



**HAL**  
open science

# L'expérimentation PAERPA et la place du pharmacien dans ce dispositif

Agathe Forget

► **To cite this version:**

Agathe Forget. L'expérimentation PAERPA et la place du pharmacien dans ce dispositif. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02446693

**HAL Id: dumas-02446693**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02446693>**

Submitted on 21 Jan 2020

**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.



# THESE

Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

**L'expérimentation PAERPA et la place du pharmacien dans ce dispositif**

Présentée par  
**Agathe FORGET**

**Soutenue publiquement le 18 Septembre 2019  
devant le jury composé de**

Monsieur Michel BOULOUARD	Professeur des Universités, Faculté des Sciences Pharmaceutiques, UFR santé CAEN	Président du jury
Madame Virginie PREVOST	Docteur en Pharmacie, Enseignant-Chercheur, Faculté des Sciences Pharmaceutiques, UFR Santé CAEN	Directeur de thèse
Madame Maëly MORICE	Docteur en Pharmacie, Pharmacien titulaire, Pharmacie d'Isigny-sur-Mer	Examineur

**Thèse dirigée par Virginie PREVOST**



**LISTE DES ENSEIGNANTS – CHERCHEURS**

**Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques**

Professeur Michel BOULOUARD

**Assesseurs**

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

**Directrice administrative et Directrice administrative adjointe**

Madame Sarah CHEMTOB

Madame Alexandra HOUARD

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

**BOULOUARD Michel**

Physiologie, Pharmacologie

**BUREAU Ronan**

Biophysique,

Chémoinformatique

**COLLOT Valérie**

Pharmacognosie

**DALLEMAGNE Patrick**

Chimie médicinale

**DAUPHIN François**

Physiologie, Pharmacologie

**DELEPEE Raphaël**

Chimie analytique

**FABIS Frédéric**

Chimie organique

**FRERET Thomas**

Physiologie, Pharmacologie

**GARON David**

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

**GAUDUCHON Pascal** Eméritat jusqu'au 31/08/2019

Biologie cellulaire

**GIARD Jean-Christophe**

Bactériologie, Virologie

**MALZERT-FREON Aurélie**

Pharmacie galénique

**RAULT Sylvain** Eméritat jusqu'au 31/08/2019

Chimie thérapeutique

**ROCHAS Christophe**

Chimie organique

**SCHUMANN-BARD Pascale**

Physiologie, Pharmacologie

**SICHEL François**

Toxicologie

**SOPKOVA Jana**

Biophysique, Drug design

**VOISIN-CHIRET Anne-Sophie**

Chimie médicinale



**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**ANDRE Véronique – HDR**

Biochimie, Toxicologie

**BOUET Valentine – HDR**

Physiologie, Pharmacologie

**CAILLY Thomas – HDR**

Chimie bio-inorganique, Chimie organique

**DENOYELLE Christophe – HDR**

Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie

**DHALLUIN Anne**

Bactériologie, Virologie, Immunologie

**ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR**

Parasitologie, Mycologie médicale

**GROO Anne-Claire**

Pharmacie galénique

**KIEFFER Charline**

Chimie médicinale

**KRIEGER Sophie** (Praticien hospitalier)

Biologie clinique

**LAPORTE-WOJCIK Catherine**

Chimie bio-inorganique

**LEBAILLY Pierre – HDR**

Santé publique

**LECHEVREL Mathilde – HDR**

Toxicologie

**LEGER Marianne**

Physiologie, Pharmacologie

**LEPAILLEUR Alban – HDR**

Modélisation moléculaire

**N'DIAYE Monique**

Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique

**PAIZANIS Eleni**

Physiologie, Pharmacologie

**PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima**

Chimie organique et thérapeutique

**POTTIER Ivannah**

Chimie et toxicologie analytiques

**PREVOST Virginie – HDR**

Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient, Pharmacognosie

**QUINTIN Jérôme**

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

**RIOULT Jean-Philippe**

**SINCE Marc**

Chimie analytique

**VILLEDIEU Marie**

Biologie et thérapies innovantes des cancers



**PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)**

**PRICOT Sophie**

Anglais

**PERSONNEL ASSOCIÉ À TEMPS PARTIEL (PAST)**

**SAINT-LORANT Guillaume**

Pharmacie clinique

**SEDILLO Patrick**

Pharmacie officinale

**RICHARD Estelle**

Pharmacie officinale

**Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**



# Remerciements

---

A Monsieur Michel BOULOUARD, de me faire l'honneur de présider ce jury,

A Madame Maëilly MORICE, qui m'a permis, durant mon stage de 6 mois, de trouver ce sujet d'actualité et d'y participer activement au sein de son officine, qui malgré son emploi du temps très chargé me fait l'honneur de faire partie de ce jury,

A Madame Virginie PREVOST, qui m'a encadrée tout au long de cette thèse et qui a su se montrer disponible lorsque j'en avais besoin. Je la remercie avant tout pour sa gentillesse, et ses nombreux encouragements à mon égard,

A Madame Cathy MONTOCCHIO, qui a pris le temps de me donner de précieux conseils afin d'améliorer mon travail,

Au Docteur Edouard PLUT, de m'avoir transmis des documents afin de m'aider dans mes recherches,

A l'ensemble de l'équipe de la pharmacie d'Isigny-sur-Mer pour leur gentillesse, leurs conseils et leurs encouragements depuis le début et tout au long de cette thèse,

A ma maman, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible, un grand merci pour son soutien, tant financier que psychologique tout au long de ces études, ça y'est, ce jour est enfin arrivé et j'espère te rendre fière de moi,

Au reste de ma famille, pour leur présence et leurs encouragements,

A Jean-Phi, pour son soutien et sa présence depuis tout ce temps, un grand merci d'avoir pris de son temps afin de me relire et de me proposer des corrections,



A mes amis que j'aime tant, les anciens et les nouveaux, merci d'avoir rendu ces années d'études inoubliables, les moments que nous avons partagés resteront gravés dans ma mémoire, en espérant qu'il y'en ait encore beaucoup d'autres,

A Jean-Baptiste, qui m'a aidée et épaulée tout au long de cette thèse, son soutien m'a été précieux, merci d'être toujours là pour moi,

A Lucette, de toujours me redonner le sourire,

A mes chevaux, de m'avoir permis de souffler quand j'en avais besoin.



UNIVERSITÉ  
CAEN  
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

« Soyez vous-même, les autres sont déjà pris »

Oscar Wilde





# Sommaire

---

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>I. La personne âgée .....</b>	<b>5</b>
<b>A. Définition .....</b>	<b>5</b>
<b>B. Démographie .....</b>	<b>5</b>
<b>C. Le vieillissement .....</b>	<b>5</b>
1. Définition.....	5
2. Modifications physiologiques liées à l'âge .....	6
3. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge .....	9
4. Risque iatrogénique lié au vieillissement.....	11
5. Vieillesse et nutrition .....	13
<b>D. La fragilité.....</b>	<b>15</b>
<b>E. Autonomie et dépendance.....</b>	<b>17</b>
1. Définition.....	17
2. Causes de la dépendance et de la perte d'autonomie.....	17
<b>F. Evaluation de la personne âgée .....</b>	<b>18</b>
1. Le MMS/ MMSE.....	20
2. L'ADL et IADL.....	20
3. Le MNA .....	21
<b>G. Le Maintien à domicile.....</b>	<b>21</b>
1. Les aidants de l'entourage .....	22
2. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie.....	22
3. Services d'aide à domicile .....	23
4. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile.....	24
5. Les instances de coordination .....	24
6. Hospitalisation à domicile (HAD) .....	28
<b>II. Le parcours de santé des aînés (PAERPA) .....</b>	<b>28</b>
<b>A. Présentation.....</b>	<b>28</b>
<b>B. Législation .....</b>	<b>29</b>
<b>C. Objectifs .....</b>	<b>29</b>
<b>D. Territoires pilotes.....</b>	<b>31</b>
<b>E. Un pilotage partenarial du projet .....</b>	<b>34</b>
1. Ministère de la Santé .....	34
2. Agences régionales de santé .....	34
3. La Haute Autorité de Santé .....	35
4. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie .....	35
5. Agence nationale d'appui à la performance .....	35
6. Agence des systèmes d'information partagés de santé.....	36
7. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.....	36
<b>F. Les outils de coordination .....</b>	<b>36</b>
1. Les outils de coordination.....	37
2. Outils numériques et systèmes d'information sécurisés.....	43
3. La formation des professionnels .....	45
<b>G. Déroulement du programme .....</b>	<b>48</b>



1. Première étape.....	48
2. Deuxième étape .....	48
3. Troisième étape.....	49
4. Quatrième étape.....	49
5. Cinquième étape.....	49
6. Sixième étape.....	49
<b>H. Evaluation.....</b>	<b>51</b>
<b>III. Le PAERPA dans le Bessin Pré-Bocage.....</b>	<b>52</b>
<b>A. Situation démographique du Bessin Pré-Bocage .....</b>	<b>53</b>
<b>B. Mise en place du PAERPA .....</b>	<b>55</b>
<b>C. L'offre de soins.....</b>	<b>56</b>
1. Démographie médicale en France .....	56
2. Démographie médicale dans le Calvados .....	56
3. Le Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire d'Isigny-sur-Mer.....	56
4. L'association HOSPIPHARM Bessin Pré-Bocage.....	57
5. Le Groupement de Coordination Sanitaire du Bessin-Pré-Bocage.....	57
6. Coordination Territoriale d'Appui.....	60
7. La Plateforme Territoriale d'Appui du Bessin Pré-Bocage.....	63
8. La télémédecine.....	65
<b>IV. Place du pharmacien dans le PAERPA .....</b>	<b>66</b>
<b>A. Repérage de la fragilité à l'officine.....</b>	<b>66</b>
<b>B. Exemples de PPS réalisés à la pharmacie d'Isigny-sur-Mer.....</b>	<b>67</b>
1. PPS numéro 1 .....	67
2. PPS numéro 2 .....	67
3. PPS numéro 3 .....	68
4. PPS numéro 4 .....	68
5. PPS numéro 5 .....	69
6. PPS numéro 6 .....	69
<b>C. Interventions du pharmacien dans le PAERPA .....</b>	<b>69</b>
1. Prévention de la iatrogénie .....	69
2. Prévention des risques de chute .....	73
<b>Conclusion.....</b>	<b>76</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>87</b>



## Liste des abréviations

---

ADL : *Activities of Daily Living scale*

ADMR : l'Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médicaux sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agences Régionales de Santé

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

AVK : Anti Vitamine K

BPM : Bilans Partagés de Médication

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CH : Centres Hospitaliers

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DGOS : Direction Générale de l'offre de soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ERET : Espace Régional d'Education Thérapeutique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEDESAP : Fédération Française des Services A la Personne et de proximité

FNAAFP : Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire

GCS : Groupement de Coordination Sanitaire

GDCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale



GIR : Groupes Iso Ressources  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire  
IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*  
IDE: Infirmier Diplômé d'Etat  
IMC : Indice de masse corporelle  
INR : *International Normalized Ratio*  
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques  
Irdes : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
LEEM : Les Entreprises du Médicament  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
MAD : Maintien à domicile  
MMS : *Mini Mental State*  
MNA : *Mini Nutritional Assessment*  
MPE : Malnutrition Protéino Energétique  
NE : Nutrition Entérale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PLANETH Patient : Plateforme Normande d'Education Thérapeutique du Patient  
PNNS : Programme National Nutrition Santé  
PPS : Plan Personnalisé de Santé  
PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire  
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui  
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie  
SNAC : Services Numériques d'Appui à la Coordination  
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile  
TSN : Territoire de Soins Numériques  
URPS : Unions régionales de Professionnels de Santé

## Liste des figures

---

Figure 1: Situations à risque de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée .....	14
Figure 2: Critères de diagnostic de dénutrition selon la HAS.....	14
Figure 3: Stratégie de prise en charge nutritionnelle chez la personne âgée selon la Haute Autorité de Santé.....	15
Figure 4: La fragilité, un concept bioclinique, Gérontopôle Toulouse (d'après Buchner <i>et al.</i> ).....	16
Figure 5: Représentation schématique de la complexité des syndromes gériatriques, Inouye et al .....	19
Figure 6: Les missions du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées.....	25
Figure 7: Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) .....	27
Figure 8: Logo du parcours de soins Personne En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	29
Figure 9: Les territoires du Parcours de santé des aînés .....	33
Figure 10: Outils de coordination du programme Personne en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	37
Figure 11: Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez les patients de plus de 75 ans, Haute Autorité de Santé (HAS).....	39
Figure 12: Règles de répartition pour les Projets Personnalisés de Santé en fonction du nombre de professionnels impliqués.....	40
Figure 13: Missions de la coordination territoriale d'appui .....	42
Figure 14: Déroulement général d'un parcours Personne en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	50
Figure 15: Territoire pilote du Bessin-Pré-Bocage .....	53
Figure 16: Etapes de la mise en place du Parcours de Santé des Aînés sur le territoire du Bessin Prébocage .....	55
Figure 17: Composition du GCS, Le réseau de santé du Bessin (73) .....	58
Figure 18: Objectifs du Groupement de Coopération de Santé (GCS) .....	59
Figure 19: Composition de la Coordination Territoriale d'Appui .....	60
Figure 20: Mode d'intervention de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) .....	61
Figure 21: Les interventions de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) .....	62
Figure 22: Structuration générale de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).....	64
Figure 23: La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) et les structures de coordination .	65
Figure 24: Résumé des étapes d'un bilan de médication (85).....	71
Figure 25: Objectifs du Bilan Partagé de Médication pour les différents protagonistes..	72
Figure 26: Médicaments et risque de chutes .....	74



# Introduction

---

La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus devrait passer de 8,5% de la population au premier janvier 2007 à 9,4% estimés au premier janvier 2020. (1) Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de pathologies chroniques qui l'accompagne, associés à une pénurie des professionnels de santé de premier recours et à un cloisonnement de ces professionnels, rendent les prises en charge de plus en plus complexes et créent régulièrement des points de rupture dans les parcours de soins des personnes âgées.

En réponse à ces points de rupture et afin de prévenir et de limiter la perte d'autonomie des personnes âgées, le parcours de santé des aînés PAERPA ou Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes afin d'agir en amont de ces points de rupture et donc en amont des hospitalisations qui sont souvent jugées par les professionnels de santé comme aggravant l'autonomie des personnes âgées.

Le parcours PAERPA a été mis en place par le ministère de la santé afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus. Il vise à ce que chaque Français âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment. (2) Outre l'amélioration de la prise en charge, les enjeux économiques sont également importants, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) estime les dépenses d'assurance maladie pour les personnes dépendantes dans une fourchette comprise entre 9 et 21 milliards d'euros. (3)

Dans cette thèse, je me suis intéressée plus particulièrement à la mise en place de ce parcours de soins au sein de la pharmacie d'Isigny-sur-Mer et du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire (PSLA) d'Isigny-sur-Mer, situés dans le Bessin Pré-Bocage, territoire pilote de la mise en place du PAERPA depuis 2016.



## **I. La personne âgée**

### **A. Définition**

L'âge constitue un outil qui est trompeur car il n'appréhende les situations personnelles que de manière approximative. Plusieurs définitions de la personne âgée sont retrouvées dans la littérature. La définition dépend donc de plusieurs critères ainsi que du contexte. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne est dite âgée si elle a 75 ans ou plus mais aussi les personnes de 65 ans ou plus en cas de polyopathie. (4)

### **B. Démographie**

Le vieillissement démographique est l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population, en raison de la diminution de la fécondité et de la mortalité. (5)

Entre 2015 et 2050, la proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population mondiale va doubler, passant de 12% à 22%. Le vieillissement de la population s'accélère à l'échelle planétaire. (6)

### **C. Le vieillissement**

#### **1. Définition**

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques, indépendants du stress des maladies, qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux (vieillesse extrinsèque). Le vieillissement entraîne une diminution de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression car il entraîne une altération des capacités fonctionnelles de l'organisme. Cette altération fonctionnelle est variable d'un sujet à l'autre et d'un organe à l'autre.



La population âgée est donc hétérogène car les conséquences du vieillissement sont très variables. (7)

## **2. Modifications physiologiques liées à l'âge**

Le vieillissement est à l'origine de nombreuses modifications physiologiques qui peuvent non seulement modifier le fonctionnement de l'organisme mais aussi l'apparence corporelle d'une personne. (Annexe 1)

### **a. Métabolisme énergétique**

Le métabolisme varie avec l'âge : au niveau de la composition corporelle on observe une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse. Bien que les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées restent sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique, il y a une diminution de la dépense énergétique de repos et une baisse des besoins énergétiques globaux.

Le métabolisme des glucides est modifié avec l'âge, la tolérance à une charge de glucose est réduite chez les sujets non atteints de diabète de type II, témoignant d'un certain degré d'insulinorésistance. (7)

### **b. Système digestif**

Les modifications liées au vieillissement s'étendent tout le long du système digestif : au niveau de l'appareil bucco-dentaire, nous retrouvons une diminution du flux salivaire, une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et d'une hypochlorhydrie gastrique. Au niveau intestinal, le péristaltisme est diminué induisant un risque de stase digestive qui peut évoluer vers un fécalome et accroît les risques infectieux par pullulation microbienne.

Le vieillissement est également associé à une diminution de la masse et du débit sanguin hépatique. (7)





### c. Système cardiovasculaire

Le vieillissement cardiaque s'accompagne également de modifications anatomiques : une augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche entraînant un moins bon remplissage ventriculaire. Cette altération diastolique est toutefois compensée par la contraction des oreillettes qui permet de préserver le débit cardiaque.

Des modifications de la paroi artérielle (modifications structurelles de l'élastine, rigidification du collagène et altération de la vasomotricité artérielle) entraînent une diminution de la compliance qui rend compte de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge. (7)

### d. Système respiratoire

Le parenchyme pulmonaire et les bronches ont la particularité d'être exposés tout au long de la vie à la plus forte pression partielle d'oxygène que l'on puisse trouver dans l'organisme. L'oxygène est un facteur de lésions tissulaires qui nécessitent des mécanismes de défense spécifiques.

Le poumon possède deux fonctions principales : une fonction respiratoire, c'est à dire une fonction d'échanges gazeux, dépendante de la mécanique ventilatoire, et une fonction non respiratoire, c'est à dire métabolique, immunologique et endocrinienne. Le vieillissement va donc impacter toutes les fonctions pulmonaires en entraînant sur elles une réduction d'efficacité.

Le vieillissement impacte les fonctions respiratoires car il est à l'origine de la diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et du volume des muscles respiratoire, ce qui entraîne des pertes en volume et en débit très variables selon la fonction et l'individu. (8)

Les fonctions non respiratoires sont également affectées, la structure biochimique est modifiée et entraîne une diminution de la clairance bronchique mucociliaire donc on observe, chez les personnes âgées, un encombrement bronchique qui se fait plus facilement et donc favorise la surinfection bronchique en raison d'une réduction du nombre de lymphocytes B et T au niveau pulmonaire. (7)



#### e. Appareil urinaire/système rénal

Avec l'âge, la capacité et la vidange de la vessie sont diminuées, ce qui peut parfois entraîner des incontinences urinaires. La fonction rénale est également altérée, c'est un phénomène physiologique lié au vieillissement : on observe une diminution de la taille des reins et une diminution du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à l'autre) induisant une diminution de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La clairance de la créatinine d'une personne de 80 ans est d'environ la moitié de celle d'une personne de 20 ans ayant le même poids. Le vieillissement du système rénal peut également être lié à des facteurs externes comme l'obésité, le diabète ou encore l'hypertension artérielle.

Cependant, selon les résultats de certaines études telles que l'étude longitudinale de Baltimore, certains individus sont épargnés par les modifications de la fonction rénale et celles-ci résulteraient plus de différents processus pathologiques que des effets du vieillissement. (7)

#### f. Appareil locomoteur

Le vieillissement osseux se caractérise par une diminution de la résistance mécanique de l'os et de la densité minérale de l'os ou ostéopénie. Cette ostéopénie est retrouvée principalement chez la femme sous l'effet de la privation oestrogénique de la ménopause.

Au niveau musculaire, le vieillissement se traduit par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) sur le plan anatomique et une diminution de la force musculaire sur le plan fonctionnel.

Enfin le vieillissement du cartilage articulaire est caractérisé par la diminution de son contenu en eau, la diminution du nombre de chondrocytes et la modification en glycosaminoglycanes. Toutes ces modifications entraînent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques. (7)



#### **g. Système nerveux**

Au niveau du système nerveux, de nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques ont été décrites au cours du vieillissement. Parmi ces nombreuses modifications il faut noter la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux. Ces modifications entraînent un ralentissement de la transmission synaptique qui se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques. Toutefois, cette réduction ne permet pas d'expliquer à elle seule les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne.

Le vieillissement est accompagné également de modifications et d'une déstructuration du sommeil. En effet, la diminution de sécrétion de mélatonine entraîne une désorganisation des rythmes circadiens chez les personnes âgées.

De plus, une diminution de la sensation de soif est observée chez les sujets âgés. Ce phénomène est dû à une réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et à des modifications du métabolisme de la vasopressine. (7)

#### **h. Organes des sens**

Le vieillissement oculaire est lié à une diminution de l'accommodation, c'est à dire que le cristallin perd de son élasticité et de ses capacités de focalisation, cette anomalie est nommée presbytie. Il se produit également, plus tardivement, une opacification du cristallin qui a un fort retentissement sur la vision, c'est la cataracte.

La perte progressive de l'audition s'explique par un vieillissement de l'appareil cochléo-vestibulaire à l'origine d'une presbycousie. (7)

### **3. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge**

#### **a. Absorption**

Comme vu précédemment, le vieillissement entraîne des modifications au niveau gastrique, mais malgré la réduction de la surface de l'intestin grêle, la diminution de la motilité intestinale et l'augmentation du pH gastrique, les modifications d'absorption



des médicaments chez le sujet âgé sont relativement faibles et donc le plus souvent dénuées de conséquences cliniques.

Cependant il existe des exceptions, le carbonate de calcium en faisant partie. En effet, il nécessite un environnement acide pour être correctement absorbé. Ainsi, chez le sujet âgé, il est préférable d'utiliser un autre sel de calcium comme par exemple le citrate de calcium qui sera mieux absorbé. (9)

La biodisponibilité par voie transcutanée est souvent réduite car la peau est plus sèche et l'irrigation superficielle est diminuée.

#### **b. Distribution**

On note une diminution relative de la masse maigre au profit de la masse grasse. L'augmentation de cette masse grasse peut accroître le volume de distribution des médicaments très lipophiles : leur activité est retardée et leur élimination prolongée.

La diminution de l'albumine sérique peut accroître les effets des médicaments à forte liaison aux protéines plasmatiques car la fraction libre du médicament est augmentée. Cependant, l'effet clinique résultant de ces modifications n'est pas établi chez les sujets sans pathologies particulières. En revanche, chez le patient dénutri ou atteint d'une maladie aigüe, les diminutions de l'albumine peuvent accroître les effets de certains médicaments.

De plus, l'augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique peut augmenter l'effet de certains médicaments sur les récepteurs centraux, notamment les benzodiazépines. (9)

#### **c. Métabolisme**

Le métabolisme hépatique *via* les cytochromes P-450 est diminué avec l'âge, donc la clairance hépatique des médicaments métabolisés par des réactions de phase I au niveau du foie risque d'être prolongée chez le sujet âgé. Les adaptations posologiques en résultant sont strictement personnelles car la vitesse de métabolisation varie fortement d'un individu à l'autre.

Les réactions de phase II ou réactions de conjugaison, quant à elles, sont beaucoup moins impactées. Le métabolisme de premier passage hépatique est également diminué.



#### **d. Elimination**

Après l'âge de 30 ans, la clairance de la créatinine diminue, mais cette baisse liée à l'âge varie considérablement d'un sujet à l'autre. On observe également une diminution de la fonction tubulaire ainsi que de la fonction glomérulaire. Ces changements modifient l'excrétion rénale de certains médicaments et provoquent parfois une accumulation du médicament dans le sang. Dans ce cas, il est donc nécessaire d'effectuer des adaptations posologiques. Il est important également de porter une attention particulière aux médicaments à marge thérapeutique étroite qui nécessitent un suivi particulier chez le sujet âgé.

Certains médicaments peuvent entraîner une insuffisance rénale, soit fonctionnelle pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les diurétiques par exemple, soit organique pour les anti-cancéreux, les aminosides, les produits de contraste iodés, etc... Ils sont donc à utiliser avec précaution chez le sujet âgé.

### **4. Risque iatrogénique lié au vieillissement**

#### **a. Facteurs de vulnérabilité**

Comme vu précédemment, beaucoup de modifications physiologiques surviennent avec l'âge et entraînent donc des modifications pharmacocinétiques au niveau des médicaments. De plus, les personnes âgées de plus de 60 ans sont fréquemment atteintes de plusieurs maladies chroniques (souvent cardiovasculaires, métaboliques et oncologiques) expliquant qu'elles soient traitées par un nombre élevé de médicaments susceptibles de donner lieu à des effets indésirables graves. Après 65 ans, la survenue d'effets indésirables médicamenteux est en moyenne doublée. Cependant, de 30 à 60% de ces effets seraient évitables. Les comorbidités augmentent le risque iatrogène car elles ont des répercussions sur la tolérance aux médicaments. Or, plus de 10% des personnes âgées de plus de 75 ans sont polypathologiques. (10)

**b. Facteurs de risque d'événements indésirables médicamenteux**

Aux facteurs de vulnérabilité peuvent s'ajouter les facteurs de risque d'événements indésirables médicamenteux tels que :

- des modifications du traitement médicamenteux habituel, qu'il s'agisse d'un changement de posologie ou de molécule, de l'introduction d'un nouveau médicament ou d'un changement de traitement lié à une substitution d'un princeps par son générique ou de la substitution d'un générique par une autre marque. Ces modifications peuvent exposer le patient à un risque de surconsommation médicamenteuse, de redondance et d'interactions médicamenteuses. Il est important de ne pas négliger l'automédication : en effet, près de 8,6% des personnes âgées achètent des médicaments sans ordonnance chaque mois et 4% des médicaments consommés par celles-ci sont obtenus sans ordonnance,
- la survenue d'événements intercurrents, qui représente chez la personne âgée, la moitié des événements indésirables médicamenteux. Tout événement aigu comme une infection, une diarrhée, une déshydratation, etc. est susceptible de décompenser une maladie sous-jacente, de déséquilibrer un traitement antidiabétique ou anticoagulant, d'altérer la fonction rénale et donc la tolérance aux médicaments,
- un changement dans la vie quotidienne du patient : une hospitalisation ou un déménagement par exemple, sont des facteurs de risque de survenue d'accidents iatrogènes,
- des traitements inadaptés au sujet âgé, en effet, premièrement, le traitement peut être excessif (prescription d'un hypnotique face à une durée de sommeil réduite du fait de l'âge par exemple). Deuxièmement le traitement peut être inapproprié, c'est pourquoi, une liste de médicaments à éviter chez les personnes âgées de plus de 75 ans, dite de Laroche, répertorie les médicaments ou classes médicamenteuses à éviter. Enfin troisièmement, le traitement peut être insuffisant par une trop faible attention portée à certaines pathologies mises sur le seul compte de la vieillesse, (annexe 2)



- une surveillance des traitements insuffisante, sur le plan clinique ou biologique, est responsable de plus de la moitié des effets indésirables graves. Il est important de s'assurer que le rythme de contrôle de l'*International Normalized Ratio* (INR) sous Anti Vitamine K (AVK) est au minimum mensuel et qu'il est renforcé en cas d'association avec certains traitements ponctuels comme les antibiotiques par exemple.
- un manque d'adhésion au traitement, selon un sondage mené par l'Institut des Séniors à la demande du LEEM (Les entreprises du médicament), 19% des personnes âgées reconnaissent oublier de prendre leur médicaments, 16% arrêter un médicament sans avis médical, 2% se tromper dans les dosages. (10)

### 5. Vieillesse et nutrition

Après 70 ans, le risque majeur n'est plus l'obésité ou toutes les maladies dites de surcharges mais la malnutrition protéino-énergétique (MPE) ou dénutrition. Comme vu précédemment, les besoins nutritionnels ne sont pas diminués chez les personnes âgées, il s'agit donc d'optimiser les apports alimentaires en suivant les repères de consommation donnés par le Programme National Nutrition Santé (PNNS). La dénutrition résulte d'une balance négative entre les besoins et les apports et entraîne parfois une perte de poids. Les conséquences de la dénutrition sont importantes puisqu'elle est à l'origine d'une diminution des défenses immunitaires, d'une accélération de la perte de masse musculaire et osseuse augmentant le risque de chutes et de fractures, le tout concourant à une perte d'autonomie. (11)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une synthèse sur les situations à risque de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée présentée en Figure 1. (12)

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement social</li> <li>• Deuil</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Changement des habitudes de vie : entrée en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Pathologie infectieuse</li> <li>• Fracture entraînant une impotence fonctionnelle</li> <li>• Intervention chirurgicale</li> <li>• Constipation sévère</li> <li>• Escarres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymédication</li> <li>• Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc.</li> <li>• Corticoïdes au long cours</li> </ul>
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de la mastication</li> <li>• Mauvais état dentaire</li> <li>• Appareillage mal adapté</li> <li>• Sécheresse de la bouche</li> <li>• Candidose oro-pharyngée</li> <li>• Dysgueusie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans sel</li> <li>• Amaigrissant</li> <li>• Diabétique</li> <li>• Hypocholestérolémiant</li> <li>• Sans résidu au long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Autres démences</li> <li>• Syndrome confusionnel</li> <li>• Troubles de la vigilance</li> <li>• Syndrome parkinsonien</li> </ul>
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie ORL</li> <li>• Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance pour l'alimentation</li> <li>• Dépendance pour la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes dépressifs</li> <li>• Troubles du comportement</li> </ul>

Figure 1: Situations à risque de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

Le dépistage doit être effectué régulièrement chez les personnes âgées (une fois par an en ville et une fois par mois en institution). Il peut se faire à l'aide de certains outils comme rechercher les situations à risque de dénutrition, estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires, mesurer de façon répétée le poids afin d'évaluer une éventuelle perte de poids et calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Ce dépistage peut être formalisé par le *Mini Nutritional Assessment* (MNA) qui sera revu un peu plus tard (au chapitre I. F).

