virtuel partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, Rapport de la mission de relance du DMP, 23 Avril 2008, 120 p.

23. Godeberge P. DMP : un dossier médical personnel, partagé entre ville et hôpital. Hépato Gastro 2012 ; 19 : 133-134. doi :10.1684/hpg.2012.0692

24. HAS, Echange et partage de données par voie électronique, Evaluation et amélioration des pratiques, 11 Juillet 2013, 50p

25. Silvester BV, Carr SJ. A shared electronic health record: lessons from the coalface. Med J Aust 2009;190(11 Suppl):S113-S116.

26. McCarthy D, Cohen A. The Colorado Beacon Consortium: Strengthening the Capacity for Health Care Delivery Transformation in Rural Communities. Commonwealth Fund; 2013

27. NOLTE E. et MAC KEE M., Caring for people with chronic conditions : A health system perspective, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2008

28. Rapport Laroque Pierre, Commission d'études sur les problemes de la vieillesse, Documentation, Paris, 1962

29. Rapport Schopelin Pierre, Commissariat général du plan, « Renforcer l'efficacité du maintien à domicile », Paris, 1991

30. Lion R. (prés.) 1980, vieillir demain, rapport du groupe de travail pour la préparation du VIIIè plan (1981-1985), Paris, la Documentation Française, 270 p.

31. Alain Franco - Vivre Chez soi - Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés - Juin 2010

32. Conte Pornin Emmanuelle, Réadmissions des personnes âgées aux urgences du CHU de Nice : étude de rétrospective à propos de 408 dossiers de patients de 75 ans et plus, Thèse pour le doctorat de médecine générale, Nice, 2009.

Annexes

Annexe A

N°	Variables Discriminantes	Dépendance physique et psychique		Evaluation A	B	C
1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises				
2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels...				
3	Toilette	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut			
			Bas			
4	Habillage	S'habiller seul, totalement et correctement.	Haut			
			Moyen			
			Bas			
5	Alimentation	S'alimenter seul et correctement.	Se Servir			
			Manger			
6	Elimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	Urinaire			
			Anal			
7	Transfert	Se lèver (du lit, du canapé, du sol), se coucher et s'asseoir seul.				
8	Déplacement Intérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulatoire ou fauteuil roulant).				
9	Déplacement Extérieur	Pouvoir se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.				
10	Communication à distance	Utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but d'alerter.				
11	Gestion	Gèrer seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaître la valeur de l'argent.				
12	Cuisine	Préparer seul ses repas et les conditionner avant de s'alimenter.				
13	Ménage	Effectuer seul l'ensemble des travaux ménagers.				
14	Transport	Prendre seul, ou éventuellement, commander un moyen de transport.				
15	Achats	Acheter régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène...				
16	Suivi du traitement	Suivre seul et observer correctement les prescriptions médicales ou diététiques.				
17	Temps libre	Exercer seul une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.				

Iso-groupe	Description simplifiée	Temps estimé Aide/semaine	Prix max APA
GIR 1	Perte autonomie Présence indispensable	50 à 65h	1208 euros
GIR 2	Confinement au lit/fauteuil Ou démence déambulant Présence pour la majorité de vie active	35 à 55h	1036 euros
GIR 3	fonction mentale conservée Locomotion partielle Aide plusieurs fois/j	25 à 50h	777 euros
GIR 4	Dépendance aux transferts Aide pour habillage, repas, toilette	20 à 40h	518euros
GIR 5	Autonomie conservée Aide ponctuelle pour préparation repas, Ménage	5 à 30h	
GIR 6	Autonomie suffisante	5h	

Annexe B : mail transmis au groupe nominal

Bonjour,
Je me présente, Anne-Lise de Balby de Vernon, médecin généraliste remplaçante et actuellement en préparation de ma thèse d'exercice dirigée par le Dr Sacco.

Le sujet de cette dernière porte sur la coordination des soins à domicile autour de la personne âgée.

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet national plus large (projet LICORNE appel à projet e-santé) de création d'une plateforme informatique de coordination des soins.
Je me permets d.3

