

UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La plateforme téléphonique, un outil de coordination à destination des  
personnes âgées, de leur entourage et des professionnels de santé  
dans l'expérimentation PAERPA des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2020 à 17h30  
Au Pôle Formation  
**Par Amélie BOINET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Éric BOULANGER**

**Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Delphine DAMBRE**

**Travail de l'équipe de la plateforme téléphonique de l'expérimentation  
PAERPA des Hauts-de-France et du CERIM (Centre d'Etudes et de  
Recherche en Informatique Médicale)**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



# Sommaire

## Table des matières

Abréviations.....	1
Introduction.....	2
1.1 Contexte.....	2
1.1.1 Spécificités de la population gériatrique.....	2
1.1.2 Les soins intégrés.....	3
1.1.3 Les structures de coordination en France.....	5
1.2 Un outil utilisant l'expertise gériatrique.....	6
1.3 La plateforme téléphonique du Valenciennois-Quercitain.....	8
Matériel et Méthodes.....	10
2.1 Étude descriptive des appels reçus par la plateforme téléphonique.....	10
2.2 Éthique.....	11
2.3 La PGT dans l'expérimentation PAERPA.....	11
2.4 Procédure du recueil.....	12
2.4.1 Réception d'un appel.....	12
2.4.2 Profil de l'appelant.....	12
2.4.3 Motif de l'appel.....	13
2.4.4 Orientation proposée par la plateforme téléphonique.....	13
2.5 Analyse statistique.....	14
Résultats.....	16
3.1 Nombre d'appels (période du 1er septembre 2017 au 31 août 2019).....	16
3.2 Profil de l'appelant.....	16
3.3 Orientation proposée par la plateforme (1er septembre 2017 au 31 août 2019).....	17
3.4 Motif de l'appel en fonction de l'orientation.....	19
Discussion.....	20
4.1 Résultats principaux.....	20
4.2 Une porte d'entrée vers les soins intégrés.....	20
4.3 Une expertise gériatrique primordiale.....	23
4.3 Forces de l'étude.....	24
4.4 Limites de l'étude.....	25
4.5 Conclusion.....	26
Références bibliographiques.....	28
Annexes.....	31

# Abréviations

<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>CLIC</b>	Centres Locaux d'Information et de Coordination
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
<b>EMG</b>	Équipe Mobile de Gériatrie
<b>ESPREAD</b>	Équipe Spécialisée de Prévention Réadaptation et Éducation à Domicile
<b>GCS</b>	Groupement de Coordination Sanitaire
<b>IDE</b>	Infirmier/ère Diplômé/e d'État
<b>IPA</b>	Infirmier/ère en Pratique Avancée
<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
<b>PACE</b>	Primary Ambulatory Care and Education
<b>PAERPA</b>	Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie
<b>PGT</b>	Plateforme Gériatrique de Territoire
<b>PPS</b>	Plan Personnalisé de Santé
<b>Prisma</b>	Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers à Domicile

# Introduction

## 1.1 Contexte

### *1.1.1 Spécificités de la population gériatrique*

Les personnes âgées présentent, au fur et à mesure de leur avancée en âge, un nombre croissant de pathologies, en particulier des pathologies chroniques telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, les pathologies cancéreuses ou des pathologies neurologiques comme la maladie de Parkinson. L'avancée en âge entraîne également une augmentation de la survenue de syndromes gériatriques, le plus souvent intriqués et nécessitant parfois le recours à une hospitalisation.

La survenue de ces syndromes gériatriques entraîne fréquemment une perte d'indépendance fonctionnelle avec parfois la nécessité d'une institutionnalisation. L'entrée dans la dépendance des personnes âgées est une problématique de santé publique importante, comme le montre la décision récente de créer une cinquième branche « dépendance » de la Sécurité Sociale. En France, la dépendance est évaluée selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui sert de base pour le financement de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). La personne âgée dépendante est une personne âgée de 60 ans ou plus, ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (1). Il s'agit des personnes classées en GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR d'évaluation des pertes d'autonomie. Si les tendances démographiques et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France hors Mayotte compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (contre 15,3 % en 2015) (2). Les personnes très dépendantes représenteraient alors 4,3 % de la population des 60 ans ou plus (contre 3,7 % en 2015) (3). L'aide pour la toilette par exemple concerne un peu moins

de 5 % des personnes de 70 à 79 ans, pratiquement 18 % des 80 à 89 ans et 43 % des plus de 90 ans (4).