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs critères (perte de poids, IMC, Albuminémie et MNA global) qui permettent de différencier une dénutrition d'une dénutrition sévère. Ces critères sont présentés en Figure 2. (12)

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids : <math>\geq 5\%</math> en 1 mois, ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>• Indice de masse corporelle : IMC &lt; 21</li> <li>• Albuminémie <sup>1</sup> &lt; 35 g/l</li> <li>• MNA global &lt; 17</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids : <math>\geq 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 15\%</math> en 6 mois</li> <li>• IMC &lt; 18</li> <li>• Albuminémie &lt; 30 g/l</li> </ul>

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

Figure 2: Critères de diagnostic de dénutrition selon la HAS

La stratégie de prise en charge nutritionnelle de la personne âgée (présentée en Figure 3) repose sur certains critères de choix : le statut nutritionnel, le niveau des apports alimentaires spontanés, la sévérité des pathologies sous-jacentes, les handicaps associés ainsi que l'avis du malade et/ou de son entourage. La prise en charge peut être effectuée



en première intention par une alimentation destinée à la voie orale comme les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO). Si l'alimentation par voie orale est un échec ou si l'état du patient le nécessite, la Nutrition Entérale (NE) peut être envisagée. Enfin, la nutrition parentérale est réservée à des situations particulières (malabsorption sévère, occlusions intestinales, échec d'une NE) et n'est mise en œuvre uniquement dans des services spécialisés. (12)

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine

1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

Figure 3: Stratégie de prise en charge nutritionnelle chez la personne âgée selon la Haute Autorité de Santé

### D. La fragilité

Le vieillissement est donc un phénomène complexe et multifactoriel responsable de grandes variabilités inter et intra individuelles. Il n'y a donc pas une personne âgée mais des personnes âgées. Il s'agit de distinguer le vieillissement naturel ou physiologique du vieillissement pathologique causé par différentes pathologies chroniques.

On distingue schématiquement trois catégories de personnes âgées qui sont illustrées en Figure 4:

- les personnes âgées en bon état de santé, qui peuvent présenter certaines pathologies chroniques sans qu'elles n'affectent leurs fonctions physiques ou leur qualité de vie. C'est un vieillissement physiologique dit « réussi »,

- Les personnes âgées dépendantes, en mauvais état de santé, dû à une ou plusieurs pathologies chroniques évoluées, souvent associé à un isolement social, ces personnes sont dans l'incapacité de réaliser des actes de base de la vie quotidienne (marcher, s'alimenter, se laver, s'habiller...). C'est le vieillissement pathologique,
- Les personnes dites fragiles, avec un état de santé précaire et un risque de perte rapide de l'autonomie, aussi appelé vieillissement usuel, le concept de fragilité peut se concevoir comme un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement réussi et le vieillissement pathologique. (13)

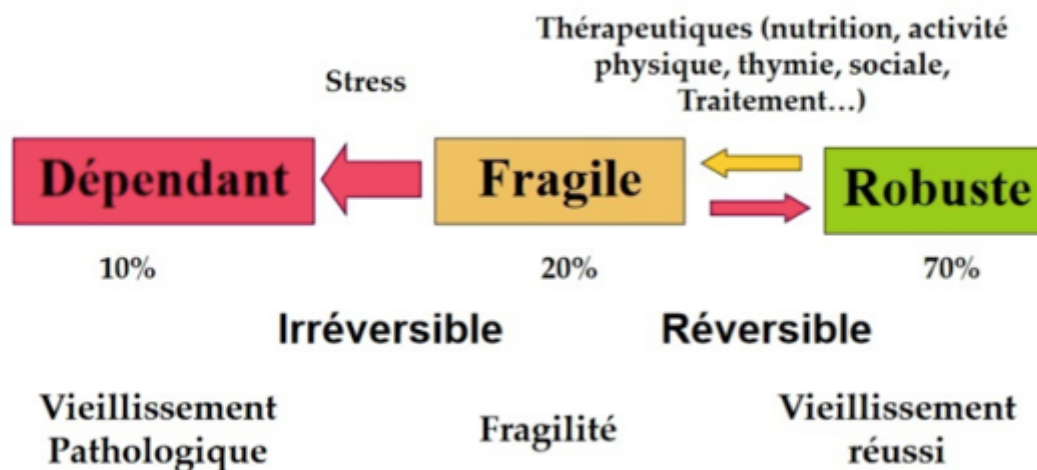


Figure 4: La fragilité, un concept bioclinique, Gériatopôle Toulouse (d'après Buchner *et al.*)

La fragilité est un concept apparu en gériatrie dans les années 1980. La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la



fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible. » (14)

La fragilité peut donc se concevoir comme un état d'équilibre précaire entre des facteurs médicaux et des facteurs sociaux. Les personnes âgées fragiles sont donc à haut risque d'hospitalisation ou d'institutionnalisation, mais cette situation n'est pas irréversible et peut être améliorée par des actions adaptées.

## **E. Autonomie et dépendance**

### **1. Définition**

L'autonomie se définit par la capacité à se gouverner soi-même, elle nécessite donc d'avoir une capacité de jugement, c'est à dire d'avoir la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. L'autonomie se réfère également au libre arbitre de la personne âgée, c'est à dire qu'elle relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales. (7)

Les notions d'autonomie et de dépendance se complètent car bien souvent, la perte d'autonomie entraîne la dépendance.

### **2. Causes de la dépendance et de la perte d'autonomie**

Premièrement, la dépendance et la perte d'autonomie peuvent être une conséquence des maladies. Toutes les maladies qui surviennent chez la personne âgée peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance et/ou de la perte d'autonomie, les affections neuro-évolutives du système nerveux central sont de bons exemples.

Dans un second temps, les hospitalisations peuvent être des facteurs de dépendance et/ou perte d'autonomie. Lorsque la personne âgée est hospitalisée en urgence, elle est



prise en charge par un service dont la mission est de proposer des soins adaptés à la « pathologie d'organe » mais souvent inadaptés à la personne âgée en elle-même.

Enfin, dans certains cas, une entrée en institution rapide, non préparée, voire non voulue, est perçue par la personne âgée comme une punition, c'est un nouveau facteur de risque, du aux problèmes psychiques qui en découlent.

La dépendance et la perte d'autonomie résultent bien de l'intrication de plusieurs facteurs, à savoir : les maladies psychiques, les maladies physiques et l'environnement. (7)

### F. Evaluation de la personne âgée

Le dépistage des personnes âgées fragiles se fait grâce à l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) ou *Comprehensive Geriatric Assessment*. (15)

L. Rubenstein définit en 1997 l'EGS comme « Une procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire visant à l'identification de l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux des sujets âgés dans le but d'établir un projet de prise en charge à court, moyen voire à long terme. (16)

L'EGS repose donc sur l'identification de syndromes gériatriques et de facteurs de fragilité.

D'une part, les syndromes gériatriques sont définis par quatre critères :

- Fréquence
- Résultat de facteurs multiples
- Risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution
- Prise en charge multifactorielle.

La complexité de ces syndromes gériatriques repose sur le fait qu'il n'existe pas une seule étiologie qui découle d'un ensemble de symptômes mais une multitude de facteurs étiologiques qui entraînent une manifestation définie, suite à de multiples interactions. (Figure 5)

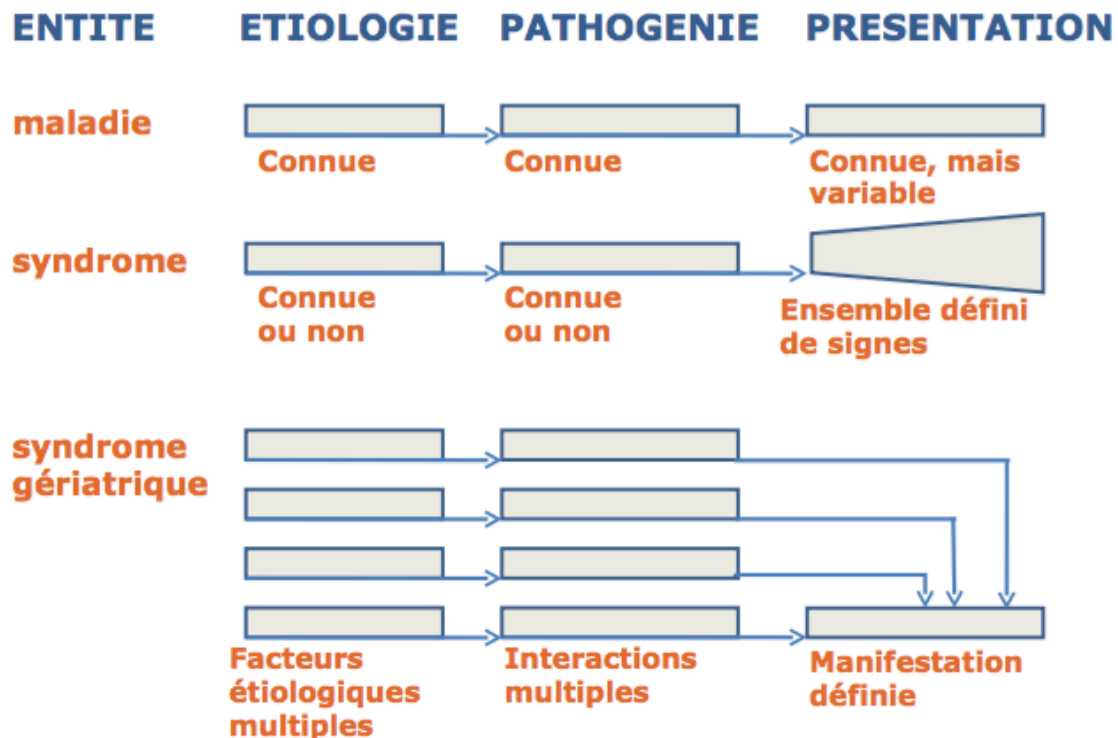


Figure 5: Représentation schématique de la complexité des syndromes gériatriques, Inouye et al

Dans les syndromes gériatriques viennent s'inscrire la dépression, l'autonomie, la dénutrition, les troubles cognitifs, l'instabilité posturale, les chutes, etc... (17)

D'autre part, Fried a proposé cinq critères de fragilité :

- La perte de poids : 5% du poids corporel sur l'année
- La fatigue subjective ou asthénie
- L'activité physique réduite
- La vitesse de marche : inférieure à 0,65 m/s
- La force musculaire mesurée par le test de serrage (grip test).

Si trois critères ou plus sont présents chez la personne âgée, on peut donc parler de fragilité. (14)

L'EGS a pour objectifs principaux de repérer et retarder la progression des facteurs de fragilité, améliorer la qualité de vie, prévenir et devancer les complications et de réduire le recours inutile aux services de soins.



De nombreuses études ont montré que l'évaluation gériatrique standardisée associée à un programme de suivi améliorerait la survie et le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées.

Quatre scores sont le plus fréquemment utilisés pour la réalisation de cette évaluation gériatrique standardisée : le MMS (*Mini Mental State*) ou MMSE (*Mini Mental State Examination*), l'ADL (*Activities of Daily Living scale*), le MNA et l'IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). (13)

L'évaluation de la dépendance d'une personne âgée s'effectue à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) qui sera détaillée un peu plus loin (au chapitre I. G. 2).

### **1. Le MMS/ MMSE**

Le MMS ou MMSE est un instrument qui permet une évaluation rapide des fonctions cognitives. Le score global nécessite une interprétation en fonction de l'âge, l'état affectif et le niveau culturel du sujet. Cependant, le MMS seul ne permet pas de faire le diagnostic d'une éventuelle démence ni d'en préciser le type, cela nécessite un examen neuropsychologique. (Annexe 3)

Ce test est composé de trente questions regroupées en sept catégories : orientation dans le temps, orientation dans l'espace, rappel immédiat de trois mots, attention et calcul, rappel différé de trois mots, langage et praxies consécutives. (13)

### **2. L'ADL et IADL**

On utilise l'ADL (annexe 4) et l'IADL (annexe 5) pour évaluer l'autonomie. L'ADL se compose de six items : hygiène, habillage, toilette, locomotion, continence et prise de repas et l'IADL de huit items : aptitude à utiliser le téléphone, faire la cuisine, les courses, le ménage, blanchisserie, utiliser les transports, prendre ses médicaments et manipuler de l'argent. (13)



### **3. Le MNA**

Le MNA est un outil de dépistage et de diagnostic validé pour détecter la dénutrition ou le risque de dénutrition (annexe 6). Il nécessite d'avoir au préalable des mesures anthropométriques : le poids, la taille, la circonférence brachiale et la circonférence du mollet.

En pratique, il est assez difficile de réaliser ces tests en ville, c'est pourquoi une version simplifiée de chaque échelle d'évaluation a été proposée. Ceci permet donc au médecin généraliste de bénéficier de moyens simples pour dépister les personnes âgées fragiles et de pouvoir les adresser en consultation dans des centres d'évaluation gériatriques. L'EGS permet donc une approche multidimensionnelle, elle doit être réalisée par une équipe pluri-professionnelle formée pour cette évaluation. Les acteurs libéraux doivent au préalable être sensibilisés au repérage de la fragilité et à l'orientation vers la filière gériatrique de proximité. Récemment ont été créés des outils de repérages de la fragilité en ambulatoire. (18)

### **G. Le Maintien à domicile**

Le maintien à domicile (MAD) est une problématique actuelle car 90% des personnes âgées de plus de 65 ans expriment la volonté de rester à domicile le plus longtemps possible. (19)

Il consiste, du fait d'une dégradation de l'état de santé, d'une perte d'autonomie ou d'une situation de handicap, à mettre en place des dispositifs indispensables pour permettre à cette personne de vivre à son domicile. (20)

Afin de permettre ce maintien à domicile, il existe plusieurs types d'aides, matérielles ou financières.



## 1. Les aidants de l'entourage

En 2013, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) estimait à 8,3 millions de personnes (de plus de 16 ans) le nombre total de personnes agissant comme aidants d'une personne de leur entourage, dont 4,3 millions aidant des personnes de plus de 60 ans. (21)

Cette relation d'aide qui soulage la personne âgée est parfois vécue comme une charge par l'aidant. La charge ressentie se définit comme l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties par les aidants et peut alors devenir source d'épuisement qui joue sur leur santé.

Mieux connaître les aidants est un enjeu pour cibler une politique visant à les soutenir dans leur rôle. (22)

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement reconnaît l'action d'un proche aidant en lui donnant une définition et en lui donnant des droits. Afin de les soutenir au mieux, la loi instaure un droit au répit, intégré à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il permet aux aidants du bénéficiaire de l'APA de jouir d'un temps de repos. Pendant ce temps, l'accueil de la personne âgée en hébergement temporaire ou en accueil de jour pourra être financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA. (23)

## 2. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. (24)

L'APA est délivrée par les conseils départementaux aux personnes âgées d'au moins 60 ans résidant en France et en perte d'autonomie.

L'évaluation de la dépendance se fait à l'aide de la grille AGGIR ; qui définit six niveaux de dépendance dits Groupes Iso Ressources (GIR) :





- GIR 1 : correspond aux personnes confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence continue d'intervenants.
- GIR 2 : regroupe les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- GIR 3 : personnes ayant conservé leurs capacités mentales, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent une aide quotidienne pour leurs soins corporels.
- GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement, elles nécessitent tout de même une aide pour la toilette corporelle et parfois pour les repas.
- GIR 5 : correspond aux personnes qui ont gardé une autonomie motrice, qui s'alimentent et s'habillent seules mais qui nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, le repas ou le ménage.
- GIR 6 : Personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne. (25)

Peuvent bénéficier de l'APA les personnes classées en GIR 4 ou inférieur.

### 3. Services d'aide à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont habilités à intervenir auprès d'une population identifiée comme étant fragile. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement simplifie l'encadrement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. (23)

Ces services peuvent être gérés par des associations, des entreprises commerciales ou par des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Il existe deux façons de faire appel à un service d'aide à domicile :

- Faire appel à un service prestataire : les aides à domicile sont salariées par un service d'aide à domicile comme l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), la



Fédération Française des Services A la Personne et de Proximité (FEDESAP), la Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire (FNAAFP)... (26)

- Faire appel à un service mandataire : les aides à domicile sont salariées par la personne âgée elle-même, laquelle, doit donc être en capacité d'assumer le rôle d'employeur.

#### **4. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile**

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) interviennent à domicile, sur prescription médicale, pour dispenser aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène ainsi que les actes essentiels à la vie quotidienne. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie.

Ces services nécessitent une évaluation de la personne par une infirmière coordinatrice. En fonction de cette évaluation, la personne pourra bénéficier de soins infirmiers, ou de nursing, accomplis par des aides-soignantes. Les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux à l'aide d'un dossier de soin. (27)

#### **5. Les instances de coordination**

##### **a. Le Centre Local d'Information et de Coordination**

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont des guichets d'accueil de proximité destinés à fournir aux personnes âgées dépendantes ou autonomes de plus de 60 ans, et à leur famille, informations, conseils et orientation.

Ces CLIC visent à associer une proximité vis-à-vis des personnes, un accès facilité aux droits pour chacun, et une mise en réseau entre les professionnels concernés.

Les missions des CLIC (Figure 6) dépendent de leur niveau de labellisation :

- Niveau 1 : mission d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles. Pour être habilité, le CLIC doit disposer d'un local de permanence et d'un standard téléphonique.
- Niveau 2 : en plus des requis du niveau 1, le CLIC niveau 2 organise des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une gamme partielle de services comme par exemple des groupes de paroles.
- Niveau 3 : au-delà du niveau 2, le CLIC de niveau 3 met en œuvre le plan d'aide et de suivi. Il aide donc les personnes âgées à constituer leurs dossiers de prise en charge. Il organise également les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile. (28)



Figure 6: Les missions du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées

#### **b. La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie**

Les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) sont des dispositifs issus du plan « Alzheimer 2008-2012 » et reconduits dans le plan « maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ». Ils sont



financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) *via* les Agences Régionales de Santé (ARS).

C'est une méthode conçue pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées visant à intégrer au sein d'un même parcours les services d'aide et de soins pour les personnes âgées de plus 60 ans et en perte d'autonomie. L'intégration va plus loin que la coordination, elle conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et *in fine* à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.

La MAIA se compose de trois mécanismes interdépendants (Figure 7):

- La concertation : elle permet de décloisonner les différents secteurs et construire un projet commun entre tous les acteurs et responsables des services d'aides et de soins,
- Le guichet fermé : il permet de fournir une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers,
- La gestion de cas : elle est assurée par un gestionnaire de cas qui est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et des autres professionnels intervenant à domicile. Il devient le référent des situations complexes.

Elle nécessite également trois outils qui permettent d'observer l'écart entre la demande et les ressources existantes et s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert.

- Le formulaire d'analyse multidimensionnelle
- Le plan de service individualisé
- Le système d'informations partageables

La MAIA apporte donc une réponse novatrice aux défis croissants de l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, et de leurs aidants. (29)

## > Méthode MAIA : un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales



Figure 7: Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)



## **6. Hospitalisation à domicile (HAD)**

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile du patient. L'HAD couvre maintenant l'ensemble du territoire national, et constitue désormais une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet.

L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir les séjours dans un établissement de santé lorsque l'état de santé ne nécessite pas ou plus d'hospitalisation, mais requiert néanmoins des soins importants.

Toute personne dont la pathologie ou la situation clinique le justifie et dont les conditions du domicile le permettent est susceptible de se voir proposer une HAD. La notion de domicile est toutefois très large car elle recouvre le domicile personnel mais aussi les établissements d'hébergement collectif.

L'HAD peut être demandée seulement par un médecin hospitalier ou un médecin traitant, toutefois, l'accord du médecin traitant est nécessaire car il prend la responsabilité médicale des soins pendant le séjour en HAD. (30)

## **II. Le parcours de santé des aînés (PAERPA)**

### **A. Présentation**

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix. Constatant que cette population de personnes âgées ne cesse de croître, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé a mis en place un parcours de santé innovant qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, résidant dans le territoire pilote et dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social : le parcours de santé PAERPA (Figure 8), Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie. (31)



Figure 8: Logo du parcours de soins Personne En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

## **B. Législation**

Les expérimentations pour le parcours de soins PAERPA ont été introduites par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013.

Cette loi permet, dans le cadre de ces expérimentations et sous réserve de l'accord du patient, la transmission d'informations relatives à son état de santé et/ou à sa situation sociale, entre les professionnels de santé et les professionnels chargés de l'accompagnement social. (32)

Initialement prévues pour une durée maximale de 5 ans, ces expérimentations devaient prendre fin au 31 décembre 2017. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2017 du 23 décembre 2016 a prolongé une première fois les expérimentations pour le parcours de santé PAERPA jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, car, en raison de leur complexité, ces expérimentation ont tardé à être mises en place. (33) Les expérimentations ont été repoussées une deuxième fois jusqu'à fin 2019 dans l'article 51 de la LFSS 2018 afin de poursuivre et consolider les dynamiques actuelles en vue de l'inscription du parcours de santé des aînés dans le droit commun du système social et sanitaire français.(34)

## **C. Objectifs**

Le programme national PAERPA a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et coordonné pour des personnes âgées afin de préserver leur autonomie



en renforçant l'intégration des acteurs de proximité. Le repérage de la fragilité est donc un élément central de ce projet. (35)

L'objectif est d'agir en amont de la perte d'autonomie par un repérage des trois principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, iatrogénie) en optimisant la coordination des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.

Ce parcours de santé est articulé autour de cinq actions clés :

- Renforcer le maintien à domicile : la création d'une coordination clinique de proximité (CCP) autour de la personne âgée permet un meilleur maintien à domicile. Cette CCP est constituée du médecin traitant et d'un ou plusieurs professionnels de santé si la situation médico-sociale le nécessite.
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions : une Coordination Territoriale d'Appui (CTA) est mise en place sur tous les territoires PAERPA. Un numéro de téléphone unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux est mis en place. Cette plate-forme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures déjà existants des territoires à destination des personnes âgées et facilite l'accès aux droits et aux aides pour ces dernières.
- Sécuriser la sortie d'hôpital : il s'agit d'anticiper et de préparer au mieux la sortie de l'hôpital, de repérer la perte d'autonomie, de faciliter la transition vers un hébergement temporaire ou de solliciter la mobilisation d'un SSIAD si la situation le nécessite.
- Eviter les hospitalisations inutiles : des actions (repérage, actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations entre professionnels) sont mises en place pour permettre d'éviter les passages inutiles aux urgences et les hospitalisations mal préparées.
- Mieux utiliser les médicaments : les personnes âgées sont souvent polymédiquées, ce qui augmente les risques liés aux médicaments. Des actions sont donc mises en place avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine afin de diminuer ces risques. (31)





#### **D. Territoires pilotes**

Le PAERPA ou parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie est déployé depuis 2013 sur des territoires pilotes (Figure 9). Neuf projets ont été lancés en septembre 2013 :

- Mayenne : 33 000 personnes âgées de 75 ans et plus recensées sur le territoire soit 10,6% de la population,
- Hautes-Pyrénées : Le territoire est composé de 29 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit 13% de la population,
- Sud Est et Indre-et-Loire : Le territoire retenu est composé de 12 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit 11,7% de la population,
- Nord Parisien : 18 500 personnes âgées de 75 ans et plus soit 8,1% de la population totale,
- Bordeaux : Sur ce territoire vivent 19 200 personnes âgées 75 ans et plus soit 8,1% de la population,
- Sud de la Corrèze : Pays de Brive – Auvézère : Ce territoire se compose de 16 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 12,8% de la population,
- Valenciennois-Quercitain : Le bassin comprend 30 700 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 7,6% de la population,
- Nord de la Bourgogne : Le territoire comprend près de 9 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 14,3% de la population,
- Grand Nancy : 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus sur ce territoire soit 8,1% de la population totale.