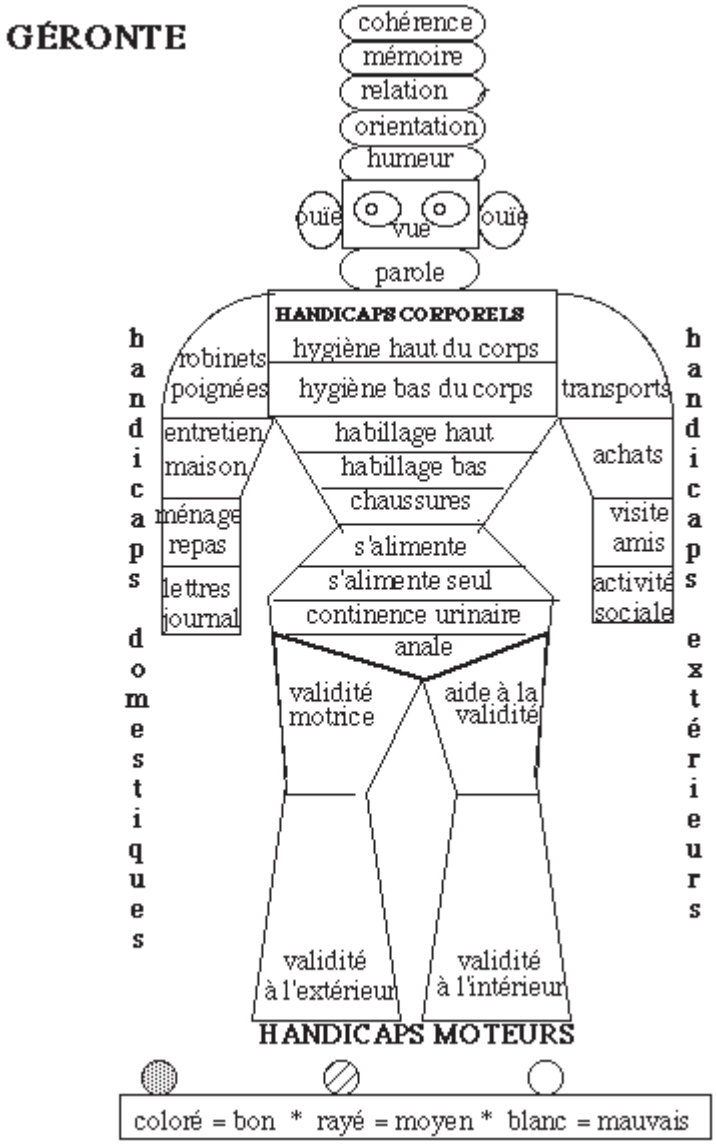
0e vous solliciter car vous avez été identifié comme des praticiens « expert » de par la qualité de votre collaboration avec différents réseaux de soins locaux.

L'objet de cette démarche est de vous demander de participer à un groupe nominal pour une seule réunion de groupe durant environ 1h30 afin de répondre à ma question de recherche : Quelles sont les informations minimums indispensables aux médecins généralistes pour la coordination médico-psycho-social des soins autours du patient âgé polypathologiques en perte d'autonomie.

Cordialement,

Anne-lise

Annexe C


GÉRONTE
cohérence
mémoire
relation
orientation
humeur
ouïe
vue
ouïe
parole
HANDICAPS CORPORELS
hygiène haut du corps
hygiène bas du corps
robinets
poignées
transports
entretien
maison
habillage haut
habillage bas
achats
chaussures
ménage
repas
s'alimente
visite
amis
s'alimente seul
lettres
journal
continence urinaire
activité
sociale
anale
validité
motrice
aide à la
validité
validité
à l'extérieur
validité
à l'intérieur
HANDICAPS MOTEURS
handicaps domestiques
handicaps extérieurs
coloré = bon * rayé = moyen * blanc = mauvais

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels

Introduction : Vieillissement de la population, volonté des citoyens de vivre et mourir chez eux et contraintes budgétaires majeures font du maintien à domicile des personnes âgées polypathologiques un enjeu important de santé publique. Du fait de la multiplication des intervenants dans ce domaine, l'optimisation de la coordination de leurs prises en charge devient une nécéssité. L'utilisation de plateformes numériques de soins, accessibles via des interfaces web, semblent un outil pertinent à utiliser dans ce domaine. Ce travail s'intègre ainsi dans le projet LIaison et Coordinnation via un Réseau NumériquE LICORNE visant le développement et la création d'une plateforme web de coordination des soins autour du sujet âgé. Mais l'immensité des possibles dans le corpus des informations disponibles nous a rapidement fait nous interroger sur les informations minimums indispensables à chaque profession pour la bonne coordination des soins à domicile autour du patient âgé polypathologique en perte d'autonomie.

Matériel et Méthode : Un consensus d'expert a été réalisé via la méthode des groupes nominaux au sein du bassin de soin azuréen. Cinq groupes ont été réalisés entre novembre 2013 et juin 2015 auprès d'assistantes sociales du centre hospitalier et universitaire de Nice, du Centre Communale et d'Action Social de la ville de Nice, d'infirmières libérales, de médecins généralistes et de médecins hospitaliers gériatres issus de la médecine générale et pratiquant ponctuellement une activité de médecine générale extrahospitalière.

Résultats : Onze assistantes sociales, six infirmières et onze médecins ont participé aux groupes d'expert. Parmi les informations nécessaires identifiées par les professionnels, certaines étaient communes aux différents corps de métier (informations administratives, antécédents et traitements). D'autres informations étaient plus spécifiques à chacun. Pour les médecins, le calendrier des intervenants, les comptes rendus de prise en charge par leurs confrères ainsi que les directives anticipées étaient demandés. Pour les sociaux, il s'agissait plus des aides en place, de la situation financière et de l'autonomie. Pour les infirmières, on retrouvait par exemple l'existence de protocoles de soins (douleur, pansement) et la possibilité d'accès aux résultats d'examens.

Conclusion: Ce travail a permis, après intégration à la plateforme web, la finalisation de la première étape du projet LICORNE avant la mise en production de la plateforme web. L'inclusion des premiers patients sont prévue pour début novembre 2015

Membres du jury : Pr Guérin O, Pr Gardon G, Pr Staccini P, Pr Fuzibet J-G
Directeur : Dr Sacco G.