Les spécificités de la population gériatrique que sont la polypathologie, la perte d'indépendance fonctionnelle ou encore la survenue de syndromes gériatriques ont pour conséquence la nécessité de l'intervention de multiples professionnels de santé et de services d'aide à domicile. Les soins doivent être adaptés sur mesure pour chaque patient d'un point de vue médical et social. Les interlocuteurs présentent des profils variés : infirmiers/ères, aides-soignant(e)s, psychologues, kinésithérapeutes, médecins de différentes spécialités... Le rôle pivot du médecin traitant est rendu difficile de par le caractère morcelé de ces interventions. Il existe une perte de continuité des soins à cause de la spécialisation de la médecine. Par ailleurs, les démarches administratives à effectuer afin de bénéficier des services et d'une aide sociale et/ou financière sont nombreuses et complexes : dossiers APA, demande de téléalarme, dossiers d'entrée en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), prise de rendez-vous médicaux... Il arrive fréquemment que le patient et son entourage ne sachent pas vers qui se tourner afin d'accéder à ces services.

Une réflexion de plus en plus importante se fait autour du parcours de soins des patients en gériatrie. Pour cela une coordination doit se faire entre les différents services proposés à la personne âgée, notamment entre la ville et l'hôpital, en parallèle du rôle de coordinateur des soins du médecin traitant. Plusieurs structures et initiatives ont été développées en France afin de tenter de répondre à cette question.

### *1.1.2 Les soins intégrés*

La mise en place des services de soins intégrés et centrés sur la personne est promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (5). Il en existe plusieurs concepts. L'intégration vise à connecter les différents services de santé et les autres services à la

personne comme les services sociaux afin d'améliorer la prise de charge de personnes vulnérables comme des personnes âgées fragiles, des personnes handicapées, des personnes présentant des troubles cognitifs ou d'autres pathologies chroniques (6). Selon Leutz, l'intégration vise à « interconnecter le système de santé [...] avec les autres systèmes de services (i.e., soins de long terme, éducation [...] et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficience) ». Pour Demer, le but est que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne ».

En France, le concept d'intégration est connu depuis les années 90 (6) mais n'a été développé qu'à partir des années 2000 avec le plan Alzheimer. Le but est de créer un partenariat entre les structures afin de favoriser leur coordination, leur collaboration et ainsi les co-responsabiliser. Pour cela une approche par territoire est nécessaire. Par rapport à la coordination, l'intégration facilite la continuité des parcours de soins. Elle permet de limiter les hospitalisations inappropriées, d'éviter les doublons d'examens et de prises en charge, d'améliorer la circulation d'informations entre les différents niveaux de soins, de faciliter l'accès aux ressources de santé et aux droits, de suivre les plans de soins et d'aides et de favoriser la prévention (6).

Des initiatives originales ont d'abord été menées aux États-Unis et au Canada. Le projet « Primary Ambulatory Care and Education » PACE débuté en Californie en 1990 constitue un exemple de tentative de coordination (7,8). Des centres de soins primaires constitués d'équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes, psychiatres, infirmières, assistants, internes) ont été créés dans ce but. Cette approche a permis de développer la prévention, l'éducation, la continuité des soins pour les patients. Le processus a été régulièrement évalué et amélioré au cours de sa construction. Ce système montre notamment son efficience à travers une réduction de 50 % des consultations chez le spécialiste contre une augmentation de seulement de 20 % des recours au médecin

généraliste. Par ailleurs, le « Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie » (Prisma) expérimenté au Québec a montré un impact fort sur la prévention de la perte d'autonomie en terme de santé publique (9). La population cible était les personnes âgées et les personnes handicapées. Ce modèle repose sur l'implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan individualisé de services et le système de partage d'informations. Ce modèle a ensuite été développé en France sous le projet Prisma France (10) puis les 6 composantes ont été reprises lors du développement des MAIA. La MAIA est un dispositif initialement intitulé « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer ». Il a été revu et rebaptisé « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie » en 2011 et est passé dans le droit commun en 2012. Il fait suite au Plan Alzheimer (2008-2012). Il s'agit d'un label délivré à un ensemble de structures déjà préexistantes afin de leur confier le rôle d'interconnexion des services. Néanmoins, les moyens alloués sont limités et le rôle de prévention n'est que très peu développé avec un travail principalement axé sur la gestion de cas complexes (11).