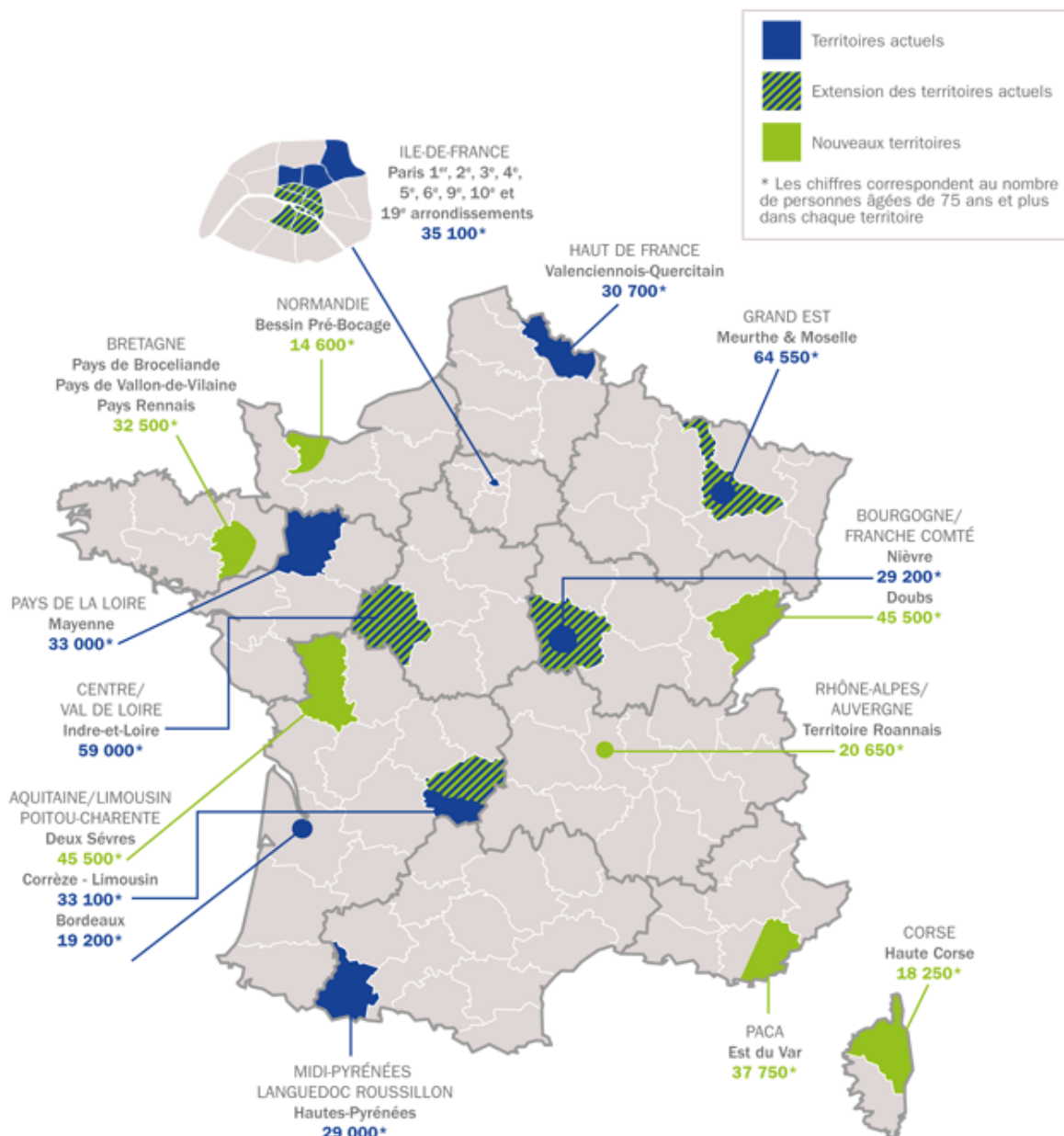
En 2016, une extension à sept territoires supplémentaires ainsi qu'une extension de certains territoires est mise en place :

- Paris : Le dispositif est étendu aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> arrondissements parisiens. Ce sont donc 35 100 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 18 500 en 2013,
- Bourgogne – Franche Comté : le territoire concerne ainsi 74 700 personnes âgées de 75 ans et plus contre 9 000 en 2013,



- Rhône-Alpes – Auvergne : Le dispositif est déployé dans le territoire Roannais, concernant ainsi 20 650 personnes âgées,
- Provence-Alpes-Côte d’Azur : déploiement du dispositif dans l’Est du Var, ce qui représente 37 650 personnes âgées,
- Corse : le territoire choisi est celui de la Haute Corse et représente 18 250 personnes âgées,
- Aquitaine – Limousin – Poitou Charentes : le territoire concerne désormais 97 800 personnes âgées après déploiement sur les départements des Deux-Sèvres et de la Corrèze,
- Centre-Val de Loire : tout le département d’Indre-et-Loire est concerné et représente 59 000 personnes âgées,
- Bretagne : le territoire concerne 35 500 personnes âgées,
- Normandie : Le dispositif est déployé dans le territoire du Bessin-Pré-Bocage, concernant ainsi 14 600 personnes âgées,
- Grand-Est : Déploiement sur le département de la Meurthe et Moselle concernant 64 550 personnes âgées. (36)

## Les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



Conception : Diacom - Juin 2016

### Un territoire dans chaque région - Près de 550 000 personnes âgées concernées.

L'ensemble des acteurs territoriaux sont mobilisés pour participer à ces dispositifs pilotes qui se mettront en place progressivement : conseils départementaux, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux, secteur social, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.

Figure 9: Les territoires du Parcours de santé des aînés



## **E. Un pilotage partenarial du projet**

Le pilotage de cette expérimentation se déroule au niveau national et au niveau territorial. La gouvernance nationale s'effectue *via* un comité national PAERPA présidé par M. Dominique Libault qui réunit l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et un comité de pilotage qui réunit les directions d'administration centrale, les caisses et les opérateurs. Au niveau territorial, ce sont les ARS qui effectuent le pilotage du dispositif. Les différentes instances impliquées dans ce pilotage sont détaillées ci-dessous.

### **1. Ministère de la Santé**

Ces services du Ministère de la Santé sont impliqués dans le parcours de santé des aînés : la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction Générale de la Cohésion Sociale (GDSC), la Direction Générale de la Santé (DGS), la Délégation à l'information et à la communication (Dicom) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (37)

### **2. Agences régionales de santé**

Les ARS assurent la gouvernance du projet. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.

Les ARS sont en charge de promouvoir au niveau territorial le parcours de santé PAERPA auprès des professionnels de santé. Elles négocient avec le Conseil départemental, les organismes locaux d'assurance maladie et de vieillesse et plus particulièrement la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS), une convention-cadre de mise en œuvre du projet précisant les engagements des uns et des autres au regard des actions à déployer (38). Pour mieux accompagner la mise en œuvre du parcours, les ARS forment une équipe projet PAERPA constituée au minimum d'un chef de projet en charge d'être l'interlocuteur unique des acteurs locaux et nationaux. (37)



### **3. La Haute Autorité de Santé**

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, son périmètre s'est élargi aux champs social et médico-social avec l'intégration de l'ANESM. Elle envisage ainsi la santé dans sa globalité. (39)

La HAS assure une mission d'expertise et aide à l'élaboration d'outils tels que le plan personnalisé de santé (PPS) ou encore l'éducation thérapeutique du patient (ETP). (37)

### **4. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, d'assurer une mission d'animation de réseau et d'information des personnes âgées et/ou handicapées et de leurs familles et enfin d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap. (40)

La CNSA finance notamment la formation des aides à domicile sur le dispositif, le repérage des situations à risque et l'alerte du médecin traitant. (37)

### **5. Agence nationale d'appui à la performance**

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a pour objet d'aider ces établissements à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. (41)

L'ANAP accompagne et appuie les ARS pour élaborer les différents documents à produire et mettre en œuvre le parcours de santé. Elle assure donc un rôle de conseil



auprès des ARS engagées dans les projets pilotes et contribue au pilotage et à l'évaluation du programme PAERPA. (37)

#### **6. Agence des systèmes d'information partagés de santé**

L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé) accompagne la mise en œuvre du système d'information sécurisé permettant les échanges entre professionnels. (37)

#### **7. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé**

L'institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) est en charge de l'évaluation du projet PAERPA sous l'égide de la Drees. (37)

### **F. Les outils de coordination**

Des outils spécifiques à la mise en place des expérimentations PAERPA ont été élaborés (Figure 10). D'après le cahier des charges, les outils sont regroupés en trois catégories : les coordinations, les systèmes d'échanges et d'informations (outils numériques et systèmes d'information sécurisés) et la formation des acteurs.



Figure 10: Outils de coordination du programme Personne en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

## 1. Les outils de coordination

### a. Le plan personnalisé de santé

#### i. Définition

La HAS définit le PPS comme étant un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. (Annexe 7)



## ii.Elaboration

Le PPS est élaboré par la CCP qui rassemble, sous l'égide du médecin traitant qui a la charge de l'organiser, un ou plusieurs professionnels de santé (infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute...).

Il est déclenché dès le repérage de risques de perte d'autonomie et s'il s'avère nécessaire de coordonner différents intervenants autour de la personne âgée. Il détaille également les actions sanitaires et sociales à mener.

Il s'inscrit dans une séquence « repérage – évaluation – planification – suivi – révision » et fait suite à une évaluation plus ou moins approfondie en fonction de la situation de la personne. Cette évaluation comprend la clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant ainsi qu'une exploration des différentes dimensions ou des problèmes qui pourraient éventuellement survenir. Les données recueillies permettent aux acteurs de proximité, autour du médecin traitant, de construire le PPS à partir d'une liste des situations à problèmes identifiées. (42) Afin de faciliter l'élaboration de cette liste, le PPS possède en annexe une check-list d'aide à l'identification des priorités et des exemples d'actions au regard des problèmes identifiés. (Annexe 8)

Le PPS débouche ensuite sur un suivi des actions réalisées et de leur réévaluation à une échéance donnée, variable d'une personne à l'autre, mais au minimum une fois par an.

Toutefois, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou dans la composition de l'équipe de soins : ceci rend indispensable l'organisation de procédures d'alerte. (43)

Les dix points clés de la réalisation d'un PPS :

- Désigner un référent du PPS
- Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
- Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
- Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte
- Négocier des objectifs communs avec le patient
- Planifier des interventions pour atteindre les objectifs



- Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions
- Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats
- Fixer des dates de révision des interventions
- Organiser des procédures d'alerte en cas de problème récurrent ou de difficultés lors de la réalisation d'un PPS. (44)

La HAS a réalisé un questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans (Figure 11). Il peut être utilisé par les soignants mais aussi par l'entourage du patient et les personnels des services d'aide à domicile par exemple. Ce questionnaire suit deux étapes : identification des critères d'éligibilité à une démarche de type PPS, puis jugement clinique du médecin dont dépend en dernier ressort le déclenchement du PPS. Si deux « OUI » sont obtenus, le professionnel ou l'entourage peut proposer au patient l'initiation d'un PPS qui nécessite l'acceptation du patient. (42)

La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

Figure 11: Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez les patients de plus de 75 ans, Haute Autorité de Santé (HAS)

### iii. Rémunération

La rémunération dans le cadre du PAERPA est une rémunération pluri-professionnelle, une enveloppe de 100 euros est affectée à l'élaboration et au suivi du PPS qui implique les différents professionnels de la CCP. A cet effet, l'assurance maladie a créé un code acte PPS qui se décline par coefficient en fonction du type de

professionnel de santé. Ce forfait est ensuite divisé entre les professionnels *a minima* 2 et au maximum 3 Les règles de répartition sont, pour les professionnels de santé libéraux isolés, arrêtées nationalement. (Figure 12) Si la CCP exerce au sein d'une structure, le forfait de 100 euros est versé à celle-ci, à charge pour elle de le répartir entre les professionnels. (38)

*Professionnels concernés		Taux du PPS / Montant remboursé	Prestation – Lettre-clé
2 professionnels	Médecin traitant	Vous êtes médecin : 60 €	PPS 0,60
	+ infirmier(e) ou masseur-kinésithérapeute ou pharmacien	Vous êtes infirmier, masseur-kinésithérapeute ou pharmacien : 40 €	PPS 0,40
3 professionnels	Médecin traitant  + deux autres professionnels de santé : infirmier, masseur-kinésithérapeute et/ou pharmacien	Vous êtes médecin : 40 €	PPS 0,40
		Vous êtes infirmier : 30 €	PPS 0,30
		Vous êtes masseur-kinésithérapeute : 30 €	PPS 0,30
		Vous êtes pharmacien : 30 €	PPH 1,00
Structure collective	Maison de santé pluri professionnelle, Centre de santé	100 € pour la structure puis répartition entre les professionnels concernés	PPS 1,00

Figure 12: Règles de répartition pour les Projets Personnalisés de Santé en fonction du nombre de professionnels impliqués

#### b. La coordination territoriale d'appui

La CTA est une plateforme d'appui, d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs familles et aidants. L'objectif principal de cette CTA est le partage d'informations ; elle offre donc aux acteurs de proximité un service de guichet unique. Ce service permet de les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. La CTA est également adossée à des structures préexistantes comme les CLIC, les MAIA, etc. (45)



La CTA permet une aide au quotidien pour toutes les démarches liées au parcours de santé des aînés (Figure 13):

- Rôle d'information et d'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales des professionnels des trois secteurs, des personnes âgées et de leurs aidants,
- Appui au repérage des signes de risque de perte d'Autonomie,
- Appui à l'élaboration des PPS en assistant la CCP pour l'élaboration du volet « social » du PPS notamment dans les situations compliquées car les professionnels de santé ne disposent pas de cette ressource,
- Faciliter l'accès aux droits et l'adressage vers les aides (démarches, aides sociales...),
- Adressage vers l'éducation thérapeutique et les paramédicaux à la demande des acteurs de la CCP sur les quatre facteurs de risque et sur les prestations médicales et paramédicales complémentaires,
- Activation de l'expertise gériatrique et prestations sanitaires, médico-sociales et sociales ,
- Renforcer le lien ville-hôpital lors des entrées et sorties d'hôpital. (46)

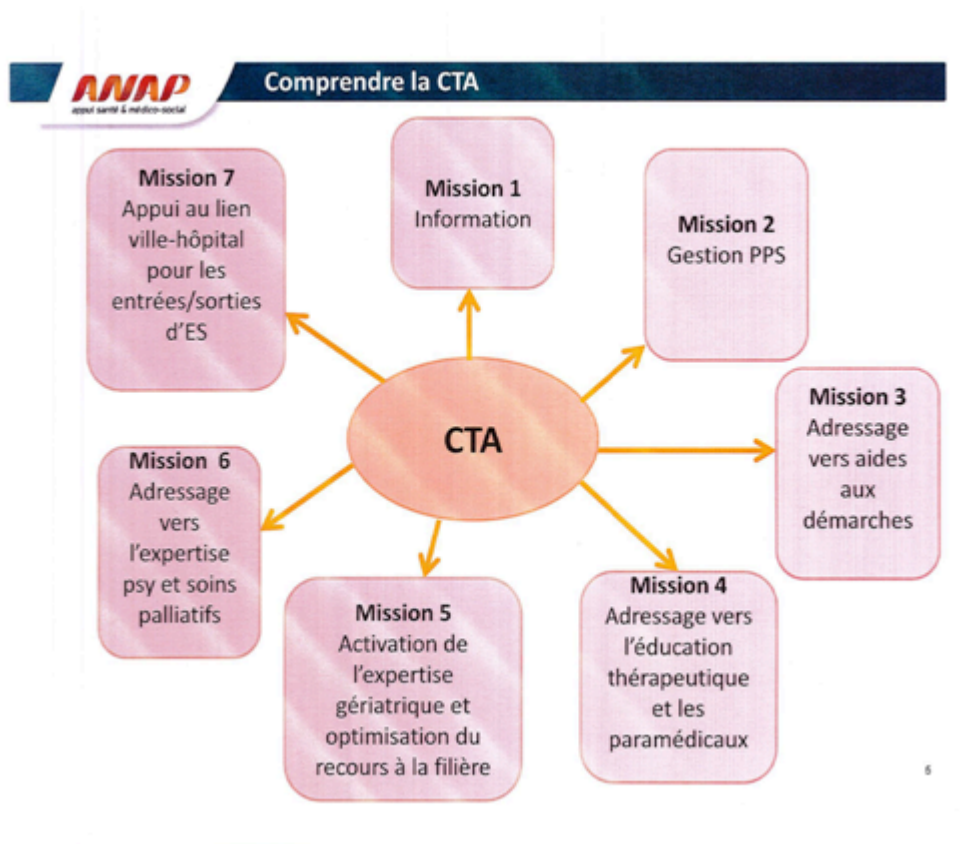


Figure 13: Missions de la coordination territoriale d'appui

### c. Transitions ville-hôpital-EHPAD

Le PAERPA permet d'améliorer les transitions entre la ville, les établissements de santé et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) grâce à des procédures mises en place. Ces procédures visent à la transmission systématique *via* la messagerie sécurisée ou le Dossier Médical Partagé (DMP) des outils de liaison élaborés par les professionnels tels que:

- le compte-rendu d'hospitalisation. Il est rédigé par un médecin d'un établissement de santé à la sortie du patient suite à une hospitalisation. Il vise à synthétiser les informations sur l'état de santé du patient dans le but de les transmettre aux soignants de ville. Sur ce compte-rendu apparaissent : le motif d'hospitalisation, les points importants sur le déroulement de l'hospitalisation, la situation du patient à la sortie et les préconisations d'aide et de soins associés.
- La conciliation des traitements médicamenteux (annexe 9). Cette démarche est de plus en plus réalisée par les pharmaciens dans les établissements de santé et permet de prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses. A l'admission du



patient, il s'agit de recueillir les informations sur ses traitements habituels, son automédication ainsi que son adhésion ou non aux traitements médicamenteux. Ensuite ces informations sont synthétisées dans un bilan médicamenteux qui sera revu et corrigé si nécessaire à la sortie du patient. Ce document peut ensuite être transmis aux professionnels de ville *via* une messagerie sécurisée et permet une meilleure coordination pluriprofessionnelle. (47) Selon l'expérimentation « Med'Rec » menée entre 2010 et 2014, 21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées grâce à la conciliation médicamenteuse chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences dans huit établissements de santé. (48)

- Le dossier de liaison d'urgence, rédigé par le médecin coordinateur de l'EHPAD, utile en cas d'hospitalisation d'un résident en urgence.
- Le volet de synthèse médicale qui est une fiche informatisée sur l'état de santé du patient, rédigée par le médecin traitant, et qui doit être mis à jour dès que l'état de santé du patient a évolué. (45)

Les EHPAD et les établissements de santé devront faire vivre les conventions qui les lient et veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre. Les EHPAD s'engagent également à formaliser une convention avec une HAD afin de favoriser l'intervention de l'HAD en EHPAD préférentiellement à l'hospitalisation complète. (38)

## **2. Outils numériques et systèmes d'information sécurisés**

### **a. La messagerie sécurisée de santé**

La messagerie sécurisée MSsanté de l'ASIP Santé permet d'échanger par courrier électronique, de manière sécurisée, rapide et confidentielle, des données du patient. Elle doit être commune à l'ensemble des professionnels des trois secteurs : médical, social et médico-social. (38)

### **b. Le dossier médical partagé**

Le Plan Personnalisé de Santé a vocation à être déposé sur le DMP de la personne. Le DMP est un dossier médical sur internet, rapide d'accès et facile à utiliser, qui permet



aux différents professionnels de santé de partager, de manière sécurisée, des informations précieuses pour assurer un suivi médical de manière optimale. (38)

#### c. Le dossier pharmaceutique

Sur les territoires pilotes, les pharmaciens utilisent, avec l'accord de la personne, le dossier pharmaceutique (DP), afin d'alerter le médecin traitant en cas de repérage de problèmes liés aux médicaments. (38)

#### d. La télémédecine

La télémédecine peut être mise en place dès lors que le territoire ou la région a développé les solutions techniques et/ou participe aux expérimentations de l'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2014. (38)

L'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) définit pour la première fois la télémédecine : (49)

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».

Des expérimentations de télémédecine ont été mises en œuvre à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 selon un cahier des charges arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Ce cahier des charges apparaît dans l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. (50)

Elle permet :

- d'établir un diagnostic ;
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique ;
- de requérir un avis spécialisé ;
- de préparer une décision thérapeutique ;
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ;



- d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (51)

La télémédecine fait évoluer la médecine pour répondre à des défis tels que le vieillissement de la population ou encore le suivi approfondi des maladies chroniques. Elle est également un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. Elle est également susceptible d'apporter des réponses aux problèmes sanitaires actuels comme la baisse de la démographie des généralistes et des spécialistes mais également le vieillissement de la population.

La téléconsultation permet à l'heure actuelle à un médecin de consulter à distance un patient auprès duquel se trouve généralement un autre médecin ou professionnel de santé. Elle possède un intérêt particulier pour la gériatrie. Elle permet aux personnes âgées d'éviter un déplacement, d'obtenir des rendez-vous plus rapidement pour une meilleure prise en charge. (52)

Dans le cadre du programme PAERPA, la télémédecine a trois objectifs principaux :

- Favoriser l'accès aux soins
- Renforcer la prise en charge ambulatoire et promouvoir l'évaluation gériatrique précoce
- Organiser la filière gériatrique et psycho-gériatrique en mettant en avant les compétences de chaque intervenant dans la prise en charge et leur articulation. (53)

### **3. La formation des professionnels**

#### **a. Développement Professionnel Continu (DPC)**

La formation des professionnels à la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée dans le cadre du parcours PAERPA a pour but d'expliquer aux différents acteurs, l'organisation du parcours de santé et notamment l'utilisation des différents outils. La formation vise tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées au sein de parcours.



Les objectifs de cette formation de Développement Professionnel Continu (DPC) sont multiples, elle permet de :

- s'organiser en équipe de coordination clinique de proximité (CCP) ;
- connaître et comprendre le parcours de santé PAERPA ;
- renforcer ses connaissances dans la prise en charge du sujet âgé ;
- identifier les patients en risque de perte d'autonomie ;
- construire un parcours de soins coordonné
- développer le « savoir travailler ensemble » en intégrant le patient et ses proches ;
- développer l'interdisciplinarité et la coordination entre les professionnels des secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux. (54)

#### **b. Formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)**

Selon l'OMS, « L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. » (55) L'ETP est indispensable à un soin de qualité, elle s'inscrit dans le parcours de soin du patient. En France, ne peuvent faire de l'ETP que les équipes accréditées par les ARS en lien avec le référentiel HAS 2007. (56)

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, la HAS a élaboré et validé avec les professionnels de santé, un Cahier des Charges et des Cadres Référentiels pour la mise en œuvre de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.

Le Cahier des Charges vise à garantir la qualité de l'ETP, il en rappelle les principes fondamentaux et regroupe les conditions de sa réalisation. (Annexe 10)

Les cadres Référentiels portent sur les trois thèmes où l'ETP a été reconnue comme étant bénéfique au patient âgé en tant que composante d'une stratégie thérapeutique globale : le risque élevé de chutes, la polypathologie/polymédication et la dépression.

(57)





Ce dispositif d'éducation thérapeutique peut être initié en ambulatoire ou à l'occasion d'une hospitalisation ; dans ce cas elle devra être continuée en ambulatoire.

Plusieurs étapes sont nécessaires pour la mise en place du dispositif d'ETP :

- réunir une équipe pour l'ETP en ville : elle doit être composée d'au moins trois professionnels dont un médecin généraliste. Il peut s'agir d'une équipe travaillant déjà de façon coordonnée au niveau du territoire ou bien de professionnels qui se regroupent en « équipe d'action pour l'ETP » à l'occasion de la demande de financement. L'équipe doit se réunir régulièrement afin d'effectuer des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sur l'ETP, elle élabore ensuite des protocoles et formalise la coordination avec les autres acteurs du territoire. (58)
- définir les thèmes et réunir les supports et outils nécessaires. Chutes, dépression et polymédication/pathologie sont les thèmes les plus souvent abordés. Les différents acteurs doivent donc acquérir les compétences et les outils nécessaires sur les thèmes abordés. (59)
- demande de financement de l'équipe d'ETP : l'équipe doit remplir une grille pour demander un financement d'ETP à l'ARS dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Ils doivent préciser le thème de l'ETP, les modalités d'organisation pour délivrer l'ETP et les modalités de réalisation. (58)
- suivre les indicateurs de l'activité de l'ETP : ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des données qui permettent d'analyser l'évolution dans le temps des activités éducatives mises en œuvre en équipe et leurs effets. Ces indicateurs doivent être adressés annuellement à l'ARS. (60)
- prévoir une analyse des pratiques d'ETP en équipe dans deux ans, le cahier des charges exige qu'au moins un membre de l'équipe soit formé à l'ETP. (58)

Le dispositif d'éducation thérapeutique du patient au sein de l'expérimentation PAERPA doit suivre ces quelques étapes :

- réaliser un plan personnalisé de santé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA
- vérifier que le patient relève bien d'une ETP au titre de PAERPA
- évaluer les besoins du patient en réalisant un bilan éducatif : c'est la première étape de la démarche d'ETP. Ce bilan est indispensable à la connaissance du



patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir. C'est également l'occasion d'identifier la réceptivité du patient à la proposition d'une ETP. (61)

- définir les objectifs éducatifs et proposer un programme personnalisé d'action en précisant le nombre de séances, le lieu et les différents intervenants
- se concerter en équipe sur ce programme et son intégration à la stratégie thérapeutique
- délivrer l'ETP avec ou sans son entourage
- évaluer l'atteinte des objectifs avec le patient, se concerter en équipe et décider d'un suivi éducatif qui sera tracé dans le PPS. (57)

## **G. Déroulement du programme**

Le déroulement du programme s'effectue en six étapes. (Figure 14)

### **1. Première étape**

Il s'agit du premier repérage de la fragilité et donc d'un repérage précoce de perte d'autonomie d'un patient par un professionnel de proximité, ou par un proche du patient. On peut s'aider de la grille de repérage de la fragilité (voir chapitre I. F).

### **2. Deuxième étape**

Il s'agit de transmettre l'alerte au médecin traitant du patient (ou à un autre professionnel de santé) ou directement à la CTA. Les professionnels de santé de proximité et les professionnels sociaux peuvent signaler au médecin traitant ou à la CTA, de manière rapide et sécurisée, tous changements de comportement ou d'environnement susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé. Ce signalement ne peut s'effectuer qu'après accord de la personne âgée. (62)



### **3. Troisième étape**

La situation de la personne âgée est évaluée à domicile, soit par l'équipe de la CTA soit par les professionnels de santé du patient, après avoir recueilli son consentement écrit. Si les critères sont remplis, le patient peut donc être inscrit dans la démarche PPS.

### **4. Quatrième étape**

La CTA aide à la formation d'une CCP qui sera chargée de la réalisation du PPS. Cette réunion permet une analyse des besoins et des difficultés du patient, tout en cherchant des solutions et quels professionnels peuvent les apporter.

### **5. Cinquième étape**

Le médecin traitant présente le PPS terminé au patient ainsi que le compte-rendu des décisions prises lors de la réunion.

### **6. Sixième étape**

Les différentes actions sont initiées par les professionnels concernés par le plan d'action et une réévaluation de la situation du patient sera effectuée entre 3 et 9 mois après la validation du PPS.

La CTA offre une aide à l'élaboration à la mise en œuvre du PPS ainsi qu'à son suivi.

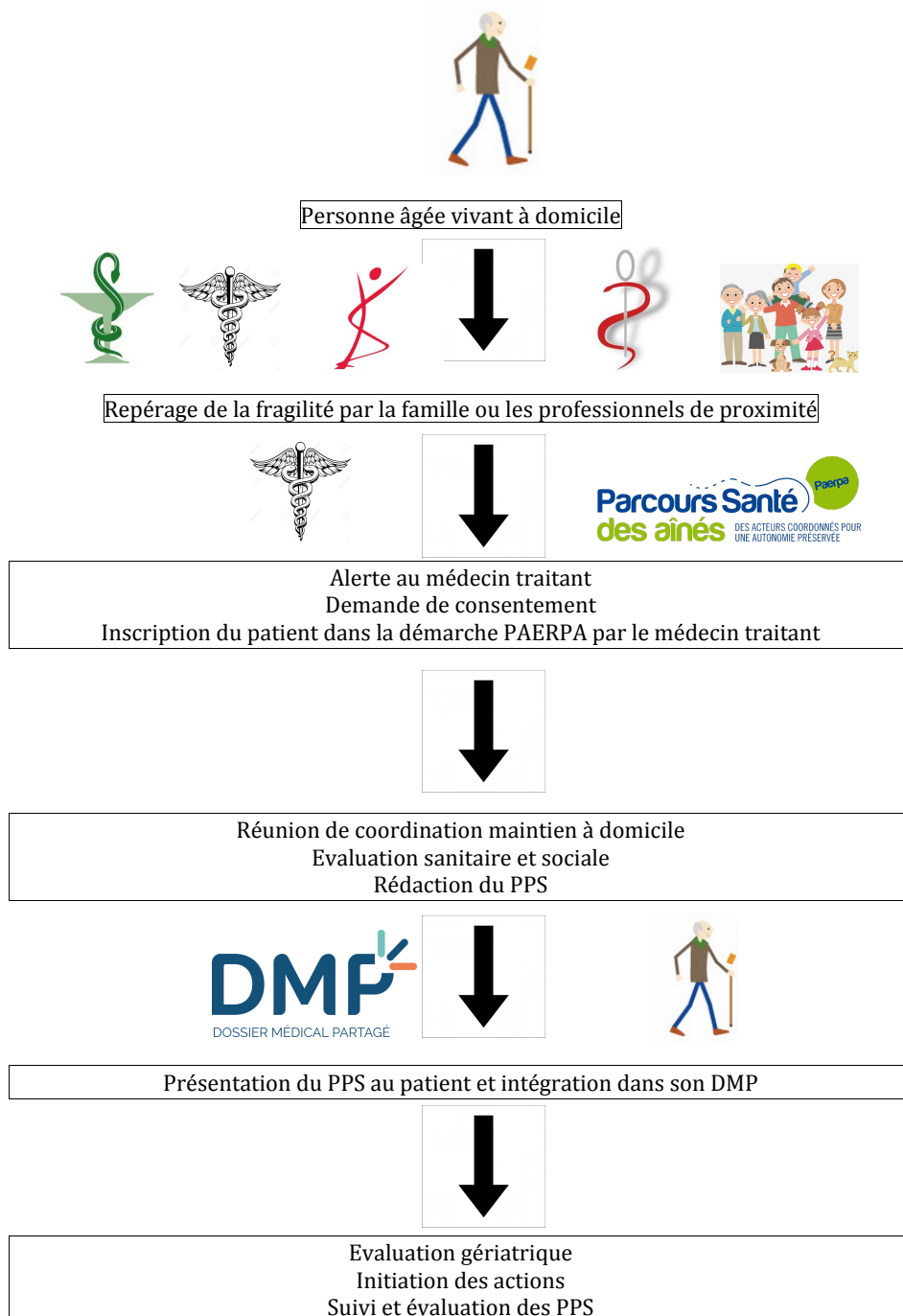


Figure 14: Déroulement général d'un parcours Personne en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)



## H. Evaluation

L'évaluation est inhérente à la démarche PAERPA lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes et est réalisée sous l'égide de la DREES, en plus d'un suivi d'indicateurs de processus. La démarche s'articule autour d'une évaluation qualitative et d'une évaluation d'impact.

L'évaluation qualitative porte sur la mise en œuvre des actions territoriales et l'analyse du processus de déploiement. Elle a été réalisée par une équipe de chercheurs de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) – Mines Paris Tech-CNRS entre 2015 et 2016 sur les neuf premiers territoires PAERPA. Cette étude cherche à décrire finement le déploiement des dispositifs PAERPA en analysant les résultats des projets pilotés par les ARS, tout en tenant compte de leurs spécificités territoriales, organisationnelles, de gouvernance, etc. Les résultats ont été publiés par la DREES en 2017. Cette évaluation est essentielle pour identifier les facteurs clés de succès des expérimentations locales et dégager des points communs aux différents territoires. (63)

L'évaluation quantitative d'analyse d'impact menée par l'Irdes recèle de nombreux enjeux méthodologiques en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire et de l'hétérogénéité des territoires. La méthodologie d'évaluation s'effectue sur différents niveaux : évaluation globale de l'ensemble des territoires, évaluation du programme PAERPA dans son ensemble par territoire et enfin l'évaluation d'un dispositif spécifique (PPS).

La méthode utilisée pour estimer cet impact est la méthode des doubles différences. Elle consiste à comparer les différences dans les indicateurs de résultats avant et après l'expérimentation entre les territoires pilotes et témoins. Cinq indicateurs de résultats avaient été identifiés collectivement lors de la réflexion engagée en 2014 dans le comité de pilotage d'évaluation Paerpa :

- La Durée Cumulée de Séjours (DCS) qui correspond au nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées réalisées en médecine et en chirurgie rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire,



- Le taux de Réhospitalisation à 30 jours (RH30) : nombre de réhospitalisations des personnes âgées en médecine et chirurgie à 30 jours après un séjour index rapporté au nombre total de séjours index,
- Le taux d'Hospitalisation Non Programmée (HNP) : nombre de séjours non programmés des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire,
- Le taux d'Hospitalisations Potentiellement Evitables (HPE) : nombre d'hospitalisations sensibles à la qualité de prise en charge en soins primaires rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire,
- Le taux de recours aux urgences non suivies d'une réhospitalisation (URG) : nombre de visites aux urgences non suivies d'une hospitalisation rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire,
- Le taux de polyprescription continue (Poly-cont) : nombre de personnes âgées ayant eu au moins dix médicaments au moins trois fois dans les douze mois rapporté au nombre de personnes âgées résidant sur le territoire,
- La taux de prescription inappropriée (PIM) : nombre de personnes âgées ayant eu au moins une prescription inappropriée au cours de l'année rapporté au nombre de personnes âgées résidant au sein du territoire. (64)

L'objectif étant, si les résultats sont probants, de tendre vers une généralisation du dispositif.

### **III. Le PAERPA dans le Bessin Pré-Bocage**

L'expérimentation PAERPA portée par le Groupement de Coordination Sanitaire (GCS) « Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Pré-bocage » s'est déployée à partir de 2017 sur le territoire du Bessin Pré-bocage et le PSLA d'Isigny a soutenu activement la démarche en participant aux premiers PPS.

### A. Situation démographique du Bessin Pré-Bocage

Le territoire du Bessin-Pré-Bocage (Figure 15) est situé dans le département du Calvados et regroupe dix cantons, soit 199 communes pour un total de 168 000 habitants en zone rurale dont 42 224 personnes de 60 ans et plus et 14 683 personnes de 75 ans et plus. (65)



Figure 15: Territoire pilote du Bessin-Pré-Bocage

La population est surtout rurale (70%) avec 70 hab/km<sup>2</sup> contre 125 hab/m<sup>2</sup> en moyenne en 2016 dans le Calvados. (66)

Le Bessin-Pré-Bocage est donc un territoire qui présente dans l'ensemble une population plus âgée que le reste du département du Calvados, mais de façon assez inégale : le Bessin, qui regroupe Isigny-sur-Mer, Trévières, Bayeux, Creully, Tilly-sur-



Seulles et Balleroy est situé en bord de mer, c'est donc un territoire attrayant pour des personnes retraitées venant d'autres régions en France ou d'autres pays. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le territoire du Bessin devrait connaître un vieillissement important d'ici à 2050. Alors que le Pré-Bocage, qui regroupe Caumont l'Eventé, Villers-Bocage et Aunay-sur-Odon, est un des territoires les plus jeunes du département, et sur lequel le vieillissement devrait être moins marqué d'ici à 2021. (67)

Le Bessin-Pré-Bocage, un territoire, et ses acteurs de santé :

- Acteurs de santé libéraux : 82 médecins généralistes, 27 médecins spécialistes, 35 pharmaciens et 86 infirmières,
- 1 établissement de santé de proximité
- 2 SSIAD/ HAD

12 Etablissements et Services Médicaux Sociaux (ESMS). (65)



## B. Mise en place du PAERPA

C'est en 2017 que le programme PAERPA a été déployé sur le territoire du Bessin-Pré-Bocage. Après la réalisation du diagnostic territorial et la construction de la gouvernance du projet, le plan d'action a été formalisé à l'aide d'une feuille de route pour le lancement opérationnel du programme. La réalisation de ce diagnostic et de la feuille de route s'est étendue de février 2017 à juin 2017 avec la réalisation du premier PPS en avril 2017. Le déploiement du projet a donc démarré à partir de juillet 2017. La CTA a commencé à être formée en septembre 2017 et son activité a démarré en octobre 2017, l'équipe a été complète en mars 2018. Enfin, la première campagne de communication concernant le projet a été lancée en septembre 2018. (68) Ces différentes étapes sont présentées ci-dessous en Figure 16.

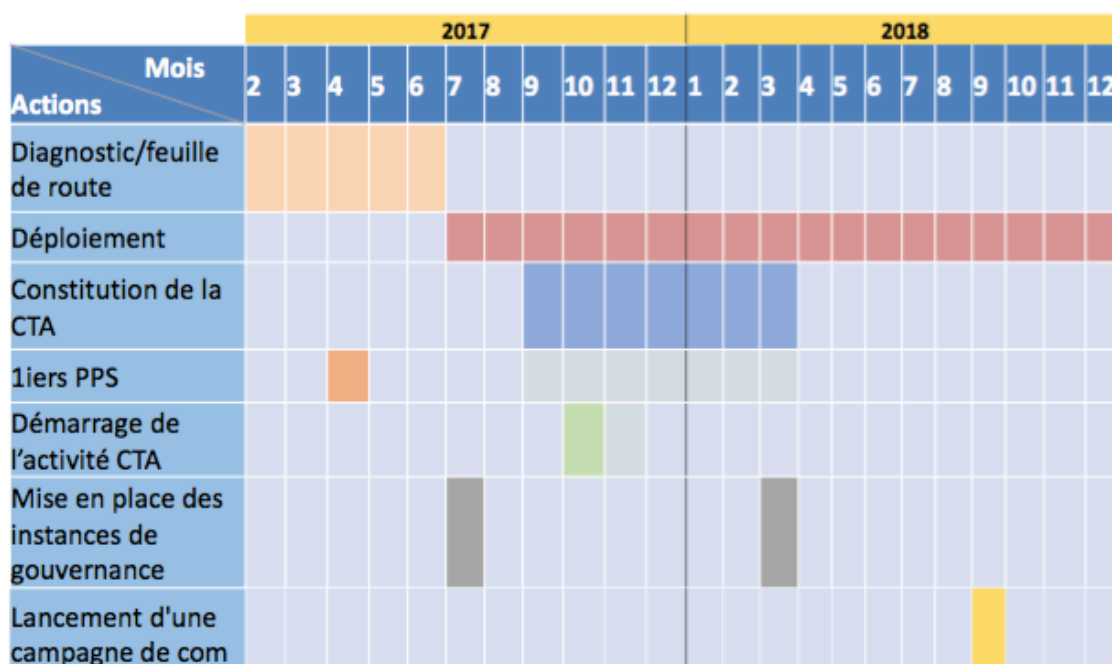


Figure 16: Etapes de la mise en place du Parcours de Santé des Aînés sur le territoire du Bessin Préboçage



## **C. L'offre de soins**

### **1. Démographie médicale en France**

Selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 296 755 médecins étaient inscrits à l'Ordre National au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ce nombre est en augmentation régulière (+ 2% par rapport à 2017), cependant, le nombre de médecins en activité régulière est encore en légère baisse (198 081). Cette tendance de baisse concerne en premier lieu les médecins généralistes. S'ils étaient 94 261 en activité régulière en 2010, ils ne sont plus que 87 801 en 2018, ce qui représente une baisse de 7,3% depuis 2010. (69)

### **2. Démographie médicale dans le Calvados**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 12 424 médecins étaient inscrits à l'Ordre National des Médecins en Normandie dont 3 217 pour le Calvados.

Le nombre de médecins généralistes en activité dans le département du Calvados a connu une légère augmentation, passant de 973 généralistes en 2007 à 994 en 2018 contrairement aux deux autres départements de l'ancienne Basse-Normandie, qui eux ont connu une diminution, de 6% pour la Manche et 13% pour l'Orne du nombre de médecins généralistes. (70)

### **3. Le Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire d'Isigny-sur-Mer**

Le PSLA d'Isigny-sur-Mer est un pôle de santé adhérent à la charte de soins prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009. (49) Il permet de lutter contre la désertification médicale en milieu rural, d'assurer un service public de proximité, d'améliorer la qualité de vie des habitants et d'attirer les professionnels de santé pour une diversification des soins proposés.

Il regroupe un total de 19 professionnels de santé dont cinq médecins généralistes pour quatre temps pleins médicaux, deux cabinets infirmiers (sept infirmiers au total), deux orthophonistes, trois kinésithérapeutes, une podologue et une diététicienne. Il héberge également des consultations avancées d'addictologie de l'hôpital de Bayeux. L'objectif de



ces consultations est multiple : instaurer une démarche où l'offre vient au patient, constituer une équipe pluridisciplinaire, renforcer le temps médical et éviter le recours injustifié à des structures spécialisées. (71) Sont également hébergés les locaux du SSIAD, des consultations de médecine du travail une fois par mois et les permanences d'une association de services à domicile une fois par semaine.

Ce PSLA s'inscrit dans une démarche territoriale en étant rattaché au Groupement de Coordination Sanitaire de Bayeux dont le rôle sera expliqué ci-dessous.

#### **4. L'association HOSPIPHARM Bessin Pré-Bocage**

HOSPIPHARM du Bessin et Pré-Bocage est une association fédérant 35 pharmacies d'officine sur ces deux territoires. C'est une association dynamique et tournée vers les patients. Sa vocation est de favoriser le maintien à domicile des patients, de coopérer avec le corps médical hospitalier et libéral : la proximité permet de suivre au quotidien les parcours de santé des personnes avec des échanges permanents sur l'évolution de leurs traitements et leurs environnements. En coordination avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) du territoire, HOSPIPHARM s'est engagé dans tous les Parcours de Santé en menant en coopération des projets innovants comme notamment l'expérimentation PAERPA. (72)

#### **5. Le Groupement de Coordination Sanitaire du Bessin-Pré-Bocage**

##### **a. Composition**

Le GCS « Accompagner et soigner ensemble dans le Bessin-Pré-Bocage » est issu du regroupement des professionnels de santé tant libéraux qu'hospitaliers du Bessin et du Pré-Bocage.

Sont membres du GCS, les personnes morales des secteurs sanitaire, médico-social et social publics ou privés.

Le GCS est divisé en quatre collèges présentés en Figure 17.

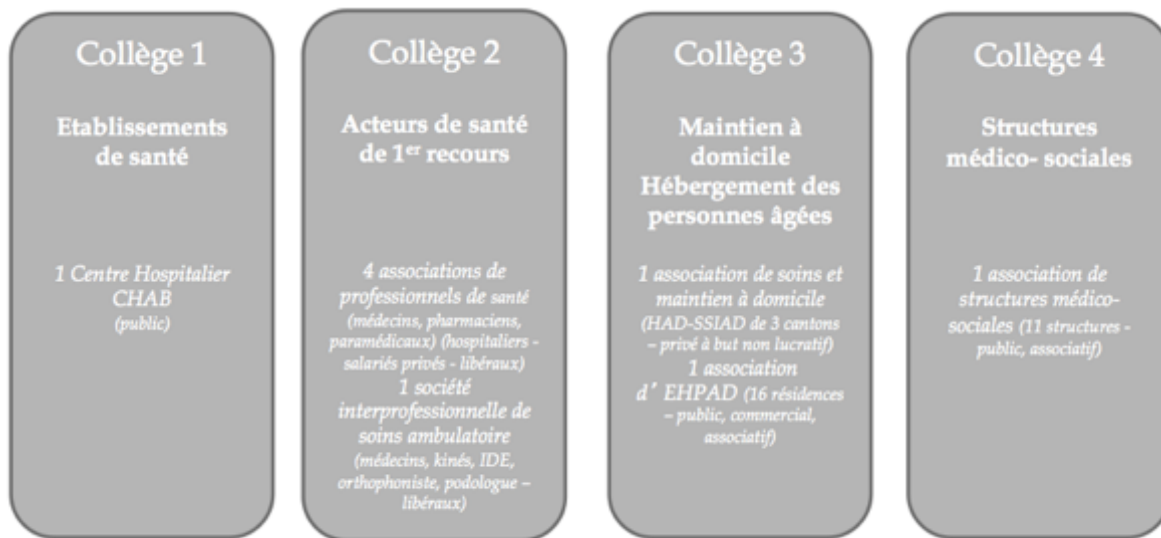


Figure 17: Composition du GCS, Le réseau de santé du Bessin (73)

#### b. Objectifs

Les objectifs du GCS sont multiples (Figure 18) :

- offrir des formations aux divers professionnels, médicaux et paramédicaux, qui adhèrent au GCS,
- mettre en place une coordination des parcours de soins afin d'améliorer la qualité des soins,
- favoriser la qualité de vie au travail des professionnels de santé
- fédérer, coordonner et mettre en cohérence les différentes actions thématiques telles que : périnatalité et petite enfance, addictologie, diabète et obésité, maladies cardio-vasculaires et gérontologie. (73)

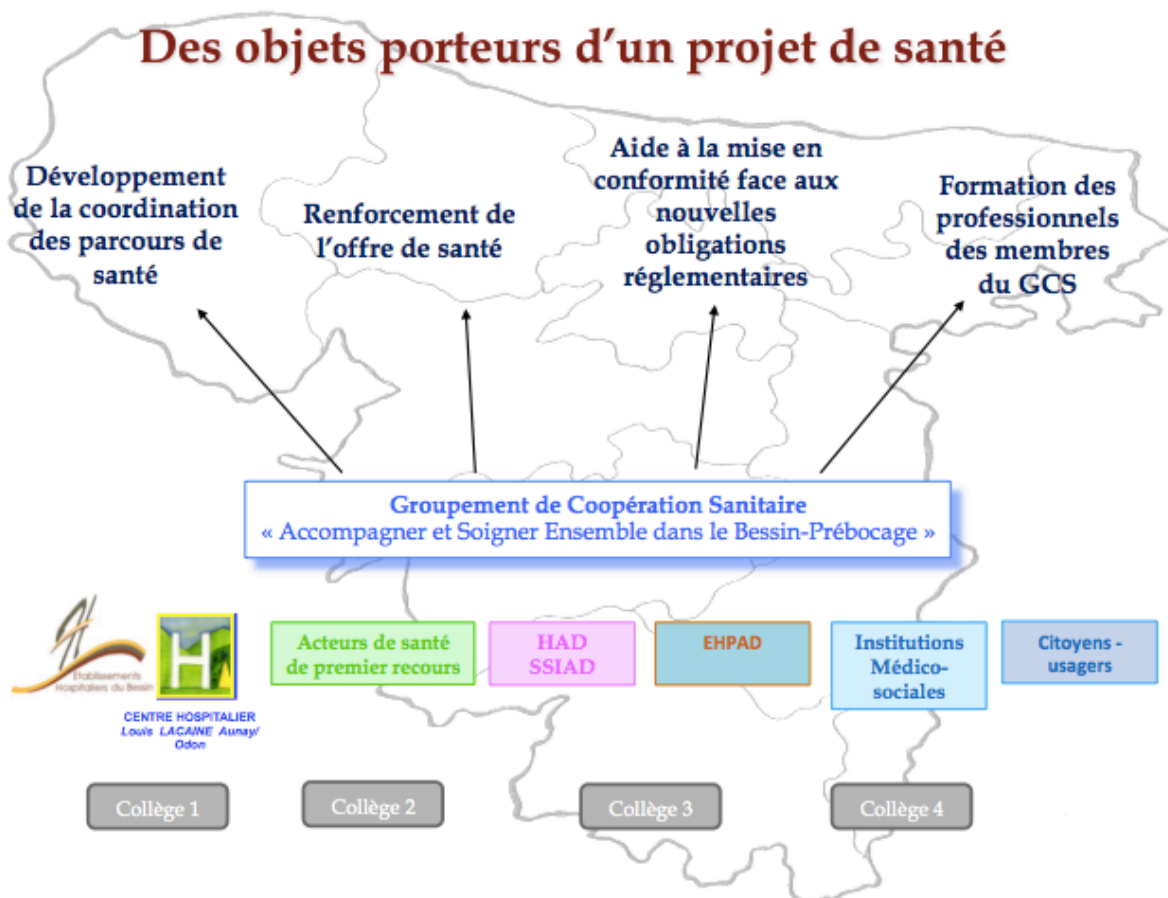


Figure 18: Objectifs du Groupement de Coopération de Santé (GCS)

### c. Projets de santé

Pour réaliser ses objectifs, le GCS a développé plusieurs projets sur les actions thématiques en place:

- addictologie : il s'agit, de permettre une prise en charge ambulatoire dans le domaine de l'addictologie pour les patients confrontés aux problèmes d'addictions, de proposer un soutien au patient, à son entourage mais également aux professionnels impliqués et de faire bénéficier les patients d'un accompagnement dans les démarches sociales, (73)
- soins palliatifs : l'objectif est de permettre une prise en charge globale, continue et permanente du patient, améliorer le confort de vie et faire bénéficier le patient d'un accompagnement dans les démarches sociales, (73)

- PAERPA : pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie,
- la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Bessin (PASS) qui permet de faciliter l'accès au système de santé et accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. (74)

## 6. Coordination Territoriale d'Appui

### a. Composition

La CTA est composée d'une coordinatrice à 0,6 équivalent temps plein, un secrétariat à 0,5 équivalent temps plein, un médecin gériatre à 0,2 équivalent temps plein, un ergothérapeute qui est vacataire, une assistante sociale à 1 équivalent temps plein, un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) à 1 équivalent temps plein et un podologue à 0,1 équivalent temps plein. (Figure 19) (68)

Cette CTA est en lien avec le CLIC, la MAIA et les Centres Hospitaliers (CH).

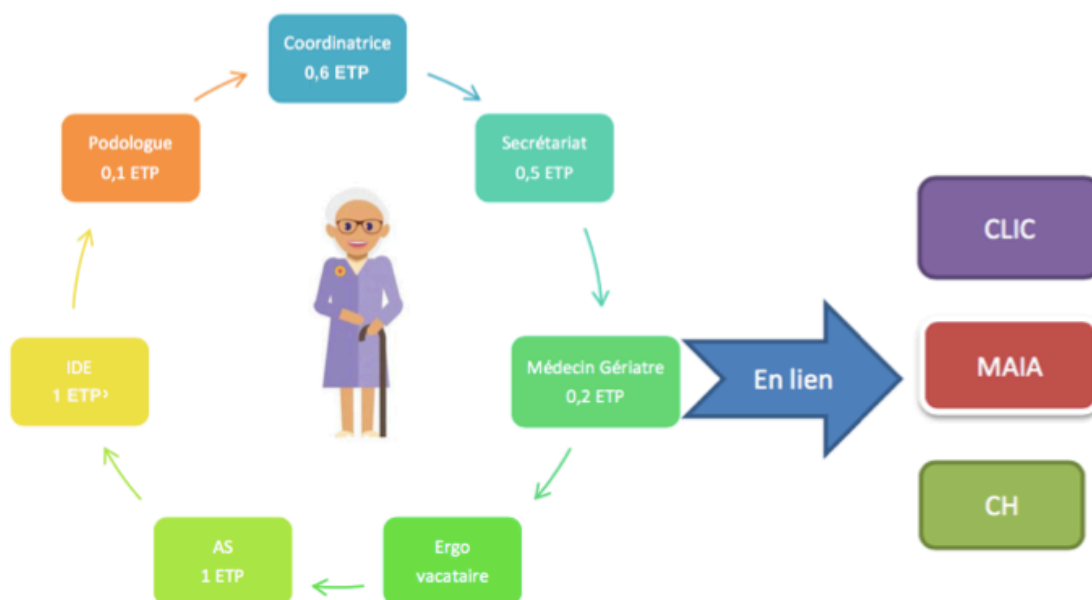


Figure 19: Composition de la Coordination Territoriale d'Appui

**b. Mode d'intervention de la CTA**

Premièrement un professionnel signale une situation à risque au guichet unique de la CTA, celle-ci prend connaissance de l'origine et du contexte de la demande, elle identifie ensuite les critères justifiant l'orientation et l'activation de la ressource requise. S'en suit une évaluation à domicile qui permet le recueil des informations nécessaires : contexte, santé, autonomie, fonctionnalité, environnement, ressources, habitudes de vie. La CTA provoque ensuite un STAFF pluridisciplinaire pour récolter les informations auprès des différents intervenants et les modalités actuelles d'intervention. Elle aide par la suite à l'élaboration du PPS (après avoir hiérarchisé et planifié les objectifs et actions à mettre en œuvre) et à l'organisation de la CCP. La CTA réalise ensuite le suivi et les bilans des PPS. (Figure 20) (68)

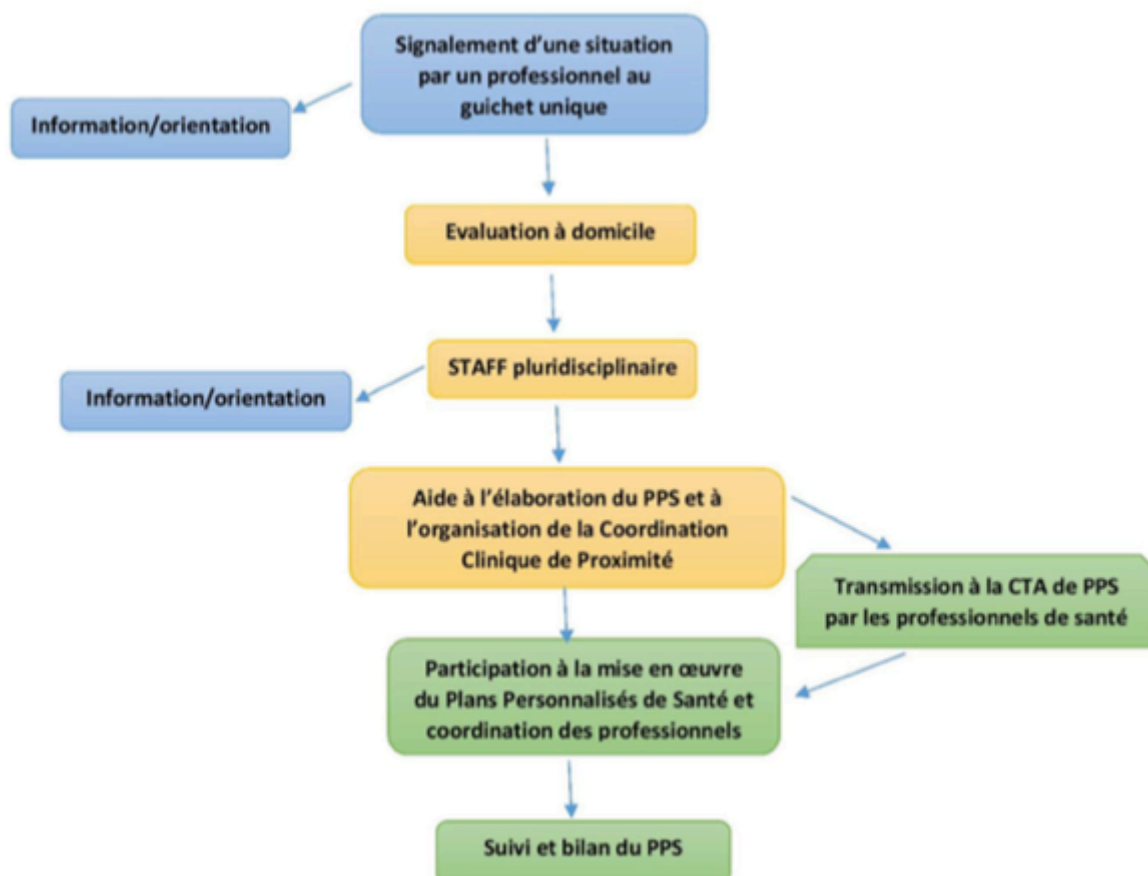


Figure 20: Mode d'intervention de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA)

**c. Les interventions de la CTA**

Sur le territoire du Bessin-Pré-Bocage, ont été recensés les types d'interventions (Figure 21) de la CTA en 2018 classés par ordre décroissant.

Les catégories pour lesquelles la CTA est le plus intervenue sont en premier les visites à domicile, avec 285 interventions en 2018, suivi des évaluations à domicile avec 112 interventions et du rôle d'information et/ou d'orientation avec 108 interventions. (68)

<b>Types d'interventions 2018</b>	
VAD	285
Evaluation à domicile	112
Information/orientation	108
Coordination des parcours de santé	91
Aide pour dossier APA ou Caisses de retraite	67
Aide à la mise en place des SAAD	34
Bilans ergo et podo	26
Accès aux droits	19
Accompagnement vers EHPAD ou HT	19
Actions éducatives	15
Orientation expertise gériatrique	11
Aides à la rupture de l'isolement	6
Démarches mesures de protection	5
Recherche aides financières exceptionnelles	5

Figure 21: Les interventions de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA)

**d. Bilan de l'activité de la CTA**

La CTA possède un certain nombre d'atouts :

- une identification rapide du dispositif par les professionnels





- une équipe pluridisciplinaire
- la mobilité de l'équipe qui permet de toucher une population isolée
- la sensibilisation des professionnels à la prévention en cours
- le développement de la coordination des acteurs à travers les PPS
- la stabilisation des situations à risque de rupture
- le soutien des aidants.

Mais il reste quelques pistes d'améliorations :

- mesurer l'impact du PAERPA sur la perte d'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées,
- développer un système d'information pour faciliter la transmission d'informations entre les professionnels,
- renforcer l'intervention préventive de la CTA par l'amélioration et le développement des actions de prévention.

### **7. La Plateforme Territoriale d'Appui du Bessin Pré-Bocage**

Recentrer le système de santé sur les soins de proximité à partir du médecin généraliste est un des enjeux de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Pour répondre à cet enjeu, les ARS ont mis en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) qui permettent d'apporter un soutien aux professionnels pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie. En effet, les professionnels de santé, en particulier les médecins traitants, sont de plus en plus confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies, elle mêmes parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. La PTA offre trois types de services (Figure 22) :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre au mieux et le plus rapidement possible aux besoins des patients. La PTA peut donc par exemple orienter vers une place en EHPAD, identifier une aide à domicile, etc.
- le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles,

- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissements ainsi que les sorties. La PTA permet de coordonner les interventions des divers professionnels autour du patient.

Les PTA pourront bénéficier d'un plan d'investissement de 2 milliards d'euros afin de mener au mieux leurs missions de coordination des soins et de soutenir les initiatives professionnelles sur le territoire. (75)

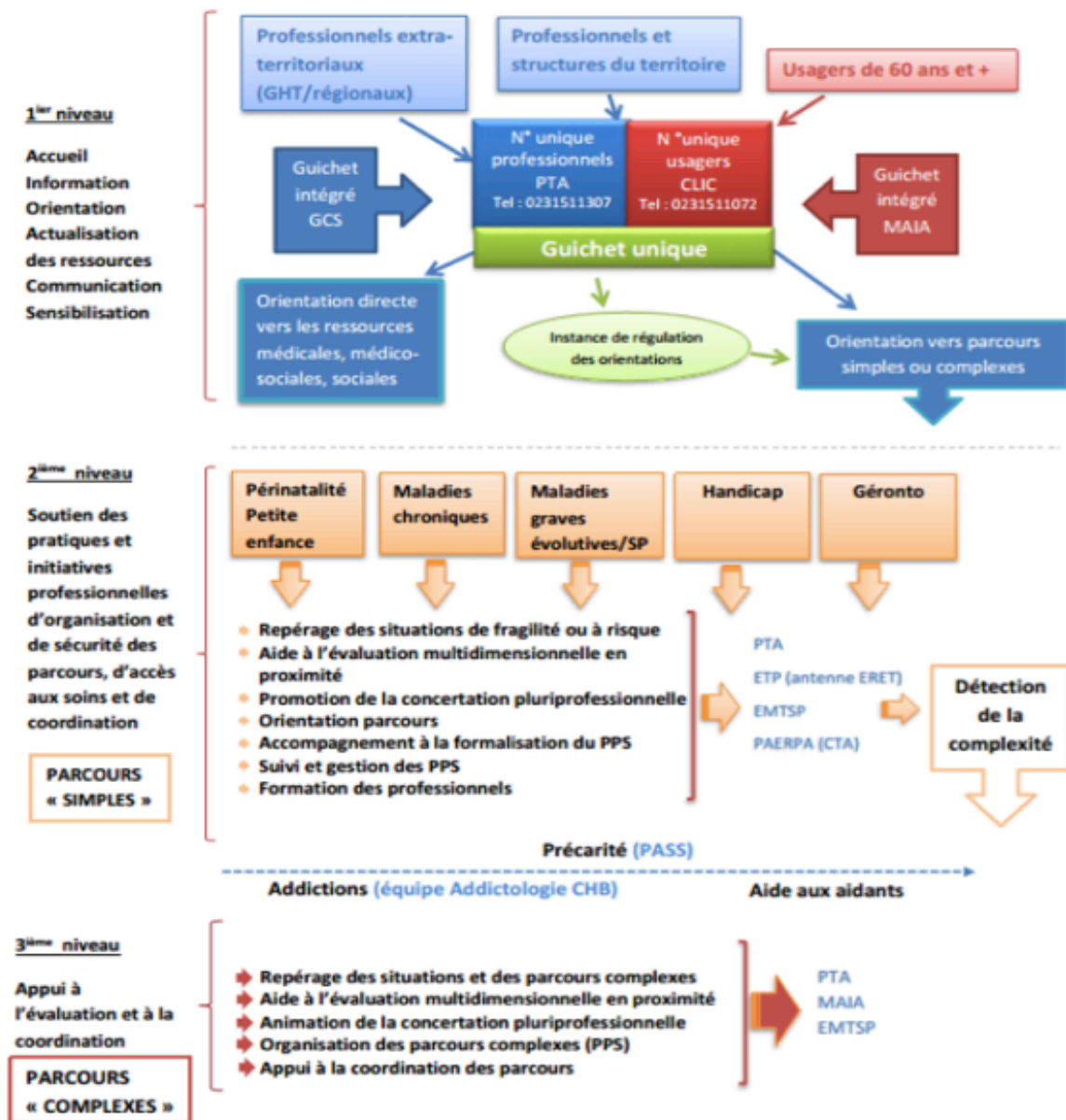


Figure 22: Structuration générale de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)

Sur le territoire du Bessin-Pré-Bocage, la PTA est portée par le GCS. La PTA a pour vocation d'intégrer dans son fonctionnement les structures de coordination du territoire (réseaux de santé, MAIA, CLIC, PSLA, structures d'HAD, centres de soins ambulatoires.) Ces composantes peuvent donc être sollicitées par la PTA dès lors qu'une situation requiert de la coordination. (76)

La Figure 23 présente l'organisation entre la PTA et les différentes structures de coordination.

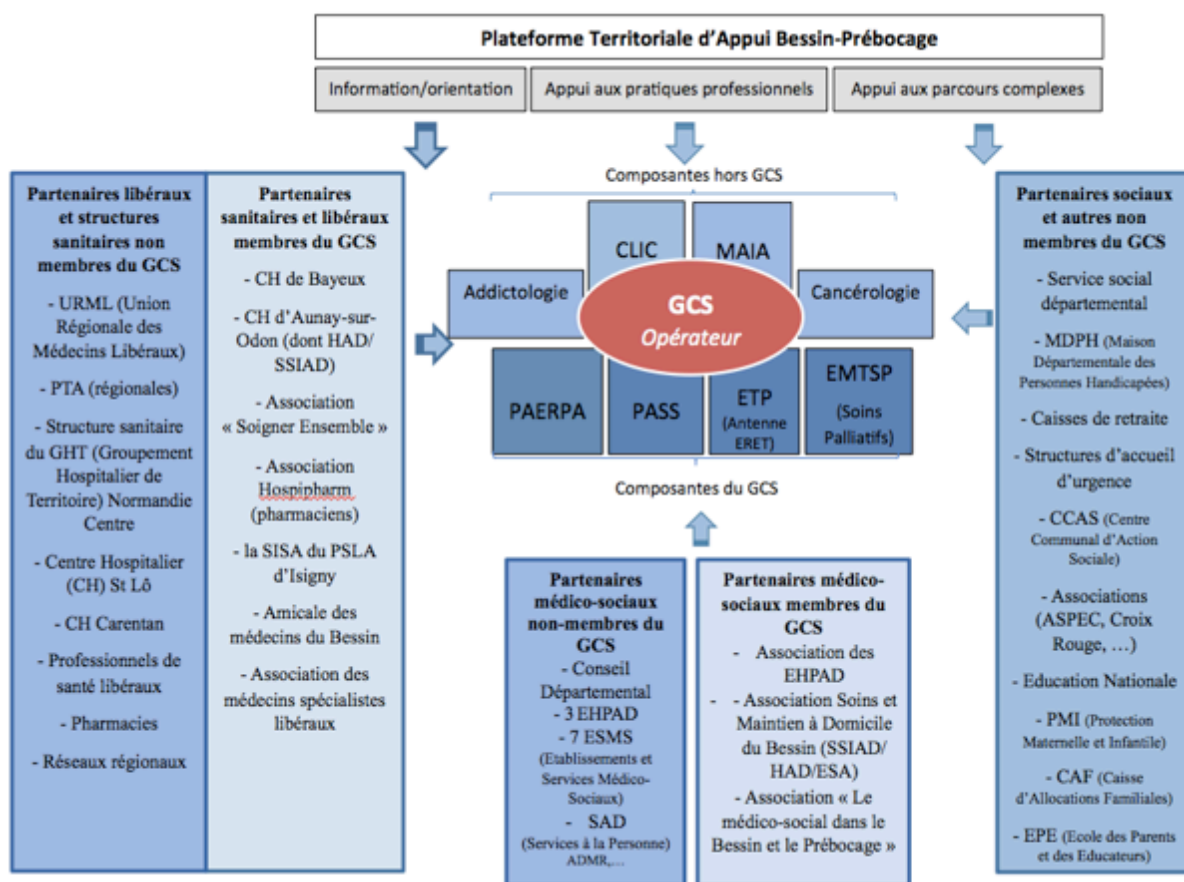


Figure 23: La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) et les structures de coordination

## 8. La télémédecine

Dans le cadre du volet numérique du programme Territoires de soin 2021, le ministère des affaires sociales et de la santé a annoncé le lancement du programme « e-parcours » le 15 mars 2017. Il a pour objectif sur la période 2017-2021 d'accompagner la mise en place de Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) au service des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées au travers des



dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc.). Il capitalise sur le programme Territoire de Soins Numériques (TSN) et accompagne le déploiement progressif des SNAC en cohérence avec les politiques régionales des ARS. (77)

La téléconsultation peu développée est un des nombreux points de rupture de la prise en charge des personnes âgées. Pour y répondre, dans le cadre du PAERPA, l'EHPAD d'Isigny-sur-Mer va bénéficier de l'expérimentation de la télémédecine. (78)

## **IV. Place du pharmacien dans le PAERPA**

### **A. Repérage de la fragilité à l'officine**

Le pharmacien possède un certain nombre d'atouts qui lui permettent de repérer assez aisément les personnes âgées fragiles. En effet, selon l'étude Avenir Pharmacie, présentée au forum PharmagoraPlus, le pharmacien est le premier professionnel de santé de proximité des Français et jouit d'une excellente relation de confiance avec les patients. A une époque où les déserts médicaux se font de plus en plus nombreux et où on observe une diminution des durées d'hospitalisation, le pharmacien voit son rôle dans le parcours de soin se renforcer et se transformer. (79) Les pharmaciens disposent de nombreux atouts, tels que : leur proximité géographique, leur accessibilité et disponibilité sur de longues plages horaires, leur contact fréquent avec le public, leur connaissance globale du patient ainsi que leur formation à la fois scientifique et professionnelle. L'article L.5125-1-1 A du Code de la Santé Publique (CSP) définit les missions des pharmaciens d'officine. Il fait apparaître notamment que ces derniers contribuent aux soins de premier recours (éducation pour la santé, prévention et dépistage) et peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. (80)

Avec l'arrivée des entretiens pharmaceutiques en 2013 et du bilan partagé de médication en 2018, le pharmacien participe activement à l'information et l'éducation du patient, au suivi de son adhésion médicamenteuse et à la lutte contre l'iatrogénie, en collaboration étroite avec le médecin traitant.

Ce sont toutes ces missions qui font que le pharmacien est un élément clé du PAERPA.



## **B. Exemples de PPS réalisés à la pharmacie d'Isigny-sur-Mer**

Depuis le début de mon stage officinal au sein de la pharmacie d'Isigny-sur-Mer en janvier 2018 jusqu'à maintenant, j'ai eu la chance de pouvoir participer à l'élaboration de six PPS et tous incluent au moins une intervention du pharmacien par la suite.

### **1. PPS numéro 1**

Le PPS numéro 1 (Annexe 11) concerne Mme X. née en 1935, veuve depuis 2013, qui vit seule dans un logement insalubre et inadapté. La demande de PAERPA vient du service APA Bessin avec comme motif : « évaluation sociale demandée étant donné les conditions de vie et les ressources de madame. »

Après évaluation à domicile, on met en évidence un important risque de chute dû à l'obésité de la patiente et à son logement inadapté, et également un risque de décompensation cardiaque car la patiente n'a pas été réévaluée par son cardiologue depuis 2014.

Dans les propositions d'actions, il s'agit de prévenir le risque de chutes et de décompensation cardiaque en favorisant le maintien à domicile de la patiente et d'effectuer une évaluation sociale pour rééquilibrer le budget de madame et son accès aux droits.

### **2. PPS numéro 2**

Le PPS numéro 2 (Annexe 12) concerne Mme X. née en 1930, ancienne agricultrice maintenant à la retraite, qui vit avec son mari dans leur ancienne ferme à la campagne. La demande de PAERPA vient d'une IDE du service APA Bessin après 2 hospitalisations rapprochées et un maintien à domicile devenant compliqué.

Après évaluation, plusieurs facteurs de risque sont à prendre en compte : le risque de dénutrition, le risque de décompensation cardiaque lié à l'évolution de la maladie, le risque d'épuisement des aidants et le risque de troubles de l'humeur.

Dans les propositions d'actions, on retrouve les actions éducatives afin de prévenir la décompensation cardio-respiratoire, l'appareillage de Mme afin de prévenir le risque de



chutes et améliorer le maintien à domicile, la surveillance des troubles de l'humeur et du risque de dénutrition.

### **3. PPS numéro 3**

Le PPS numéro 3 (Annexe 13) concerne Monsieur X. né en 1926, qui vit avec sa femme. La demande de PAERPA vient du CLIC de Bayeux. Après évaluation, un risque iatrogénique est mis en évidence ainsi qu'un risque de décompensation cardiaque et un risque de chutes.

Dans les propositions d'actions on retrouve : la préparation des médicaments par l'aidant et des actions éducatives ciblées par un IDE et/ou le pharmacien afin de prévenir le risque de iatrogénie et l'adaptation des aides techniques ainsi que des séances de kinésithérapie afin de prévenir le risque de chutes. Il est également proposé un accompagnement à l'acceptation des aides pour prévenir l'épuisement de l'aidant.

Ce PPS a été révisé un an après afin d'évaluer si les objectifs ont été atteints. Ce bilan de révision est présenté en Annexe 14.

### **4. PPS numéro 4**

Le PPS numéro 4 (Annexe 15) concerne Mme X. née en 1922, atteinte de plusieurs pathologies chroniques et donc d'une polymédication, de soucis socio-économiques ainsi que de restrictions au niveau de ses déplacements. La demande de PAERPA vient directement de son médecin traitant avec pour motif initial un maintien à domicile de plus en plus difficile.

Dans les propositions d'actions on retrouve : un passage hebdomadaire d'un IDE afin de préparer le pilulier pour sécuriser la prise des traitements et une surveillance accrue de l'INR, une évaluation par un ergothérapeute à domicile afin de prévenir le risque de chutes et une veille sociale par une assistante sociale afin d'éviter la rupture du maintien à domicile.



### **5. PPS numéro 5**

Le PPS numéro 5 (Annexe 16) concerne Mme X., née en 1925, qui vit seule en foyer résidence. La demande de PAERPA vient de la pharmacie d'Isigny-sur-Mer pour une réévaluation du maintien à domicile après une chute avec entorse de la cheville.

Après évaluation globale, le maintien à domicile devient plus difficile car le logement est inadapté et madame exprime avoir besoin d'une aide plus régulière. Le risque de chutes est également à prendre en compte car plusieurs chutes ont été recensées sur l'année malgré le déambulateur.

Dans les propositions d'actions on retrouve : la prévention des chutes avec la mise en place de séances de kinésithérapie afin d'effectuer une rééducation à la marche, une réévaluation de l'aménagement du domicile par un ergothérapeute et la dispensation de matériel médical de prévention comme des chaussures thérapeutiques par le pharmacien, l'évaluation des troubles cognitifs et la révision de l'APA afin d'améliorer le quotidien de madame.

### **6. PPS numéro 6**

Le PPS numéro 6 (Annexe 17) concerne Monsieur X, né en 1930, atteint de plusieurs insuffisances d'organes sévères et d'une polymédication associée. La priorité du patient était de rester à domicile. Les propositions d'actions concernent essentiellement le traitement par AVK et la mise en place d'entretiens pharmaceutiques afin de rééquilibrer au mieux l'INR et la prévention du risque de chutes avec la mise en place de séances de kinésithérapie, un appareillage correct du patient et la mise en place de la téléassistance.

## **C. Interventions du pharmacien dans le PAERPA**

### **1. Prévention de la iatrogénie**

La iatrogénie se définit comme étant un effet indésirable provoqué par les médicaments. Elle peut être due au vieillissement qui est un facteur de vulnérabilité ou à



des facteurs externes comme une erreur dans la prise du médicament ou à une interaction entre les différents médicaments pris par le patient.

Le nombre de médicaments prescrits augmente avec l'âge et l'automédication concerne 60% des personnes âgées. 20% des hospitalisations chez les plus de 80 ans sont tout ou partie liés à un accident iatrogénique et près de la moitié des accidents iatrogéniques seraient évitables. (81)

Professionnel du médicament, le pharmacien est en capacité d'apprécier le risque iatrogénique médicamenteux qui est l'un des quatre grands axes portés par le parcours PAERPA. Il est donc l'acteur le plus à même de déceler un effet indésirable médicamenteux *via* le développement des Bilans Partagés de Médication (BPM) et/ou les entretiens pharmaceutiques et donc de proposer l'inclusion du patient dans le parcours PAERPA ou d'agir au sein de ce parcours de soins afin de prévenir un mauvais usage du médicament.

#### a. Entretiens pharmaceutiques

Dans le cadre du PAERPA, le pharmacien a été sollicité afin de réaliser des entretiens pharmaceutiques essentiellement concernant les AVK car ce sont des molécules responsables de beaucoup d'effets indésirables.

Les entretiens pharmaceutiques ont pour but de promouvoir la qualité de la dispensation et de valoriser le rôle du pharmacien dans les missions de santé publique que sont le conseil et l'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques. Le rôle de ces entretiens est d'agir en prévention des risques et de contribuer à la bonne observance des traitements par le biais de conseils. Selon une étude réalisée par l'institut A+A en septembre 2014, 81% des patients interrogés ont déclaré que les entretiens pharmaceutiques leur ont permis d'améliorer leurs connaissances sur leur traitement AVK. (82)

#### b. Bilans partagés de médication

Le BPM se définit d'après la HAS comme « une analyse structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient



concernant son traitement ». Le BPM se déroule en plusieurs années, la première année comporte quatre étapes dont deux entretiens avec le patient (Figure 24) (83) :

- le recueil des informations par le pharmacien avec le patient à l'aide d'un questionnaire qui peut servir de support à l'entretien (annexe 18)
- l'analyse des traitements et la synthèse au médecin en utilisant préférentiellement la messagerie sécurisée, le tout est ensuite enregistré sur le DMP du patient,
- l'entretien conseil avec le patient
- le suivi d'observance.

Pour les années suivantes, il existe deux options :

- S'il y a modification du traitement : le pharmacien doit réaliser une actualisation de l'analyse initiale (c'est à dire l'entretien de recueil, l'analyse et l'envoi de l'analyse au médecin), plus un entretien conseil et le suivi d'observance,
- S'il n'y a pas de modification de traitement : la pharmacien réalise alors 2 suivis de l'observance des traitements. (84)

	Entretien de recueil d'information	Analyse des traitements	Entretien conseil	Suivi de l'observance	Rémunération
Présence du patient	OUI	NON	OUI	OUI	
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X	X	X	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	X	X	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise deux suivis de l'observance dans l'année	20 €
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE LE PATIENT DÉCÈDE</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X			60 €
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE ADHÉSION DU PATIENT AU 2<sup>ème</sup> SEMESTRE</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise un suivi seul suivi de l'observance. Le second devra être réalisé l'année suivante	20 €

Figure 24: Résumé des étapes d'un bilan de médication (85)

Ces entretiens ont pour objectif de réduire le risque iatrogène, d'améliorer l'adhésion au traitement et de réduire le gaspillage de médicaments. (83)

Les objectifs pour les trois protagonistes de ces BPM sont présentés en Figure 25. (4)

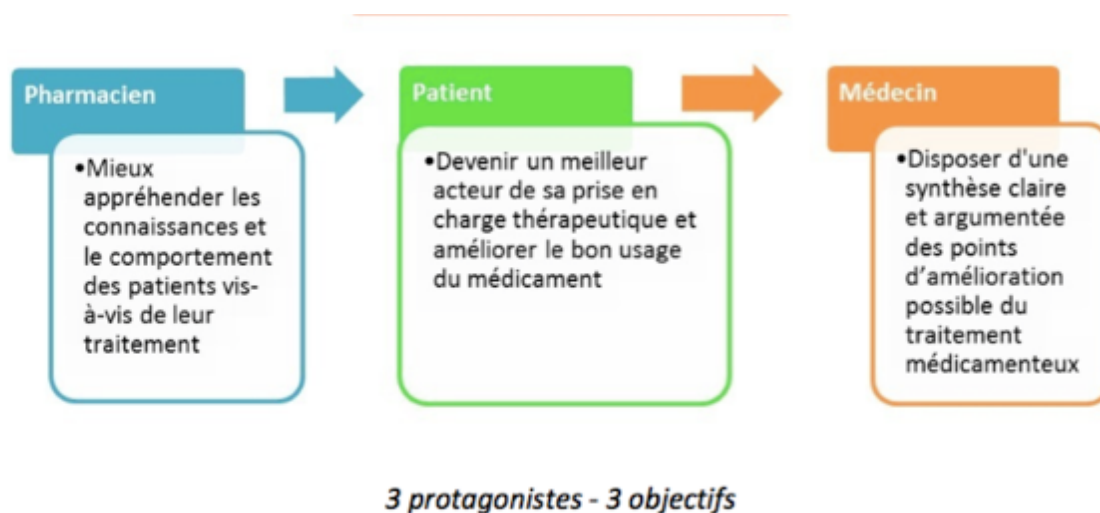


Figure 25: Objectifs du Bilan Partagé de Médication pour les différents protagonistes

### c. Evaluation de la iatrogénie médicamenteuse au Centre Hospitalier Aunay Bayeux

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, une réflexion a été menée conjointement avec les pharmaciens du Centre Hospitalier Aunay-Bayeux sur un projet visant à prévenir le risque iatrogène par la mise en place notamment d'une conciliation médicamenteuse d'entrée puis de sortie lors de l'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus repérées comme fragiles. Les conciliations d'entrées sont réalisées par les externes de pharmacie et les conciliations de sorties par les internes et/ou le pharmacien sénior.

Le projet envisagé s'articule autour d'une action menée entre le GCS et le centre hospitalier, avec la mise en place d'un outil commun de repérage précoce de la fragilité des personnes de 75 ans et plus hospitalisées. L'outil de repérage pour l'évaluation gériatrique validé sur l'hôpital est le score ISAR, en fonction de ce score, les équipes soignantes pourraient alors formuler une demande d'intervention auprès du pharmacien afin qu'il étudie la nécessité de réaliser une enquête médicamenteuse approfondie.



Par ailleurs, une participation des pharmaciens à la détection et à la signalisation des patients fragiles pourrait également être entreprise *via* la conciliation médicamenteuse. Le pharmacien préviendrait alors l'IDE du service afin qu'elle croise les résultats avec le score ISAR et juge de la pertinence de signaler le patient au GCS. L'enquête médicamenteuse menée par le pharmacien inclurait un bilan de médication, pour évaluer notamment l'observance et l'automédication, une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie accompagnée d'une étude des traitements afin de proposer d'éventuelles adaptations thérapeutiques. Un échange sera réalisé avec le médecin traitant, à la convenance de celui-ci, l'échange se fera sous forme d'un envoi du bilan complet par courrier ou messagerie sécurisée. Un rappel sur la démarche PAERPA sera également joint afin de les sensibiliser. Le même type d'échange sera réalisé avec le pharmacien du patient. Cela permettra aux pharmaciens officinaux d'avoir un premier bilan et de poursuivre le suivi de ces patients notamment dans le cadre du bilan partagé de médication. De plus, par le lien qui sera réalisé avec les pharmaciens d'officine, cela permettra de limiter les événements indésirables liés aux médicaments et favorisera le lien ville/hôpital.

## 2. Prévention des risques de chute

La chute est définie par la HAS comme le « fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ » (86). Son origine est, la plupart du temps, une conjugaison de facteurs extrinsèques et intrinsèques. Les actions correctives sont donc, elles aussi, multifactorielles et pluridisciplinaires.

Les chutes représentent un motif fréquent d'hospitalisation et sont également la première cause de mortalité accidentelle chez les personnes âgées : chaque année, 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent des suites d'une chute. (87)

Le pharmacien d'officine, par sa proximité avec les patients et sa facilité d'accès, possède un rôle important dans la prévention de ces situations à risque. Ce rôle s'intègre d'ailleurs parfaitement à la loi HPST qui encourage les pharmaciens à participer aux actions d'accompagnement et d'éducation thérapeutique notamment auprès des personnes âgées.

a. Chutes accidentelles dues à certains médicaments

De nombreuses associations entre traitements et chutes ont été rapportées dans la littérature. Les données disponibles sont principalement observationnelles et suggèrent que le risque de chute lié à la prise de médicament est variable en fonction de la classe thérapeutique, de la molécule et de la dose. (88) La liste des médicaments à risque de chute est présentée en Figure 26. (89)

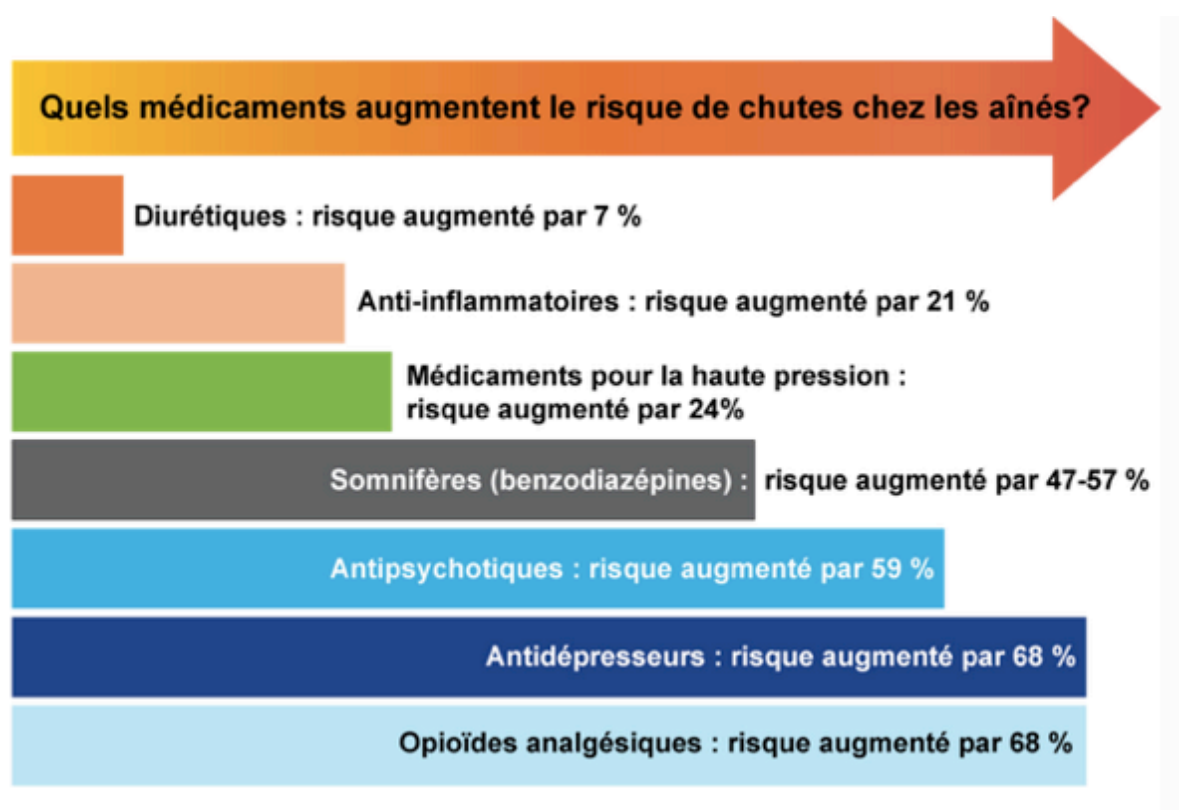


Figure 26: Médicaments et risque de chutes

b. Entretien MAD et matériel médical dans la prévention des chutes

Un entretien dit MAD peut être réalisé par le pharmacien ou par un ergothérapeute afin d'évaluer le domicile du patient en termes de confort et de sécurité. Suite à cet entretien, le pharmacien peut conseiller et délivrer du matériel médical pour favoriser l'autonomie du patient le plus longtemps possible et dans toutes les situations du quotidien :

- aide à la mobilité : cannes de marche, déambulateurs, fauteuils roulants, monte escaliers, etc.



- aide à l'hygiène : tapis antidérapants, poignée de bain, siège de bain, rehausseur WC, barres de transfert, etc.
- lit médicalisé adapté aux besoins et à l'état de santé
- chaussures orthopédiques adaptées au patient.



## Conclusion

---

Compte tenu du vieillissement de la population, la perte d'autonomie des personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir. Afin de prévenir cette perte d'autonomie, les pouvoirs publics ont proposé diverses réponses dont le parcours PAERPA qui est en place sur le territoire du Bessin Pré-Bocage depuis 2017.

Un des enjeux majeurs de l'expérimentation du parcours PAERPA est d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de coordination des acteurs et de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social. Cette expérimentation vise également à créer de la coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les professionnels de soins primaires. Le parcours PAERPA permet donc la mise en œuvre d'un parcours de santé coordonné, global et complet pour les personnes âgées de 75 ans et plus en risque de perte d'autonomie. L'action des professionnels autour du patient est coordonnée grâce à un Plan de Santé Personnalisé, rédigé par le médecin traitant avec l'aide d'un ou plusieurs autres professionnels, permettant de définir un projet commun à tous les intervenants et adapté aux problématiques de la personne. De plus, la mobilité de la CTA permet de toucher une population isolée ayant des difficultés d'accès aux soins.

Cette expérimentation permet de développer l'inter-professionnalité et de placer le pharmacien au cœur du parcours de soin des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Les actions de repérage-dépistage d'une fragilité précoce, d'accompagnement des personnes âgées afin de diminuer la iatrogénie, de prévention des chutes, de renforcement du lien ville-hôpital et de développement des nouveaux systèmes de communication, mettent en œuvre les compétences du pharmacien d'officine. Il est l'un des professionnels de santé vers lequel les familles se dirigent afin de trouver des solutions pour la prise en charge de leurs proches.

Cependant, la mise en place d'un tel programme impulsant une démarche parcours est complexe et demande de réorganiser totalement le parcours de soin de ces personnes âgées. Le projet a été long à mettre en place car les acteurs ont besoin de « temps d'acculturation » pour apprendre à se connaître et mettre en place un travail collectif de



proximité avec une implication de tous les secteurs (sanitaire, médico-social et social). Quelques limites subsistent : premièrement l'âge, pour inclure une personnes âgée dans le parcours de soins, celle-ci doit avoir 75 ans ou plus, or certaines personnes sont à risque de perte d'autonomie avant 75 ans. Deuxièmement, le PPS favorise un travail en binôme médecin/IDE et d'autres professions sont souvent oubliées. Enfin, le PPS n'est pas incitatif à une augmentation du nombre de professionnels dans la CCP puisque la part de rémunération diminue si le nombre de professionnels impliqués augmente.

## Bibliographie

---

1. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
2. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
3. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Le parcours de santé des aînés : des (...) [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/-Le-parcours-de-sante-des-aines-des-acteurs-coordonnes-pour-une-autonomie-preservee-PAERPA->
4. Société Française de Pharmacie Clinique. Le Bilan de Médication.
5. Vieillesse démographique [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/>
6. OMS | Vieillesse [Internet]. WHO. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
7. Collège national des enseignants de gériatrie (France). Corpus de gériatrie. Tome 1. Montmorency, France: 2M2 Edition et communication; 2000.
8. Aspects physiologiques du vieillissement respiratoire - EM|consulte [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/151342>
9. J. Mark Ruscin, PharmD, FCCP, BCPS, Professor and Chair, Department of Pharmacy Practice, Southern Illinois University Edwardsville School of Pharmacy, Sunny A. Linnebur, PharmD, BCPS, BCGP, Professor of Clinical Pharmacy, University of Colorado Skaggs School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. [cité 19 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/144657>
10. pharmacies.fr LM des. Bilan partagé de médication n°1 - Formation - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/mybdd/fiche/50\\_144/bb5page/formation/cahiers-formation-du-moniteur-des-pharmacies/bibliographies.html](https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/mybdd/fiche/50_144/bb5page/formation/cahiers-formation-du-moniteur-des-pharmacies/bibliographies.html)
11. Ferry M. Nutrition, vieillissement et santé. Gerontol Soc. 20 oct 2010;33 / n°





134(3):123-32.

12. Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee)

13. Trivalle C. Le syndrome de fragilité. Revue médicale Suisse 2000; volume-4-20925 [Internet]. [cité 15 nov 2018]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925>

14. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2011;9(4):387-90.

15. Libbey J. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique [Internet]. Juillet Aout 2004 [cité 15 nov 2018];10(4). Disponible sur: [https://www.jle.com/fr/revues/met/e-docs/levaluation\\_geriatrique\\_standardisee\\_interet\\_et\\_modalites\\_263702/article.phtml?tab=texte](https://www.jle.com/fr/revues/met/e-docs/levaluation_geriatrique_standardisee_interet_et_modalites_263702/article.phtml?tab=texte)

16. Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. Cancer Control. 1 nov 2003;10(6):454-62.

17. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc. mai 2007;55(5):780-91.

18. Cereda E. Mini Nutritional Assessment. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. janv 2012;15(1):29.

19. Nowik L, Thalineau A. Vieillir chez soi – Les nouvelles formes du maintien à domicile [Internet]. 2013 [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01248873>

20. Démarche de soins type à domicile - Rapport complet [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_268071](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_268071)

21. Haute Autorité de Santé - Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-a-destination-des-professionnels-du-secteur-social-et-medico-social-pour-soutenir-les-aidants-de-personnes-agees-adultes-handicapees-ou-souffrant-de-maladie-chronique-vivant-a-domicile](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-a-destination-des-professionnels-du-secteur-social-et-medico-social-pour-soutenir-les-aidants-de-personnes-agees-adultes-handicapees-ou-souffrant-de-maladie-chronique-vivant-a-domicile)



22. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. mars 2012 [cité 20 nov 2018];(799). Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&q=Soulier,+N.+Aider+un+proche+%C3%A2g%C3%A9+%C3%A0+domicile:+la+charge+ressentie.+%C3%89tudes+et+r%C3%A9sultats,+2012,+n%C2%B0+799&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjUtZPfwuPeAhUPy4UKHd8WBakQBQgqKAA&biw=1440&bih=724>
23. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
24. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
25. Grille AGGIR et calcul du GIR [Internet]. ehpad.fr. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ehpad.fr/grille-aggir/>
26. Les services d'aide à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/les-services-daide-domicile>
27. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
28. Centre local d'information et de coordination gérontologique de Caen et Couronne (CLIC) [Internet]. CAEN. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <http://caen.fr/adresse/centre-local-dinformation-coordination-gerontologique-caen-couronne-clic>
29. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
30. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
31. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
32. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. 2012-1404 décembre, 2012.



33. Parcours de soins des personnes âgées : prolongation des expérimentations [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/parcours-de-soins-des-personnes-agees-prolongation-des-experimentations>
34. Paerpa : les clés de la prolongation de l'expérimentation [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/paerpa-les-cles-de-la-prolongation-de-l-experimentation>
35. Teixeira A. Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 juin 2015;15(87):134-7.
36. DICOM\_Jocelyne.M. Les territoires pilotes Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 23 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-territoires-pilotes-paerpa>
37. DICOM\_Jocelyne.M. Un pilotage partenarial [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 27 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/un-pilotage-national-pluri-partenarial>
38. Cahier des charges PAERPA.
39. Haute Autorité de Santé - Missions de la HAS [Internet]. [cité 27 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1002212/fr/missions-de-la-has](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has)
40. Perte d'autonomie des personnes âgées et autonomie des personnes handicapées | CNSA [Internet]. [cité 27 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>
41. Code de la santé publique - Article L6113-10. Code de la santé publique.
42. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
43. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1638460](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1638460)
44. Haute Autorité de Santé - Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie.



45. DICOM\_Jocelyne.M. Les outils de coordination [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-outils-de-coordination>
46. ANAP -Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-place-la-coordination-territoriale-dappui-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>
47. Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)
48. Haute Autorité de Santé - Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2735359/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs)
49. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
50. Haute Autorité de Santé - Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine)
51. DGOS. La télémedecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
52. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. Télémedecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria. Gérontologie Société. 2012;35 / 141(2):117-27.
53. Haute Autorité de Santé - Décision n°2014.0085/DC/SMACDAM du 23 avril 2014 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du « Cahier des charges pour la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA » [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1742726/fr/decision-n2014-0085/dc/smacdam-du-23-avril-2014-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-du-cahier-des-charges-pour-la-mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742726/fr/decision-n2014-0085/dc/smacdam-du-23-avril-2014-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-du-cahier-des-charges-pour-la-mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa)
54. Formation DPC Prévention de la Perte d'Autonomie PAERPA [Internet]. Formations DPC 2018 pour les professionnels de Santé - Parenthèse est référençable sur



Datadock et répond aux exigences du décret Qualité du 30 juin 2015. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.parenthesedpc.fr/formation-dpc-prevention-perse-autonomie-paerpa/>

55. Descartes P, Pontoise CD. Education thérapeutique du patient.... 2007;

56. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.

57. Haute Autorité de Santé - Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa)

58. Cahier des charges pour la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1743377](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1743377)

59. Cadre référentiel ETP PAERPA - Dépression [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1764017](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1764017)

60. Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1748130](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1748130)

61. ETP - Comment la proposer et la réaliser ? - Recommandations [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_604960](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_604960)

62. Retarder la dépendance des personnes âgées fragiles [Internet]. paerpa. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <http://paerpa-centre.fr/usager/etapes-du-parcours/reperage/>

63. [breve\\_evaluation\\_experimentation\\_paerpa\\_v1.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/breve_evaluation_experimentation_paerpa_v1.pdf) [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/breve\\_evaluation\\_experimentation\\_paerpa\\_v1.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/breve_evaluation_experimentation_paerpa_v1.pdf)

64. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa: premiers résultats. Paris: IRDES; 2018.

65. Présentation PAERPA, Contexte de la démarche et dynamique territoriale, présentation au: retour d'expérience du dispositif PAERPA, 06 Nov 2018, Dr Thierry



GANDON.

66. Comparateur de territoire – Département du Calvados (14) | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-14>
67. Les circonscriptions du Calvados face au défi du vieillissement. - Cent pour Cent | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1294708>
68. Présentation bilan activité du PAERPA Bessin Pré Bocage. Communication au: Retour d'expérience du dispositif PAERPA; 06 Nov 2018; Bayeux.
69. Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 » | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>
70. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
71. Bulletin Officiel n°2003-26 [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261841.htm>
72. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. HOSPIPHARM du Bessin et du Pré-Bocage:projets, réalisations et avenir. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/normandie/article/hospipharm-du-bessin-et-du-pre-bocage-projets-realizations-et-avenir>
73. Le Réseau de Santé du Bessin | Réseau Santé du Bessin - Bayeux [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.reseau-sante-bessin.org/presentation>
74. Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Bessin | Réseau Santé du Bessin - Bayeux [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.reseau-sante-bessin.org/PASS>
75. DICOM\_Jocelyne.M, DICOM\_Jocelyne.M. Plateformes territoriales d'appui : un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/plateformes-territoriales-d-appui-un-soutien-pour-les-professionnels-dans-l>
76. Les structures de coordination (PTA) [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/les-structures-de-coordination-pta>



77. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction no DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions.
78. POULALION Luc. Parcours des Personnes Âgées en Perte d'Autonomie. ARS Normandie. 6 Novembre 2018.
79. Le pharmacien & la coordination des soins [Internet]. Observia. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://observia-group.com/fr/actualites/publications/167-le-pharmacien-la-coordination-des-soins>
80. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
81. Comment repérer les risques de perte d'autonomie des aînés [Internet]. paerpa. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <http://paerpa-centre.fr/professionnel/projet-paerpa/risques/>
82. Accompagnement des patients chroniques [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>
83. Bilan Partagé de Médication [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/pharmacie-clinique/bilan-partage-de-medication/bilan-partage-de-medication,3444,4034.html>
84. « Le bilan partagé de médication va dans le sens d'une plus grande coordination des soins » [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/le-bilan-partage-de-medication-va-dans-le-sens-dune-plus-grande-coordination-des-soins>
85. USPO, Officines Avenir n°17, Bilan de médication, Entretiens pharmaceutiques, janvier 2018 [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine\\_Avenir\\_n17.pdf](https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf)
86. Haute Autorité de Santé - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee)
87. INPES - Accidents de la vie courante : Chutes [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
88. Impact des médicaments sur les chutes.

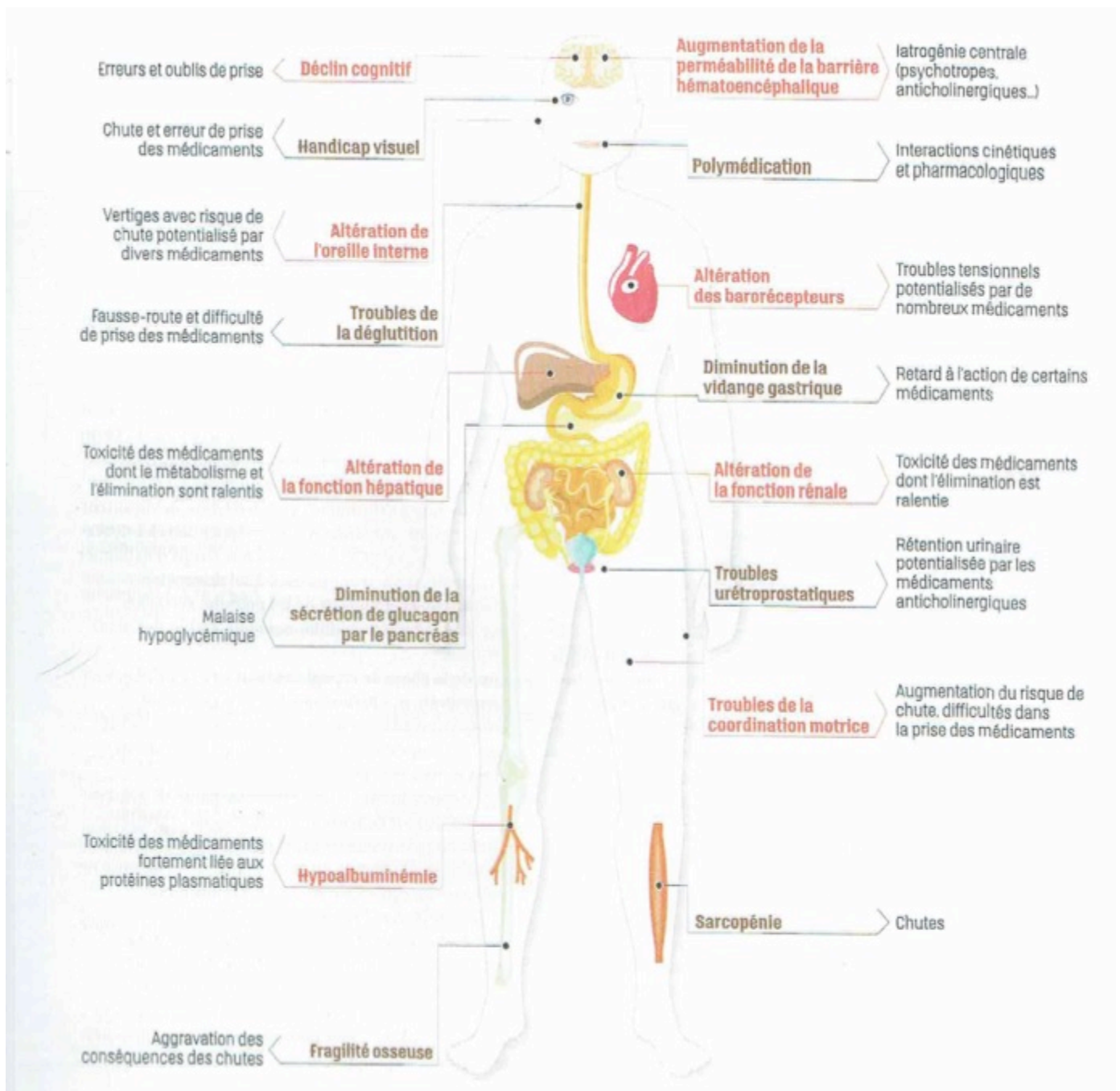


89. Les médicaments et les chutes [Internet]. Réseau canadien pour la déprescription. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur:  
<https://www.reseaudeprescription.ca/chutes>



# Annexes

Annexe n°1 Facteurs de risque iatrogène chez la personne âgée, Le Moniteur des Pharmacies, cahier n°2 du N° 3209 du 27 janvier 2018



Annexe 2 : Principaux médicaments inappropriés chez le sujet de plus de 75 ans, Le Moniteur des Pharmacies

Médicaments	Risque	Alternative
<b>Antiagrégants</b>		
Dipyridamole	Hypotension orthostatique (action vasodilatatrice)	Choisir un autre antiagrégant (sauf la ticlopidine)
Ticlopidine	Atteintes hépatiques et hématotoxiques sévères	Choisir un autre antiagrégant
<b>Antiarythmiques/cardiotoniques</b>		
Digoxine > 0,125 mg/j	Augmentation de la sensibilité à l'effet de la digoxine	Utiliser une dose ≤ 0,125 mg/j
Disopyramide	Insuffisance cardiaque et effet anticholinergique	Utiliser un autre antiarythmique
<b>Anticholinergiques</b>		
Antidépresseurs imipraminiques	Effets anticholinergiques, négatifs sur la cognition, somnolence et effets cardiaques sévères (avec les antidépresseurs imipraminiques)	Privilégier un autre antidépresseur de type IRS ou IRSNA
Neuroleptiques phénothiaziniques : chlorpromazine, cyamémazine, lévomépromazine, pipotiazine		Privilégier un neuroleptique non phénothiazinique ou avec une activité anticholinergique moindre (clozapine avec surveillance rigoureuse de la NFS, rispéridone, olanzapine, amisulpride, quétiapine)
Antihistaminiques H <sub>1</sub> : - hypnotiques (doxylamine) - antiallergiques (alimémazine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, hydroxyzine, méquitazine, prométhazine...), - antirhumes (phéniramine, triprolidine...)		- Hypnotiques : benzodiazépines à demi-vie courte, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose de l'adulte jeune. - Allergie : privilégier la cétirizine, la desloratadine, la loratadine - Rhume : lavage des fosses nasales au sérum physiologique
Antémétiques (alizapride, diménhydrinate, diphényramine, méclozine, métopimazine)		- Nausées : homéopathie ou dompéridone sur avis médical et en l'absence de facteurs torsadogènes
Antispasmodiques de l'incontinence urinaire (oxybutynine, toltérodine, solifénacine)		- Incontinence : privilégier le trospium ou le flavoxate
<b>Antihypertenseurs</b>		
Antihypertenseurs d'action centrale	Risque majoré d'hypotension	Privilégier d'autres antihypertenseurs
Alphabloquants cardiologiques	Risque majoré d'hypotension et aggravation d'une incontinence urinaire	
<b>Antisécrétoires gastriques</b>		
Cimétidine	Risque majoré de confusion et de désorientation Risque d'interactions médicamenteuses par inhibition enzymatique	Autre antihistaminique H <sub>2</sub> ou inhibiteur de la pompe à protons
<b>Anxiolytiques, hypnotiques</b>		
Benzodiazépines à demi-vie longue (≥ 20 h) : bromazépam, diazépam, clobazam, clorazépate, lofazépate, nitrazépam, nordazépam, prazépam...	Augmentation du risque de somnolence et de chute	Si la prescription de benzodiazépines est justifiée, privilégier les molécules à demi-vie courte, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose de l'adulte jeune
<b>Hypoglycémiant</b>		
Glipizide LP	Risque majoré d'hypoglycémie prolongée	Choisir un sulfamide hypoglycémiant à durée d'action courte ou intermédiaire
<b>Laxatifs</b>		
Laxatifs stimulants (Bisacodyl, sennosides, cascara, bourdaine...)	Exacerbation de l'irritation colique et risque d'interactions médicamenteuses liées à l'effet hypokaliémiant	Privilégier un laxatif osmotique (macrogol, lactulose, lactitol...)

Source : adapté de M.-L. Laroche et al., La Revue de médecine interne n°30, 2009.



Annexe 3 : le MMSE selon le Groupe de Recherche des Evaluations Cognitives (GRECO)  
MMSE

**Orientation**

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

**Apprentissage**

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

**Attention et calcul**

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

**Rappel**

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

**Langage**

/ 8

- |   |                                      |                          |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon.  | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre.   | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

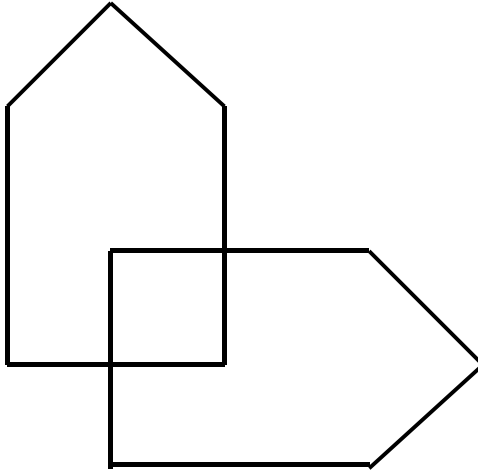
**Praxies constructives**

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



# « FERMEZ LES YEUX »



Annexe 4 : Grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne de Katz, ADL

**Echelle d'autonomie (ADL)**

<b>ECHELLE A.D.L</b>		Nom .....
		Prénom .....
		Date .....
		Score .....
<b>Hygiène Corporelle</b>	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
<b>Habillage</b>	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage  Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.  Dépendant	1  ½  0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.  Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.  Ne peut aller aux toilettes seul	1  ½  0
<b>Locomotion</b>	Autonomie  A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)  Grabataire	1  ½  0
<b>Continence</b>	Continent  Incontinence occasionnelle  Incontinent	1  ½  0
<b>Repas</b>	Se sert et mange seul  Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit  Dépendant	1  ½  0

Total = /6



Annexe 5 : Grille d'évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton, IADL

**1. Aptitude à utiliser le téléphone**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

**2. Courses**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

**3. Préparation des aliments**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

**4. Entretien ménager**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

**5. Blanchisserie**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

**6. Moyens de transport**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

**7. Responsabilité à l'égard de son traitement**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

**8. Aptitude à manipuler l'argent**

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

<b>Total score IADL</b>	...../ 8
<b>Nombre items non applicables</b>	...../ 8



Annexe 6 : Echelle MNA par Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment

MNA®



Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

**Dépistage**

- A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**  
0 = baisse sévère des prises alimentaires  
1 = légère baisse des prises alimentaires  
2 = pas de baisse des prises alimentaires
- B Perte récente de poids (<3 mois)**  
0 = perte de poids > 3 kg  
1 = ne sait pas  
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg  
3 = pas de perte de poids
- C Motricité**  
0 = au lit ou au fauteuil  
1 = autonome à l'intérieur  
2 = sort du domicile
- D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?**  
0 = oui 2 = non
- E Problèmes neuropsychologiques**  
0 = démence ou dépression sévère  
1 = démence légère  
2 = pas de problème psychologique
- F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup>**  
0 = IMC <19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**Score de dépistage (sous-total max. 14 points)**

12-14 points: état nutritionnel normal  
8-11 points: à risque de dénutrition  
0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

**Evaluation globale**

- G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**  
1 = oui 0 = non
- H Prend plus de 3 médicaments par jour ?**  
0 = oui 1 = non
- I Escarres ou plaies cutanées ?**  
0 = oui 1 = non

- J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**  
0 = 1 repas  
1 = 2 repas  
2 = 3 repas

- K Consomme-t-il ?**
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui  non
  - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui  non
  - Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . oui  non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui  
0,5 = si 2 oui  
1,0 = si 3 oui

- L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?**  
0 = non 1 = oui

- M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait )**  
0,0 = moins de 3 verres  
0,5 = de 3 à 5 verres  
1,0 = plus de 5 verres

- N Manière de se nourrir**  
0 = nécessite une assistance  
1 = se nourrit seul avec difficulté  
2 = se nourrit seul sans difficulté

- O Le patient se considère-t-il bien nourri ?**  
0 = se considère comme dénutri  
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel  
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

- P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**  
0,0 = moins bonne  
0,5 = ne sait pas  
1,0 = aussi bonne  
2,0 = meilleure

- Q Circonférence brachiale (CB en cm)**  
0,0 = CB < 21  
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22  
1,0 = CB > 22

- R Circonférence du mollet (CM en cm)**  
0 = CM < 31  
1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage



Score total (max. 30 points)

**Appréciation de l'état nutritionnel**


de 24 à 30 points <input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
moins de 17 points <input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Annexe 7 : exemple de PPS

GCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



---

**ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE**

Régulateur de l'appel : \_\_\_\_\_ Date d'appel : \_\_\_\_\_

Origine de la demande :

<input type="checkbox"/> MT direct	<input type="checkbox"/> CCAS	<input type="checkbox"/> Patient adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> SPIP
<input type="checkbox"/> Médecin spéc	<input type="checkbox"/> CD 14	<input type="checkbox"/> Proche adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> Justice
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CLIC		<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Patient direct		
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Proche direct		

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne ressource : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Pharmacien
			<input type="checkbox"/> Autre :	

Motif initial de la demande :

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Accès aux droits	<input type="checkbox"/> PEC fin de vie
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie	<input type="checkbox"/> Accompagnement
<input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS	<input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants	<input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure
<input type="checkbox"/> Accès/org* à des serv. médico-sociaux		<input type="checkbox"/> Evaluation globale

Circonstance de l'intervention :  en urgence  en semi urgence  anticipée

Orientation directe :  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

---

**PERSONNES POUVANT BENEFICIER D'UN PPS**

La personne	oui	non	?
A-t-elle une pathologie non stabilisée ?			
A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?			
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?			
A-t-elle une restriction de ses déplacements ?			
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes	oui	non	?
La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ?			
Si oui, accepte-t-elle ?			

Parcours envisagé :

<input type="checkbox"/> Périnatalité – Parentalité	<input type="checkbox"/> Maladies Chroniques	<input type="checkbox"/> Maladies graves évolutives
<input type="checkbox"/> Handicap	<input type="checkbox"/> Gérontologie	

Nécessite un complément d'évaluation :  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

1/4





GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébois »



PERSONNES RELEVANT D'UN PARCOURS (PPS) COMPLEXE

Date début évaluation :

Types de complexité		Précisions de la complexité	
<input type="checkbox"/>	① PROBLEMES SANITAIRES	<input type="checkbox"/> Patients atteints d'une pathologie sévère <input type="checkbox"/> Polypathologie (présence chez un même patient d'au moins 3 pathologies chroniques) <input type="checkbox"/> En perte d'autonomie	<input type="checkbox"/> Multiplicité des intervenants <input type="checkbox"/> Situation de handicap <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	② INCAPACITE A GERER SON PARCOURS	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Troubles addictifs <input type="checkbox"/> Déficience mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	③ ISOLEMENT, DEFAUT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	<input type="checkbox"/> Vivant seul <input type="checkbox"/> Sans soutien social ni familial	<input type="checkbox"/> Avec aidants épuisés <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	④ DIFFICULTES SOCIO-ECONOMIQUES	<input type="checkbox"/> Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, ...) <input type="checkbox"/> Ayant des difficultés économiques (faibles ressources, ...) <input type="checkbox"/> Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, ...) <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance <input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/>	⑤ PROBLEMATIQUES LIEES AU RECOURS AUX SOINS	<input type="checkbox"/> Difficultés de l'équipe de santé primaire et/ou sociale <input type="checkbox"/> Passages nombreux aux urgences	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Validation de Sit.Compl :     oui     non

Pathologie :

- Pathologie somatique aiguë
- Pathologie chronique
- Pathologie non stabilisée
- Pathologie psychiatrique
- Pathologie gravement évolutive
- Addictions

Nécessite une concertation en staff pour élaborer le PPS :     Oui     Non

Staff concerné : menu déroulant à créer

Nécessite un appui de coordination pour la mise en œuvre de son PPS :     Oui     Non

Dispositif d'appui de coordination envisagé :    Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Besoin» Présoinsage »





HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ**

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ		Date du PPS :		Nom	
Numéro PPS		Prénom		Date de naissance	
Nom du Médecin traitant		Noms des autres professionnels de santé			
Nom du référent PPS					
Préférences de la personne		Priorités de la personne			

PLAN de SOINS				
Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Date : Atteinte des résultats et commentaires

CCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Besoin Précoce»  
MATER, activité de santé

**PLAN D'AIDES**

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

**Adhésion de la personne au PPS :**     Oui     Non

**Réunion de concertation et de réflexion :**  
 CCP    date :  
 Staff    date :  
 RCP    date :

**Commentaires :**

**Clôture PPS :**    Date :  
 Réalisation des objectifs     Déménagement / Entrée en établissement     Décès     Nouveau PPS

4/4

Annexe 8 : Check-list d'aide à l'identification des priorités et exemples d'actions au regard des problèmes identifiés dans la check list.

		Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)			Date : / / .		
		Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)			Initiation	Suivi	
		Point d'étape 1	Point d'étape 2		Point d'étape 1	Point d'étape 2	
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>							
- accident iatrogène							
- automédication à risque							
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiant)							
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiant)							
<b>Organisation du suivi</b>							
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant							
- multiples intervenants							
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes							
<b>Problèmes de mobilité</b>							
- risque de chute							
- chute(s)							
- phobie post-chute							
- problèmes de mobilité à domicile							
- problèmes de mobilité à l'extérieur							
<b>Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>							
<b>Troubles de l'humeur</b>							

## Exemples d'actions au regard des problèmes identifiés dans la check-list (1)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
<b>Problèmes liés aux médicaments* :</b> - accident iatrogène - automédication à risque - prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques/ et ou anti thrombotique et/ou hypoglycémiant) - problème d'observance - adaptation des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)	- prise sécurisée par un tiers - mise en place d'un pilulier - éducation thérapeutique globale (situations à risque/signes d'alerte/stratégies pour diminuer les oublis) - Si adaptation des traitements souhaitée par la personne, éducation thérapeutique ciblée sur les modalités d'adaptation des traitements en toute sécurité
<b>Organisation du suivi</b> - pas de déplacement à domicile du médecin traitant - multiples intervenants - investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes	- prise sécurisée des rendez-vous (biologie, imagerie, consultation, consultation mémoire,...) - programmation des transports sanitaires - carnet de suivi.....
<b>Problèmes de mobilité</b> - risque de chute* - chute(s) - phobie post chute - problèmes de mobilité à domicile - problèmes de mobilité à l'extérieur	- favoriser l'activité physique au quotidien - exercice physique adapté dont ETP spécifique - rééducation - prise en charge des problèmes podologiques - mise en place d'aides (pour les courses, le ménage...) - ETP autour de troubles de la nutrition - correction des troubles sensoriels - aides techniques - adaptation du logement
<b>Isolement</b> - isolement géographique - Faiblesse du réseau familial ou social - isolement ressenti - isolement culturel	- correction des troubles sensoriels - prise en charge d'une dépression* - évaluation de troubles cognitifs - avis psychiatrique - renforcement/mise en place des aides (dont accompagnement à l'usage des moyens de communication) - soutien de l'aidant (hébergement temporaire, accueil de jour, formation des aidants) - actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs...) - mise en place d'un accompagnement social

## Exemples d'actions au regard des problèmes identifiés dans la check-list (2)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
<b>Précarité :</b> - Financière - Habitat - Énergétique	- vérifier l'accès aux droits (ALD, APA) et accès aux soins - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - obtention aides financières - soutien par association caritative,....
<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b> - soins personnels / toilette - habillage - aller aux toilettes - continence - locomotion - repas	- aide à la toilette - allocation financière - bilan ergothérapeutique - portage de repas,....
<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>	- S'enquérir de l'appétit - Réaliser un MNA ( <i>Mini Nutritional Assessment</i> ) en deuxième ligne - Rechercher la cause de la dénutrition - la prise en charge nutritionnelle est globale : <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denuitition_personnes_agees.pdf">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denuitition_personnes_agees.pdf</a>
<b>Difficultés à prendre soin de soi</b> - Difficultés à utiliser le téléphone - Difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments - Difficultés à voyager seul - Difficultés à gérer son budget - Difficultés à avoir une alimentation adaptée/dénutrition* - Refus de soins et d'aides - Situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause <b>Troubles de l'humeur*</b>	- intervention du CMP - bilan cognitif - prise en charge d'une dépression - intervention d'équipes mobiles, etc. - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - alerte via n° d'appel national 3977, évaluation sociale...
<b>Troubles de l'humeur*</b>	- Psychothérapie de soutien - Traitement anti-dépresseur - Équipe de géronto-psychiatrie - Avis d'un psychiatre

\* : facteurs de risque d'hospitalisation identifiés dans PAERPA

Annexe 9 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission selon la HAS

Annexe 4. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT)

NOM : Prénom : Date de naissance :    /    / IPP :	Nom du service : Numéro de chambre :	Médecin traitant : Infirmier à domicile : Pharmacien d'officine : EHPAD :
---	---	--

Conciliation faite le		entre*		et**					Processus de conciliation :		
		Bilan médicamenteux				Ordonnance du					<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif Commentaires
Nom/dosage/forme	Posologie/voie			Statut	Nom/dosage/forme	Existence d'une divergence			Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	
	M	M	N			M	S	N			M

\*Nom du concilicateur 1 – \*\*Nom du concilicateur 2  
 Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 4

Conciliation faite le			entre*		et**							Processus de conciliation :	
Bilan médicamenteux			Statut	Nom/dosage/forme	Ordonnance du				Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires	<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif	
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Posologie/voie	Existence d'une divergence	M S N						M S N
	M	S	N	M			S	N					
Sources d'information consultées <input type="checkbox"/> DMP en cours <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> DMP antérieur <input type="checkbox"/> Pharmacien officine <input type="checkbox"/> DMP urgences <input type="checkbox"/> Infirmier libéral <input type="checkbox"/> Autre dossier du SIH <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Dossier Pharmaceutique <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Ordonnances du patient <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Lettre au médecin traitant <input type="checkbox"/> Médicaments apportés <input type="checkbox"/> Lettre du médecin traitant <input type="checkbox"/> Autres													
Traitement antérieur ou Automédication antérieure : <input type="radio"/> DI <input type="radio"/> EM													
Signature Pharmacien													

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 4

\*Nom du conciliateur 1 – \*\*Nom du conciliateur 2



## Annexe 10 : Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA



### Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA

#### Populations et situations concernées

Le terme « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) désigne les personnes de 75 ans et plus encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social.

Le cahier des charges PAERPA précise la possibilité et les conditions de mise en œuvre d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) pour ces personnes et leur entourage à partir de quatre facteurs majeurs d'hospitalisation : problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes. Ces facteurs sont considérés comme recouvrant la plus grande partie des problèmes rencontrés par les personnes âgées.

Les trois thèmes sur lesquels une efficacité potentielle de l'ETP sur les résultats des soins ou le recours aux soins a été montrée sont <sup>1</sup> :

- la prévention des chutes chez les patients à risque de chutes, comme composante d'une intervention multifactorielle ;
- la réduction du risque iatrogène pour les patients ayant une polymédication par une revue des médicaments associée à une collaboration étroite entre le médecin, le pharmacien et éventuellement l'infirmière ;
- le traitement de la dépression, pour les patients atteints de dépression majeure, par une équipe de soins primaires coordonnée, avec un suivi par un infirmier ou un psychologue intégré à l'équipe et une coopération étroite avec les équipes de santé mentale.

#### Principes de mise en œuvre de l'ETP

- **L'éducation thérapeutique de la personne âgée est souvent possible grâce à des adaptations.** C'est avant tout une ETP de proximité, délivrée sous forme de séances individuelles sur le lieu de soins primaires ou au domicile du patient, mais n'excluant pas les séances collectives<sup>2</sup>.
- L'efficacité de l'ETP isolée n'est pas démontrée : **l'ETP est une composante d'une stratégie thérapeutique globale**, médicamenteuse et non médicamenteuse, et elle doit être ciblée sur les patients qui peuvent en bénéficier.
- **L'ETP doit être réalisée dans le cadre d'une organisation en équipe.** Cette organisation permet de répondre à des besoins de travail en commun, de concertation, de formation et d'évaluation. Le plus souvent, les besoins éducatifs des patients nécessitent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels. Cependant des séances délivrées par un seul membre de l'équipe peuvent parfois suffire.

#### Modalités d'organisation en équipe

1. Une équipe est composée d'au moins trois professionnels dont un médecin généraliste, qui se réunissent pour travailler ensemble autour d'un projet d'ETP. Pour cela, ils mobilisent des compétences complémentaires, se concertent régulièrement et choisissent des modalités d'organisation correspondant à des exigences décrites dans l'encadré 1.
2. Il peut s'agir d'une équipe travaillant déjà de façon coordonnée au niveau du territoire ou bien de professionnels qui se regroupent en « équipe d'action pour l'ETP » à l'occasion de la demande de financement. L'équipe s'engage alors dans une démarche qualité afin d'étendre cet exercice coordonné à d'autres domaines. Cette démarche peut être mise en œuvre dans le cadre du « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels » publié par la HAS (à paraître en 2014) à partir de ses déclinaisons opérationnelles : grille d'auto-évaluation, supports didactiques
3. Au moins un membre de l'équipe est formé à l'ETP et à sa coordination. Ses compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles, sont attestées par un justificatif de formation ou une expérience de plus de 2 ans rapportée par écrit. Cette « personne ressource » pour l'équipe est garante de la qualité de la démarche d'éducation thérapeutique

#### Modalités de réalisation de l'ETP

1. L'ETP porte sur les thèmes retenus dans le cadre de PAERPA et s'appuie sur le cadre référentiel publié par la HAS sur ces thèmes.
2. L'équipe délivre l'ETP selon les méthodes qui en conditionnent la qualité :
  - elle évalue les besoins de la personne (« bilan éducatif ») ;
  - elle décide des actions d'ETP et du ou des objectifs éducatifs de façon concertée ;
  - elle délivre l'ETP lors de sessions dédiées (en nombre estimé nécessaire) ou lors de temps dédiés au cours de consultations médicales ou de séances de soins successives ;
  - elle organise un suivi éducatif pouvant conduire à un renforcement ou à une reprise de l'ETP.
3. L'équipe adapte les méthodes d'ETP à la situation et aux capacités des personnes âgées à risque de dépendance.
4. L'équipe adresse à l'ARS un rapport annuel synthétique sur son activité d'ETP incluant le suivi d'indicateurs.

<sup>1</sup> Cf. note documentaire pour plus de précision.

<sup>2</sup> Annexe « Adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ».

### Encadré 1. Exigences relatives à l'organisation en équipe

#### 1) Exercice en équipe. L'équipe :

- tient régulièrement des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), au minimum sur l'ETP et sur les stratégies de prise en charge associées ;
- élabore et suit des protocoles pluriprofessionnels qui correspondent aux situations des PAERPA ;
- formalise une coordination avec les autres acteurs du territoire, notamment ceux qui peuvent apporter une aide à la mise en œuvre de l'ETP ou à la prise en charge des PAERPA : réseaux de santé, associations d'usagers, service hospitalier, filière gériatrique, ressources communautaires.

#### 2) Système d'information. L'équipe :

- identifie les patients nécessitant une intervention particulière, notamment la mise en œuvre d'une ETP dans le cadre du projet PAERPA ;
- analyse régulièrement sa pratique d'ETP avec quelques indicateurs pour améliorer le projet d'ETP. Au moins un de ces indicateurs fournit un retour d'information sur les effets attendus pour les patients<sup>3</sup>.

#### 3) Projet de santé. L'équipe :

- a formalisé un projet qui concerne au minimum les PAERPA ;
- désigne un (ou des) responsable(s) chargé(s) de la coordination du projet d'ETP et de sa mise en œuvre ;
- participe au moins tous les 2 ans à une formation à l'éducation thérapeutique fondée sur l'analyse en équipe des pratiques d'ETP afin de capitaliser sur l'expérience acquise et de conforter l'expertise de chacun.

#### 4) Implication des patients. L'équipe :

- évalue l'impact de l'ETP pour chaque patient et partage cette évaluation ;
- assure la traçabilité de l'ETP dans le PPS où sont inscrits les objectifs éducatifs, la ou les personnes chargées de délivrer l'ETP, le résultat attendu pour le patient, l'évaluation et le suivi de l'éducation.

### Encadré 2. Populations cibles des programmes d'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA

Haut risque de chutes	Polymédication	Dépression
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chutes répétées (au moins 2 chutes depuis 12 mois)</li> <li>• Ou une chute grave à l'origine d'une fracture, d'une blessure grave, d'une hospitalisation ou d'un temps prolongé au sol (1 heure)</li> <li>• Ou un antécédent de chute dans l'année et un « <i>Time up and Go test</i> » <math>\geq</math> 14 sec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq</math> 10 médicaments différents par jour</li> <li>• Ou 5 médicaments dont un AVK, un NACO ou diurétique</li> <li>• Ou un accident iatrogénique grave ayant conduit à une hospitalisation ou un passage à un service d'accueil d'urgences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépressions majeures, modérément sévères à sévères (selon le DSM-IV)</li> <li>• Ou dépressions avec antécédents de tentative de suicide</li> </ul>

<sup>3</sup> Exemples d'indicateurs disponibles dans « Outils 3 du guide pour l'évaluation quadriennale d'un programme d'ETP. HAS 2014 ; et indicateurs dans le champ de l'ETP. HAS 2014.

Encadré 3. Exemple de grille à remplir par l'équipe pour demander un financement de l'ETP à l'ARS dans le cadre de l'expérimentation PAERPA	OUI
<b>Thème d'ETP</b>	
Prévention des chutes	<input type="checkbox"/>
Réduction du risque iatrogène lié aux médicaments	<input type="checkbox"/>
Traitement de la dépression	<input type="checkbox"/>
<b>Modalités d'organisation en équipe pour délivrer l'ETP</b>	
L'équipe comprend au moins 3 professionnels dont un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
L'équipe est organisée et fonctionne selon les références précisées en encadré 1	<input type="checkbox"/>
Au moins un professionnel de l'équipe est formé à l'ETP	<input type="checkbox"/>
L'équipe s'engage dans une démarche qualité	<input type="checkbox"/>
<b>Modalités de réalisation de l'ETP</b>	
L'ETP est associée à d'autres interventions thérapeutiques, médicamenteuses ou non médicamenteuses, dirigées vers le même objectif	<input type="checkbox"/>
L'ETP est dirigé sur les populations cibles, définies dans le cahier des charges PAERPA	<input type="checkbox"/>
L'ETP est délivrée conformément au cadre référentiel publié par la HAS pour le thème retenu	<input type="checkbox"/>
Les étapes de la démarche selon les méthodes pédagogiques de référence sont respectées <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>
L'équipe adapte ces méthodes à la situation des PAERPA	<input type="checkbox"/>
L'équipe adresse à l'ARS un rapport annuel sur son activité d'ETP	<input type="checkbox"/>
Nombre de séances d'ETP prévues par patient (minimum 3 séances incluant au moins une séance d'évaluation et une séance de suivi, maximum 5 séances)	


<sup>4</sup> Cf. page précédente modalités de réalisation de l'ETP, point 2.

## Annexe. Adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

- Les personnes de 75 ans et plus, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social, ont souvent à gérer de manière concomitante plusieurs maladies et problèmes de santé ou symptômes chroniques comme la douleur, et à s'adapter à leurs conséquences sur la vie quotidienne.
- **Une éducation thérapeutique peut les aider à :**
  - comprendre et mettre en lien leurs problèmes de santé et les traitements ;
  - autogérer leurs traitements, prendre des médicaments et adapter les doses ;
  - réaliser des autosurveillances, reconnaître et prendre des décisions face à des signes d'alerte ;
  - apporter des changements au mode de vie (nutrition, activité physique) et les maintenir dans le temps ;
  - faire face à un épisode aigu ou une décompensation de la maladie chronique qui vient interférer avec sa gestion habituelle.
- **Un professionnel de santé, l'entourage ou un aidant professionnel peuvent sensibiliser ces personnes âgées en risque de perte d'autonomie à l'intérêt de l'ETP.**
- **La proposition d'une éducation thérapeutique et son acceptation par la personne, et le cas échéant par son entourage, est complémentaire et indissociable des traitements, des soins, du soulagement des symptômes. Elle nécessite au préalable :**
  - une optimisation des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses (bénéfice/risque de chaque prescription, substitution par une thérapeutique non médicamenteuse, simplification des prises, précision des modalités de surveillance et de recours en cas d'effets secondaires) ;
  - une attention portée aux souffrances, troubles psychiques (anxiété, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, idées suicidaires), vulnérabilités sociales ;
  - une hiérarchisation des objectifs thérapeutiques et des compétences à acquérir en recherchant un juste équilibre entre les priorités de la personne, celles des soignants et le maintien de la qualité de vie ;
  - une réévaluation de l'état de santé de la personne, des effets des thérapeutiques et de l'ETP.
- **La mise en œuvre d'une éducation thérapeutique concerne la personne elle-même et son entourage avec leur accord respectif.**
- **La démarche éducative s'appuie sur les étapes suivantes avec quelques points d'attention pour les personnes en risque de perte d'autonomie :**
  - une évaluation individuelle des besoins éducatifs aboutissant à formuler avec la personne les compétences à acquérir en tenant compte des connaissances de départ de la personne, du vécu et des représentations de la maladie, des symptômes et des traitements ;
    - *Chez la personne de 75 ans et plus, il est important de s'assurer de sa compréhension du lien entre son ou ses problèmes de santé et les thérapeutiques, et d'être attentif aux retentissements éventuels du vieillissement sur la compréhension, la lecture, la mémorisation, la concentration, la capacité à décider par soi-même, et à ses préférences en termes de modalités d'apprentissage.*
  - une priorisation des compétences d'autosoins et d'adaptation à acquérir négociées et acceptées par la personne, en particulier l'ordre dans lequel les compétences vont être développées ;
    - *Chez la personne de 75 ans et plus, un ajustement des contenus des séances d'éducation est nécessaire pour aller à l'essentiel lorsque la personne doit gérer plusieurs maladies ou problèmes de santé et respecter le rythme d'apprentissage de la personne.*
  - Un choix de ressources éducatives qui favorisent l'implication de la personne, facilitent ses apprentissages, notamment en cas de troubles sensoriels insuffisamment compensés et de difficultés cognitives ;
    - *Chez la personne de 75 ans et plus, quelques adaptations peuvent être conseillées (tableau 1).*
  - un format d'éducation thérapeutique adapté aux préférences de la personne en tenant compte des ressources locales ;



Annexe 11 : PPS numéro 1



**Groupement de Coopération Sanitaire**  
« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »  
3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX  
☎ 02 31 51 13 04 - ☎ 02 31 92 87 35  
✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

### Synthèse de Staff PAERPA

Date : 01/06/2018

#### INFORMATION SUR LE PATIENT

Motif de la demande initiale :  
Evaluation sociale demandée étant donné les conditions de vie et de ressources de Mme.

Demandeur : Service APA Bessin

Nom – Prénom du patient :

Date de naissance : 1935

Vit seul : veuve depuis 2013, vit seule. A eu 4 enfants dont 2 décédés

Type de logement : Maison située dans la campagne de , assez isolée, insalubre. Mme est propriétaire mais peu de ressources pour travaux.

#### INTERVENANTS A DOMICILE :

Professionnels de santé : Dr , généraliste  
Pharmacie


Services à domicile : ADMR

Aidants familiaux : ses 2 filles mais l'aidante principale,

#### SYNTHESE GLOBALE

Risque iatrogénique : non, connaît bien son traitement : bonne observance

Risque de dénutrition : patiente obèse mais poids stable depuis quelques années à 86 kg, 1.60 m : IMC à 33.5  
Sait qu'elle doit limiter le sel/cœur mais difficile. Néanmoins depuis quelques temps, ne met plus de sel dans l'eau de cuisson et pas de rajout dans l'assiette. Par contre, consomme régulièrement charcuterie, fromage.....  
A essayé le portage de repas récemment mais arrêté car ne lui convient pas. Sa fille a repris le travail donc ne vient plus pour le repas du midi mais continue à gérer les courses.



Groupement de Coopération Sanitaire «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z

1



### Groupement de Coopération Sanitaire

« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »

3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX

☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35

✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

#### Risque de chute :

Problème de mobilité, lié à son poids et douleurs articulaires (arthrose) : se déplace avec 1 canne anglaise. Ne veut pas de déambulateur. Marche lentement car vite essoufflée à l'effort.

#### Troubles cognitifs/de l'humeur :

Moral assez fluctuant-décès de son fils encore très présent : a besoin d'en parler et très émue à son évocation.

Pas de troubles mnésiques importants : dame bien orientée dans le temps et l'espace, bien cohérente et adaptée. MMS à 26/30

A pris la décision de ne plus conduire au décès de son fils.

Isolement géographique/social/familial : Isolement géographique, mais présence quasiment quotidienne de sa fille.

Epuisement de l'aidant : l'aidant principale passe voir sa mère tous les jours en soirée et gère en même temps ses propres animaux (bassecour).  
Gère également les papiers.

Logement inadapté : Mme vit au rez-de-chaussée car ne peut plus monter à l'étage. Salle de bain condamnée. Mme fait sa toilette à l'évier de la cuisine. WC en bas et a une chaise pot dans la chambre pour la nuit.

Autre : Risque de décompensation cardiaque/valvulopathie sévère sachant qu'elle n'a pas été réévaluée par son cardiologue depuis 2014. Traitement actuel : Valsartan 160 mg 1/jr.  
S'essouffle rapidement à l'effort (marche), lié à sa valvulopathie et à son obésité.

#### Social :

Maintien à domicile : Madame bénéficie d'une aide financière APA pour une aide à la toilette deux fois par semaine et d'une aide-ménagère 2h par semaine. Madame n'utilise pas la totalité de son plan d'aide car trop onéreux.

Accès aux droits : Madame a de faibles ressources et un budget déséquilibré du fait du problème d'isolation dans sa maison. Une évaluation sociale sera faite pour permettre à Madame de revoir son budget, de repenser son hébergement, et d'accéder à différents droits sociaux non demandés.

Accès aux soins : Madame n'était plus suivie pour ses problèmes cardiaques depuis plusieurs années. La nécessité de l'aider à reprendre le parcours de soins est essentielle.

### PROPOSITIONS D'ACTIONS :

#### Objectifs :

- Prévenir le risque de décompensation cardiaque
- Prévenir le risque de chute
- Favoriser le maintien à domicile

Groupement de Coopération Sanitaire «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z



### Groupement de Coopération Sanitaire

« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »

3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX

☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35

✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

*Actions :*

- Action éducative/signes d'alerte (OMI-poids-majoration de la Dyspnée) et la conduite à tenir
- Sensibilisation à une alimentation contrôlée en sel. Vu avec Mme les aliments très riches en sel à limiter ;
- Intérêt du suivi par le cardiologue abordé après avis auprès du Dr : Mme est d'accord.
- Maintenir un chaussant adapté - Conseil pour un déambulateur (en réflexion) - Conseil d'enlever les serpillères à l'entrée, à remplacer par un paillason antidérapant.
- Voir pour téléalarme (en réflexion)
- Evaluation sociale pour rééquilibre du budget de Madame et accès aux droits

**Il est entendu que ces informations resteront confidentielles, chacun des professionnels étant soumis à l'obligation du respect du secret professionnel.**

Groupement de Coopération Sanitaire «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTE

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTE		Date du PPS :		Nom	
		05/06/2018		Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS				Pharmacie	
Nom du Médecin traitant		Dr		Noms des autres professionnels de santé	
Nom du référent PPS					
Préférences de la personne		Priorités de la personne		Maintien à domicile	

PLAN de SOINS

Pts classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : Décembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque de chute	Prescription Kiné pour améliorer la force musculaire, la souplesse, l'équilibre ? Aider à faire cheminer Mme pour utilisation de son déambulateur	MEDECIN KINE	Limiter les chutes	
	Prévenir le risque de décompensation cardiaque	Action éducative ciblée Reprise suivi cardiologique ?	IDE Perpa MEDECIN	Limiter les décompensations cardiaques	

3/4

PLAN D'AIDES

Pts classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : Décembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Favoriser le maintien à domicile	Évaluation sociale et aide à la réflexion quant à l'hébergement	AS CTA	Conditions de logement salubres	
	Rééquilibrer le budget	Demande d'aides financières et accès aux droits	AS CTA	Accès aux droits	

Adhésion de la personne au PPS :  Oui  Non

Réunion de concertation et de réflexion :  
 CCP date :  
 Staff date :  
 RCP date :


Commentaires :

Clôture PPS : Date :  
 Réalisation des objectifs  Déménagement / Entrée en établissement  Décès  Nouveau PPS

4/4



Annexe 12 : PPS numéro 2



**Parcours Santé  
des aînés**  
DES AÎNÉS COORDONNÉS POUR  
UNE ALTERNANCE PRESOIN

**Groupement de Coopération Sanitaire**  
« *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage* »  
3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX  
☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35  
✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

**Synthèse de Staff PAERPA**

Date : 30/05/2018

**INFORMATION SUR LE PATIENT**

Motif de la demande  
Evaluation globale chez patiente aux lourds antécédents médicaux avec 2 hospitalisations rapprochées en 2018 et suivies prise en charge au SSR du 14 au 19/04/2018. Maintien à domicile devenant compliqué avec un couple acceptant difficilement les aides et des enfants aidants démunis.

Demandeur : IDE Service APA

Nom -- Prénom du patient :

Date de naissance : 1930

Vit seul : vit avec son mari, autonome mais âgé. Retraitée, était agricultrice avec son mari.

Type de logement : ancienne ferme, isolée dans la campagne : grande maison à 1 étage ; Cour-dépendances.

**INTERVENANTS A DOMICILE :**

Professionnels de santé : Dr Rivière, généraliste  
Dr Boittin, cardiologue  
Dr Guillaus, pneumologue


Services à domicile : aide-ménagère en CESU, 4h/semaine

Aidants familiaux : Le mari, autonome mais âgé-  
3 fils aidants, bienveillants : aidant principal : Mr

**SYNTHESE GLOBALE**

Risque iatrogénique : non, Mme prépare ses médicaments : bonne observance

Risque de dénutrition : à surveiller : poids à 52 kg, 1.50 m : IMC à 23



Groupement de Coopération Sanitaire «*Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage*»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z

1



### Groupe de Coopération Sanitaire

« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »

3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX

☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35

✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

Régime contrôlé en sel difficile à accepter au départ (inappétence) et à suivre en pratique ; Depuis sortie hôpital, Mme semble plus compliant/sans sel. Elle fait 3 repas par jour : alimentation bien équilibrée.

Prescription complément alimentaire à la sortie du SSR, pas renouvelée à ce jour.

Attention épisode de diarrhée depuis quelques jours : rappel antécédent récent de colite à clostridium difficile, prescription antibiothérapie par médecin débutée le 10/06/18, en cours.

Mr conduit encore jusqu'à [ ] et gère les courses en fonction de la liste effectuée par Mme. Le couple fait la cuisine.

#### Risque de chute :

Mme a des difficultés de mobilité à cause genou droit (prothèse retirée suite à une infection) : jambe droite raide. De ce fait, se déplace avec un déambulateur muni d'une assise. A un chaussant adapté. Pas de chute depuis 1 an.

#### Troubles cognitifs/de l'humeur :

Moral fluctuant : prescription récente de Paroxétine par le médecin traitant mais traitement arrêté car intolérance (diarrhée).

Sur le plan cognitif : comportement adapté, patiente cohérente, bien orientée dans le temps et l'espace- MMS à 25/30.

Isolement géographique/social/familial : non, enfants très présents mais ferme assez isolée dans la campagne. Pas de voisinage proche.

Epuisement de l'aidant : oui, mari fatigué-enfants démunis/refus d'aide des parents jusqu'à maintenant.

#### Besoin d'aide :

Plan d'aide actuel suffisant pour le ménage (4h aide au ménage/CESU) mais pas d'aide pour la toilette de Mme. Actuellement, c'est le mari qui aide son épouse pour la toilette, habillage et chaussette de contention

IDE APA sollicitée pour révision fin juin.

#### Logement inadapté :

Le couple ne monte plus à l'étage, s'est installé au rez-de-chaussée en convertissant la salle à manger en chambre (lit non médicalisé-chaise garde-robe). Salle de bain fonctionnelle, spacieuse avec douche (munie de rampe d'appui et chaise) et baignoire, WC avec rampe d'appui. Par contre, cuisinière à bois, sert également de chauffage d'où danger avec l'oxygénothérapie. Mauvaise isolation thermique/fenêtres.

Pour l'instant, le couple souhaite rester à leur domicile : les enfants respectent ce choix si un aménagement de l'habitat est effectué.

#### Autre :

Risque de décompensation cardiorespiratoire : lié à l'évolution de la maladie. Mme est sous oxygénothérapie en permanence.



### Groupement de Coopération Sanitaire

« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »

3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX

☎ 02 31 51 13 04 - ☎ 02 31 92 87 35

✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

#### PROPOSITIONS D'ACTIONS :

##### Objectifs :

- Prévenir le risque de dénutrition
- Prévenir le risque de décompensation cardiaque
- Prévenir l'épuisement des aidants (mari et fils)
- Prévenir le risque de troubles de l'humeur

##### Actions :

- Action éducative/ signes d'alerte (prise de poids-OMI-essoufflement) et conduite à tenir.
- Poids à surveiller 2 fois par semaine.
- Revu sens du régime sans sel et comment faire en pratique
- Surveiller les troubles de l'humeur et leur évolution.
- Faire cheminer le couple pour acceptation des aides : aide à la toilette et habillage pour Mme et acceptation travaux d'aménagement habitat (changement fenêtres et mode de chauffage) et aides techniques-Conseils donnés sur la possibilité du portage de repas si cela devenait compliqué.
- Demande révision APA pour optimiser les aides

**Il est entendu que ces informations resteront confidentielles, chacun des professionnels étant soumis à l'obligation du respect du secret professionnel.**



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Besoin-Présoins»



HAS  
HAUTE-NORMANDIE DE SANTÉ

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ		Date du PPS :	04/07/2018	Nom	
				Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS		Noms des autres professionnels de santé		Pharmacie	
Nom du Médecin traitant	Dr				
Nom du référent PPS	Dr				
Préférences de la personne		Priorités de la personne		Maintien à domicile	

PLAN de SOINS					
Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : décembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque de dénutrition	Action éducative/ alimentation contrôlée en sel Surveillance du poids Prescription complément alimentaire	IDE PAERPA MEDECIN	Alimentation régulière Stabilité du poids	
	Prévenir le risque de chute	En veille Envisager la mise en place d'un lit médicalisé à moyen terme	FAMILLE MEDECIN PHARMACIEN	Pas de chute	
	Prévenir le risque de troubles de l'humeur	Veille sur l'évolution de son humeur	MEDECIN	Stabilité de l'humeur	

3/4



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Besoin-Présoins»



HAS  
HAUTE-NORMANDIE DE SANTÉ

	Risque de décompensation cardiaque et respiratoire. Sécuriser la personne par rapport à l'oxygénothérapie	Action éducative / signes d'alerte et conduite à tenir Adaptation de l'environnement par rapport aux risques liés à l'oxygénothérapie : changement de la cuisinière, du mode de chauffage avec isolation fenêtres et portes. Proposition d'un système de sécurisation	IDE PAERPA FAMILLE PHARMACIEN	Pas de décompensation cardiaque	
--	--	---	-------------------------------------	---------------------------------	--

PLAN D'AIDES					
Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : septembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque d'épuisement de l'aidant (mari et enfants)	Faire cheminer le couple quant à l'acceptation des aides à la personne Demande révision dossier APA	IDE PAERPA Aidants SERVICE APA	Mise en place des aides	

Adhésion de la personne au PPS :  Oui  Non



Réunion de concertation et de réflexion :  CCP date : 04/07/2018  
 Staff date : 22/05/2018 et 03/07/2018  
 RCP date :

Commentaires :


Clôture PPS : Date :  Réalisation des objectifs  Déménagement / Entrée en établissement  Décès  Nouveau PPS

4/4

Annexe 13 : PPS numéro 3

GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE**

Régulateur de l'appel : FH Date d'appel : Le 12/01/2018

**Origine de la demande :**

<input type="checkbox"/> MT direct	<input type="checkbox"/> CCAS	<input type="checkbox"/> Patient adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> SPIP
<input type="checkbox"/> Médecin spéc	<input type="checkbox"/> CD 14	<input type="checkbox"/> Proche adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> Justice
<input type="checkbox"/> CH	<input checked="" type="checkbox"/> CLIC		<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Patient direct		
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Proche direct		

**La Personne et ses contacts utiles :**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne ressource : \_\_\_\_\_ (sa fille)

Médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_

**Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :**

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Infirmier	<input checked="" type="checkbox"/> Pharmacien
			<input type="checkbox"/> Autre :	

**Motif initial de la demande :**

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Accès aux droits	<input type="checkbox"/> PEC fin de vie
<input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie	<input type="checkbox"/> Accompagnement
<input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS	<input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants	<input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure
<input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux		<input type="checkbox"/> Evaluation globale

**Circonstance de l'intervention :**  en urgence  en semi urgence  anticipée

**Orientation directe :**  Non  Oui Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS**

La personne	oui	non	?
A-t-elle une pathologie non stabilisée ?			
A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?			
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?			
A-t-elle une restriction de ses déplacements ?			
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes	oui	non	?
La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ?			
Si oui, accepte-t-elle ?			

**Parcours envisagé :**  Périnatalité – Parentalité  Maladies Chroniques  Maladies graves évolutives  
 Handicap  Gérontologie

**Nécessite un complément d'évaluation :**  Non  Oui Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

1/4



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébochage»



PERSONNES RELEVANT D'UN PARCOURS (PPS) COMPLEXE

Date début évaluation :

Types de complexité		Précisions de la complexité	
<input type="checkbox"/>	① PROBLEMES SANITAIRES	<input type="checkbox"/> Patients atteints d'une pathologie sévère <input type="checkbox"/> Polypathologie (présence chez un même patient d'au moins 3 pathologies chroniques) <input type="checkbox"/> En perte d'autonomie	<input type="checkbox"/> Multiplicité des intervenants <input type="checkbox"/> Situation de handicap <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	② INCAPACITE A GERER SON PARCOURS	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Troubles addictifs <input type="checkbox"/> Déficience mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	③ ISOLEMENT, DEFAUT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	<input type="checkbox"/> Vivant seul <input type="checkbox"/> Sans soutien social ni familial	<input type="checkbox"/> Avec aidants épuisés <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	④ DIFFICULTES SOCIO-ECONOMIQUES	<input type="checkbox"/> Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, ...) <input type="checkbox"/> Ayant des difficultés économiques (faibles ressources, ...) <input type="checkbox"/> Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, ...) <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance <input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/>	⑤ PROBLEMATIQUES LIEES AU RECOURS AUX SOINS	<input type="checkbox"/> Difficultés de l'équipe de santé primaire et/ou sociale <input type="checkbox"/> Passages nombreux aux urgences	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Validation de Sit.Compl :  oui  non

Pathologie :  Pathologie somatique aiguë  
 Pathologie chronique  
 Pathologie non stabilisée  
 Pathologie psychiatrique  
 Pathologie gravement évolutive  
 Addictions

Nécessite une concertation en staff pour élaborer le PPS :  Oui  Non

Staff concerné : menu déroulant à créer

Nécessite un appui de coordination pour la mise en œuvre de son PPS :  Oui  Non

Dispositif d'appui de coordination envisagé : Composante : (menu déroulant à créer)  
 Partenaire : (menu déroulant à créer)

GCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Besoin-Preboitage»

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

PLAN PERSONNALISE DE SANTE		Date du PPS : 16/03/2018		Nom	
				Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS		Noms des autres professionnels de santé		Pharmacien :	
Nom du Médecin traitant	Dr				
Nom du référent PPS					
Préférences de la personne	Rester chez eux		Priorités de la personne		

PLAN de SOINS					
Pl classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : septembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque iatrogénique (traitement AVK et diurétique)	Préparation et distribution des traitements sécurisés Action éducative ciblée	Aidante IDE CTA	Absence de complications iatrogéniques	
	Prévenir le risque de décompensation cardiaque	Poursuivre une alimentation contrôlée en sel	Aidante	Limitation du risque de décompensation cardiaque	

3/4

GCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Besoin-Preboitage»

**PLAN D'AIDES**

Pl classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : septembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir l'épuisement de l'aidant	Accompagnement à l'acceptation des aides et mise en place	AS CTA	Mise en place d'un plan d'aide	
	Prévenir le risque de chute	Evaluation et conseils pour aménagement de la salle de bain Adaptation des aides techniques Evaluation des besoins de séances de kiné	Ergo ANAH ou CTA Ergo ANAH ou CTA Kinésithérapeute	Aménagement mis en place	

Adhésion de la personne au PPS :     Oui     Non

Réunion de concertation et de réflexion :     CCP    date :  
 Staff    date :  
 RCP    date :

Commentaires :

Clôture PPS :    Date :  
 Réalisation des objectifs     Déménagement / Entrée en établissement     Décès     Nouveau PPS

4/4

Annexe 14 : Révision du PPS numéro 3

ars GCS « ACCOMPAGNER ET SOIGNER Ensemble dans le Bessin-Prébocage » HAS MAIRIE ADJOINTE DE SARTIL

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

PLAN PERSONNALISE DE SANTE		Date du PPS : 16/03/2018 Révisé le 09/07/2019		Nom	
				Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS		Noms des autres professionnels de santé		Pharmacien : M et Mme MORICE	
Nom du Médecin traitant	Dr VARANGOT				
Nom du référent PPS		Priorités de la personne			
Préférences de la personne	Rester chez eux				

**PLAN de SOINS**

Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan révision Date : 09/07/2019 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévention du risque iatrogénique (traitement AVK et diurétique)	Préparer et distribuer les traitements sécurisés Organiser une action éducative ciblée	Aidante IDE CTA	Absence de complications iatrogéniques	Pas d'accident iatrogénique
	Prévention du risque de décompensation cardiaque	Poursuivre une alimentation contrôlée en sel	Aidante	Limitation du risque de décompensation cardiaque	Pas de réhospitalisation

**PLAN D'AIDES**

Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan révision Date : 09/07/2019 Atteinte des résultats et commentaires
--	--------------------	------------------------------	--------------	-----------------------------------	---

2/4

ars GCS « Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin-Prébocage » HAS MAIRIE ADJOINTE DE SARTIL

	Prévenir l'épuisement de l'aidant	Accompagnement à l'acceptation des aides et à leur mise en place Mise à disposition d'un hébergement temporaire possible avec nécessité de réévaluer le plan d'aide APA le cas échéant Inscription de précaution Via Trajectoire en hébergement temporaire voire définitif	AS CTA  AS CTA	Mise en place d'un plan d'aide  Possibilité d'accueil en hébergement temporaire, voire définitif	Réalisé mi 2018  Démarches réalisées par VIA TRAJECTOIRE
	Prévenir le risque de chute	Evaluation et conseils pour aménagement de la salle de bain Adapter les aides techniques Evaluer les besoins de séances de kiné Mettre en place la téléalarme	Ergo ANAH ou CTA Ergo ANAH ou CTA  Kinésithérapeute	Aménagement mis en place	Aménagement mis en place Evaluation ergo faite en juin 2018 Séances de kiné ok A vérifier (problème réseau)

Adhésion de la personne au PPS :  Oui  Non



Réunion de concertation et de réflexion :  CCP date :  Staff date : 09/07/2019  RCP date :

Commentaires :


Clôture PPS : Date :  Réalisation des objectifs  Déménagement / Entrée en établissement  Décès  Nouveau PPS



Annexe 15 : PPS numéro 4

GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Préboitage»



HAS  
HAUT AUTOMNE DE SANTE

---

**ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE**

**Régulateur de l'appel :** \_\_\_\_\_ **Date d'appel :** \_\_\_\_\_

**Origine de la demande :**

<input checked="" type="checkbox"/> MT direct	<input type="checkbox"/> CCAS	<input type="checkbox"/> Patient adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> SPIP
<input type="checkbox"/> Médecin spéc	<input type="checkbox"/> CD 14	<input type="checkbox"/> Proche adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> Justice
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CLIC		<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Patient direct		
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Proche direct		

**La Personne et ses contacts utiles :**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne ressource : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_

**Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :**  Infirmier  Pharmacien

SAD  SSIAD  HAD  Autre : \_\_\_\_\_

**Motif initial de la demande :**

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Accès aux droits	<input type="checkbox"/> PEC fin de vie
<input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie	<input type="checkbox"/> Accompagnement
<input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS	<input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenant	<input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure
<input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux		<input type="checkbox"/> Evaluation globale

**Circonstance de l'intervention :**  en urgence  en semi urgence  anticipée

**Orientation directe :**  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

---

**PERSONNES POUVANT BENEFICIER D'UN PPS**

La personne	oui	non	?
A-t-elle une pathologie non stabilisée ?	X		
A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?	X		
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?		X	
A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?		X	
A-t-elle une restriction de ses déplacements ?	X		
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?	X		
A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?	X		
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?		X	

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes	oui	non	?
La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ?	X		
Si oui, accepte-t-elle ?	X		

**Parcours envisagé :**  Périnatalité – Parentalité  Maladies Chroniques  Maladies graves évolutives

Handicap  Gériatrie

**Nécessite un complément d'évaluation :**  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

1/4



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



PERSONNES RELEVANT D'UN PARCOURS (PPS) COMPLEXE

Date début évaluation :

Types de complexité		Précisions de la complexité	
<input type="checkbox"/>	① PROBLEMES SANITAIRES	<input type="checkbox"/> Patients atteints d'une pathologie sévère <input type="checkbox"/> Polypathologie (présence chez un même patient d'au moins 3 pathologies chroniques) <input type="checkbox"/> En perte d'autonomie	<input type="checkbox"/> Multiplicité des intervenants <input type="checkbox"/> Situation de handicap <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	② INCAPACITE A GERER SON PARCOURS	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Troubles addictifs <input type="checkbox"/> Déficience mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	③ ISOLEMENT, DEF AUT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	<input type="checkbox"/> Vivant seul <input type="checkbox"/> Sans soutien social ni familial	<input type="checkbox"/> Avec aidants épuisés <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	④ DIFFICULTES SOCIO-ECONOMIQUES	<input type="checkbox"/> Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, ...) <input type="checkbox"/> Ayant des difficultés économiques (faibles ressources, ...) <input type="checkbox"/> Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, ...) <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance <input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/>	⑤ PROBLEMATIQUES LIEES AU RECOURS AUX SOINS	<input type="checkbox"/> Difficultés de l'équipe de santé primaire et/ou sociale <input type="checkbox"/> Passages nombreux aux urgences	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Validation de Sit.Compl :  oui  non

Pathologie :




- Pathologie somatique aigüe
- Pathologie chronique
- Pathologie non stabilisée
- Pathologie psychiatrique
- Pathologie gravement évolutive
- Addictions

Nécessite une concertation en staff pour élaborer le PPS :  Oui  Non

Staff concerné : menu déroulant à créer

Nécessite un appui de coordination pour la mise en œuvre de son PPS :  Oui  Non

Dispositif d'appui de coordination envisagé : Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)



 GCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Besoin-Présoigné»
 

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**




<b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b>		Date du PPS :		Nom	
		Le 20/12/2017		Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS			Noms des autres professionnels de santé		
Nom du Médecin traitant	Dr				
	Nom du référent PPS				
Préférences de la personne			Priorités de la personne		

PLAN de SOINS					
Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : Juin 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Sécuriser la prise des traitements	- Passage hebdomadaire IDEL pour préparation d'un pilulier - surveillance INR et adaptation des traitements en fonction des résultats	IDEL	Prise des traitements	

3/4



 GCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Besoin-Présoigné»
 

**PLAN D'AIDES**

Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : Juin 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque de chute	Evaluation ergo à domicile pour préconisations d'adaptation et de mise en place d'aides techniques	Ergo CTA	Absence de chutes dans les 6 mois suivant	
	Eviter la rupture du maintien à domicile	Veille sociale auprès de l'aidant si besoin de soutien à domicile	AS CTA	Maintien au domicile	

Adhésion de la personne au PPS :     Oui     Non

Réunion de concertation et de réflexion :     CCP    date : le 20/12/2017  
 Staff    date :  
 RCP    date :

Commentaires :

Clôture PPS :    Date :

Réalisation des objectifs     Déménagement / Entrée en établissement     Décès     Nouveau PPS

5/4



Annexe 16 : PPS numéro 5



**Groupement de Coopération Sanitaire**  
« *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage* »  
3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX  
☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35  
✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

**Synthèse de Staff PAERPA**

Date : ⇒ VAD et staff le 17 avril 2018

**INFORMATION SUR LE PATIENT**

Motif de la demande : Maintien à domicile ré-évalué, suite à une chute avec entorse de cheville nécessitant immobilisation par orthèse

Demandeur : Pharmacienne

Nom – Prénom du patient :

Date de naissance : 1925

Vit seul : célibataire

Type de logement : en foyer résidence

**INTERVENANTS A DOMICILE :**

Professionnels de santé : Cabinet d'IDEL du PSLA d'Isigny

Services à domicile : ADMR

**SYNTHESE GLOBALE**

Risque iatrogénique : dispensation des médicaments par une infirmière chaque jour.

Risque de dénutrition : alimentation peu équilibrée ; carencée ?

Risque de chute : plusieurs chutes sur une année. A un déambulateur mais ne n'utilise pas dans son appartement. Se déplace sans appui.

Troubles cognitifs/de l'humeur : troubles de la mémoire nécessitant une évaluation.

Isolement géographique/social/familial : bien entourée par son neveu et sa femme, qui l'aide dans la gestion de ses comptes, courses, linge.

Groupement de Coopération Sanitaire «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z

1



### Groupement de Coopération Sanitaire

« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage »

3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX

☎ 02 31 51 13 04 - 📠 02 31 92 87 35

✉ [guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr](mailto:guichet.unique@reseau-sante-bessin.fr)

#### Maintien à domicile :

Mme a déménagé il y a un an au sein de la résidence autonomie d' et me dit en être très satisfaite.

Mme bénéficie aujourd'hui d'1h30 d'aide-ménagère et 30 min d'aide à la toilette par semaine via l'ADMR en prestataire, avec un financement APA.

Désormais, ses besoins ont évolué, elle exprime avoir besoin d'une aide plus régulière pour la toilette et notamment pour faire ses courses. Cette tâche était assurée par la nièce qui aujourd'hui n'est plus en capacité de le faire régulièrement.

Mme ne peut pas sortir seule à l'extérieur, elle a besoin d'être accompagnée car se perdrait seule, d'après sa nièce.

Il est donc nécessaire de pouvoir effectuer une demande de révision du plan d'aide APA.

Logement inadapté : logement encombré. Ne peut sortir seule car voies d'accès non stabilisées.

#### PROPOSITIONS D'ACTIONS :

##### Objectifs :

- Prévenir la récurrence de chute
- Prévenir le risque de dénutrition
- Favoriser le maintien dans le foyer résidence
- Prévenir l'iatrogénie
- Troubles cognitifs, plaintes mnésiques

##### Actions :

- Consultation mémoire
- Inciter à participer aux ateliers mémoire organisés dans le cadre du foyer résidence
- Effectuer une demande de révision du plan d'aide APA afin de revoir les besoins
- Représenter le contour des missions des aides à domicile (hygiène corporelle, sanitaire (réfrigérateur))
- Revoir avec son Médecin traitant l'intérêt de séances de kinésithérapie (en particulier pour la prévention des chutes, travail de l'équilibre)
- Adapter le chaussant avec prescription de chaussons thérapeutiques
- Participer aux ateliers d'activité physique adaptée organisés par Siel Bleu dans l'enceinte du foyer (atelier équilibre)
- Maintien du passage de l'IDE pour dispensation des médicaments.

**Il est entendu que ces informations resteront confidentielles, chacun des professionnels étant soumis à l'obligation du respect du secret professionnel.**

Groupement de Coopération Sanitaire «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-Bocage»  
SIRET : 499 282 572 00019 - APE : 8610Z

PLAN PERSONNALISE DE SANTE

PLAN PERSONNALISE DE SANTE		Date du PPS :		Nom	
		29/03/2018		Prénom	
				Date de naissance	
Numéro PPS		Noms des autres professionnels de santé		Cabinet	
Nom du Médecin traitant Dr				Pharmacie	
Nom du référent PPS M.					
Préférences de la personne		Priorités de la personne		Maintien à domicile	

PLAN de SOINS					
Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : septembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir le risque de chute	Revoir aménagement du domicile  Rééducation à la marche Utilisation d'un déambulateur	Ergothérapeute  Kiné	Absence de chutes et de consultations aux urgences Déambulateur + chaussons fermés	12 mois
	Prévenir la iatrogénie	Dispense quotidienne des médicaments à domicile + mise de l'orthèse et des bas de contention	Infirmier	Absence de complication et d'hospitalisation	12 mois

3/4

PLAN D'AIDES

Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : septembre 2018 Atteinte des résultats et commentaires
	Evaluation des troubles cognitifs	Bilan neuropsychy + consultation mémoire Mesure de protection des biens	Gériatre Assistante sociale	Prise en charge adaptée à sa pathologie	12 mois
	Assurer l'hygiène corporelle	Révision APA	Auxiliaire de vie Assistante sociale	Intégrité physique préservée	12 mois

Adhésion de la personne au PPS :  Oui  Non

Réunion de concertation et de réflexion :  CCP date :  
 Staff date :  
 RCP date :

Commentaires : Patiente, veuve, sans enfant, dont la principale aidante une nièce (Mme Rauline, 06.24.08.77.43) est parfois dépassée. Intérêt de faire intervenir Mme Marie (majoration aide + mesure de protection des biens) et l'ergothérapeute (foyer logement mais aménagement du domicile peu fonctionnel)

Cloûture PPS : Date :  
 Réalisation des objectifs  Déménagement / Entrée en établissement  Décès  Nouveau PPS

4/4

Annexe 17 : PPS numéro 6

**ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE**

Régulateur de l'appel : \_\_\_\_\_ Date d'appel : \_\_\_\_\_

Origine de la demande :

<input type="checkbox"/> MT direct	<input type="checkbox"/> CCAS	<input type="checkbox"/> Patient adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> SPIP
<input type="checkbox"/> Médecin spéc	<input type="checkbox"/> CD 14	<input type="checkbox"/> Proche adressé par autre professionnel	<input type="checkbox"/> Justice
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CLIC		<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Patient direct		
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Proche direct		

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : 1930

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne ressource : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Dr. \_\_\_\_\_

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :  Infirmier  Pharmacien

SAD  SSIAD  HAD  Autre : \_\_\_\_\_

Motif initial de la demande :

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Accès aux droits	<input type="checkbox"/> PEC fin de vie
<input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie	<input type="checkbox"/> Accompagnement
<input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS	<input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants	<input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure
<input type="checkbox"/> Accès/org* à des serv. médico-sociaux		<input type="checkbox"/> Evaluation globale

Circonstance de l'intervention :  en urgence  en semi urgence  anticipée

Orientation directe :  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PERSONNES POUVANT BENEFICIER D'UN PPS**

La personne	oui	non	?
A-t-elle une pathologie non stabilisée ?	X		
A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?	X		
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?	X		
A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?		X	
A-t-elle une restriction de ses déplacements ?	X		
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?		X	
A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?		X	
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?		X	

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes	oui	non	?
La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ?			
Si oui, accepte-t-elle ?			

Parcours envisagé :  Périnatalité – Parentalité  Maladies Chroniques  Maladies graves évolutives

Handicap  Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :  Non  Oui

Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)

1/4

PERSONNES RELEVANT D'UN PARCOURS (PPS) COMPLEXE

Date début évaluation :

Types de complexité		Précisions de la complexité	
<input type="checkbox"/>	① PROBLEMES SANITAIRES	<input type="checkbox"/> Patients atteints d'une pathologie sévère <input type="checkbox"/> Polypathologie (présence chez un même patient d'au moins 3 pathologies chroniques) <input type="checkbox"/> En perte d'autonomie	<input type="checkbox"/> Multiplicité des intervenants <input type="checkbox"/> Situation de handicap <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	② INCAPACITE A GERER SON PARCOURS	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Troubles addictifs <input type="checkbox"/> Déficience mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	③ ISOLEMENT, DEFAT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	<input type="checkbox"/> Vivant seul <input type="checkbox"/> Sans soutien social ni familial	<input type="checkbox"/> Avec aidants épuisés <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	④ DIFFICULTES SOCIO-ECONOMIQUES	<input type="checkbox"/> Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, ...) <input type="checkbox"/> Ayant des difficultés économiques (faibles ressources, ...) <input type="checkbox"/> Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, ...) <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/>	⑤ PROBLEMATIQUES LIEES AU RECOURS AUX SOINS	<input type="checkbox"/> Difficultés de l'équipe de santé primaire et/ou sociale <input type="checkbox"/> Passages nombreux aux urgences	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Validation de Sit.Compl :  oui  non

Pathologie :

- Pathologie somatique aiguë
- Pathologie chronique
- Pathologie non stabilisée
- Pathologie psychiatrique
- Pathologie gravement évolutive
- Addictions




Nécessite une concertation en staff pour élaborer le PPS :  Oui  Non

Staff concerné : menu déroulant à créer

Nécessite un appui de coordination pour la mise en œuvre de son PPS :  Oui  Non

Dispositif d'appui de coordination envisagé : Composante : (menu déroulant à créer)  
Partenaire : (menu déroulant à créer)



  <span>CCS «Accompagner et Soigner Ensemble dans le Besoin-Partage»</span> 					
PLAN PERSONNALISE DE SANTE					
PLAN PERSONNALISE DE SANTE			Date du PPS :	12/02/2018	
			Nom		
			Prénom		
Nom du Médecin traitant	Dr.	Noms des autres professionnels de santé	Date de naissance	1930	IDE
Nom du référent PPS	Pharmacien			Pharmacien	
Préférences de la personne		Priorités de la personne			Maintien à domicile
PLAN de SOINS					
Pl classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan étape Date : Atteinte des résultats et commentaires
	Prévenir la iatrogénie	Bilan d'information sur les AVK	Pharmacien	INR dans la cible et sécuriser la prise des traitements	12 mois
	Prévention des chutes	Rééducation à a marche Appareillage du patient	Kiné Pharmacien	Pas de chutes	12 mois
	Prévention des chutes	Initiation à la téléassistance	Pharmacien	Port de la téléassistance quotidien	12 mois

3/4



Annexe 18: Fiches de recueil d'informations pour les bilans partagés de médication

Nom : Date :  
Prénom :  
Age :  
Poids :  
Adresse :  
Médecin traitant :

**Fiche de recueil des informations (1/4) : le patient**

Questions	Réponses
<b>Ses habitudes de vie :</b>	Vivez-vous seul(e) à votre domicile, accompagné(e) ou en institution ?
	Quelqu'un vous aide-t-il au quotidien ? Si oui qui ?
	Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand)?
	Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel ...)?
	Consommez-vous certains produits comme l'alcool, le pamplemousse ?
<b>Son état physiologique</b>	Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ?
	Avez-vous des problèmes de déglutition, de vision, des douleurs articulaires...?
<b>Autres</b>	Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple)?

**Fiche de recueil des informations (2/4) : les traitements**

Nom de tous les produits pris	dosage	forme	Fréquence / posologie	Problème lié à la prise (forme galénique)	Problème d'observance (oubli)	Survenue d'effets indésirables	Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou auto médication)

Fiche de recueil des informations (3/4) : les traitements

	Questions	Réponses
<b>Généralités</b>	Savez-vous à quoi servent ces médicaments	
	A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
<b>Autres traitements</b>	Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...	
	Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?	
<b>Modifications</b>	Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?	
<b>Effets des traitements</b>	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires) ?	
	Avez-vous déjà ressentis des effets indésirables liés à vos médicaments ? si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? : antidiabétiques, anticoagulant...	
<b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b>	A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?	
	Vous reste-il des médicaments à la fin du mois ? et pour d'autres au contraire êtes-vous toujours en rupture ?	
	Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?	
	Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ?	
	Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou quelqu'un d'autre ?	
	Etes-vous aidé(e) dans la prise de vos médicaments ?	
	Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (sécheresse buccale, gélules trop grosses...) ?	
	Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?	

Fiche de recueil des informations – questionnaire de Morisky (4/4) : les traitements

	Questions	Réponses
<b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b> Evaluation de l'observance : questionnaire Morisky	Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	
	Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	
	Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	
	Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	
	Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
	Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	

Rappel : chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score ≤ 3

Autres éléments :



VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE  
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



# TITRE

---

L'expérimentation PAERPA et la place du pharmacien dans ce dispositif

## RÉSUMÉ

---

La proportion des personnes âgées devrait passer de 8,5% de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 9,4% estimés au premier janvier 2020. Passé 75 ans, le risque de perte d'autonomie et de dépendance est multiplié par deux, le nombre d'intervenants autour du patient augmente et les prises en charge sont de plus en plus complexes ce qui crée parfois des points de rupture dans les parcours de soins de ces personnes âgées. Le parcours de soins PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) a donc été mis en place sur 16 territoires pilotes afin de répondre à ces points de rupture. Un des enjeux majeurs est d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de coordination des acteurs et de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social afin de mieux coordonner le parcours de soin de ces personnes âgées. Ce dispositif place la personne âgée au cœur du système en proposant un projet personnalisé de santé pour les personnes repérées comme fragiles.

# TITLE

---

The PAERPA experiment and the place of the pharmacist in this device

## SUMMARY

---

The proportion of seniors is expected to increase from 8.5% of the population on January 1, 2007 to 9.4% as of January 1, 2020. Over the age of 75, the risk of loss of independence and dependence is doubled. The number of people around the patient is increasing and care is becoming increasingly complex, which sometimes creates break points in the care pathways of these elderly people. The PAERPA (elderly people in risk of loss of autonomy) project was therefore set up in sixteen French pilotes territories to respond to these breakpoints. One of the major challenges is to go beyond pre-existing approaches to structuring actors' coordination and to decompartmentalize the health, medico-social and social sectors in order to better coordinate the care path of these elderly people. This device puts the elderly person at the heart of the system by proposing a personalized health project for people identified as fragile.

# MOTS CLÉS

---

- Personnes âgées
- Perte d'autonomie
- PAERPA
- Coordination
- Interprofessionnalité