### *1.1.3 Les structures de coordination en France*

Le concept de « Coordination » est utilisé depuis les années 60 en France dans les politiques publiques. Diverses expérimentations ont été menées, conduisant par la suite à la création des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination), des SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) ou encore des réseaux de santé. En 2000, après plusieurs expérimentations de coordination en gériatrie, les CLIC ont été créés. Leur rôle est d'organiser des actions de soutien à domicile, d'informer les patients, leur entourage et les acteurs de terrain. Ces structures, implantées sur tout le territoire français, sont hétérogènes. Elles présentent des niveaux différents de complexité et possèdent un nombre limité de

personnel (12). Les circulaires de 2002 ont conduit à la création des filières gériatriques afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées (13). Les réseaux de santé ont été créés par la loi du 4 mars 2002 et ont notamment été développés dans le domaine de la gériatrie. Le réseau gériatrique se rend à domicile afin d'évaluer les besoins de la personne âgée. Un plan personnalisé de santé est élaboré par les différents professionnels concernés. Ce plan est proposé au patient et à son entourage, en accord avec le médecin traitant. Les processus de coordination tendent également à se développer au sein des hôpitaux. Ainsi les équipes mobiles de gériatrie (créées suite à la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 (14)) ou encore les hotlines gériatriques, en conseillant les médecins non gériatres sur la prise en charge adaptée des patients âgés polypathologiques, participent à la coordination de leur soins. Ils sont d'ailleurs fréquemment en lien avec les structures en ville citées précédemment. La mise en place des hotlines gériatriques figure dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de juillet 2009 (15). Ce dispositif semble permettre une diminution de la durée d'hospitalisation des patients gériatriques (16).

Ces structures de coordination sont nombreuses et parfois mal identifiées par les patients, leur entourage ou même les personnels soignants. Elles sont disparates et d'autres dispositifs s'ajoutent dans les différents territoires (associations, mairies, dispositifs spécifiques à certains hôpitaux comme les équipes mobiles de psychogériatrie...). Le manque de lien entre la ville et l'hôpital est souvent pointé du doigt. Une réelle expertise est nécessaire pour connaître les spécificités et les attributions de ces différents acteurs. De nouveaux outils proposent d'utiliser l'expertise gériatrique afin d'améliorer la continuité des soins auprès des personnes âgées.

## **1.2 Un outil utilisant l'expertise gériatrique**

Un outil permettant un contact auprès d'un acteur possédant une bonne connaissance du terrain et des fonctions de chaque structure du soin à la personne âgée pourrait faciliter la

coordination. Cet appui aux soignants et aux aidants semble nécessaire pour aider à gérer certaines situations. En effet, les soignants disposent de peu de temps pour se renseigner et adapter la prise en charge de leurs patients âgés. Ils peuvent aussi faire face à des questionnements qui dépassent le champ de leurs compétences comme des problématiques sociales ou éthiques. Les aidants peuvent connaître des difficultés à gérer les aspects organisationnels de la vie de la personne âgée (les formalités administratives restent complexes et les structures de recours peuvent être mal connues). Ils peuvent également se retrouver face à des problématiques médicales (confusion, altération de l'état général, adaptation des traitements).

Les IDE (Infirmiers/ères Diplômé(e)s d'État) coordinateurs/trices en gériatrie et les gériatres sont formés aux spécificités de la personne âgée et possèdent une bonne connaissance des dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux du territoire d'un centre hospitalier et de la région. Leur expertise pourrait être mise au service des acteurs de la ville et de l'hôpital via la création d'une plateforme. Ce type d'interface serait un moyen d'entrée dans les soins intégrés et de diffusion de la culture gériatrique. L'expérimentation nationale PAERPA, « Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie », vise à tester différents dispositifs de coordination et d'intégration. L'objectif général de cette expérimentation est « sur le plan individuel d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celles de leurs aidants et sur le plan collectif l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de soins » (17). Dans cette logique, la création d'une plateforme d'information et de coordination est proposée pour chacun des territoires de l'expérimentation. Cette plateforme doit être facile d'accès, facilement identifiable par les usagers, avec un personnel dédié à l'orientation. Le personnel doit connaître les spécificités des structures, posséder une expertise sur la personne âgée. Il semble intéressant qu'un gériatre puisse intervenir en cas de situation pour laquelle un avis médical est requis. Une astreinte téléphonique semble l'outil le plus pertinent pour ce public. Cet outil représente un coût mais comporte de

nombreux avantages en comparaison des plateformes web proposées. Les plateformes numériques, si elles restent accessibles 24h/24, nécessitent un accès internet (pas toujours disponible en visite ou pour les familles), du temps de recherche et ne proposent pas l'expertise d'un personnel dédié.

### **1.3 La plateforme téléphonique du Valenciennois-Quercitain**

Tandis que de nombreuses initiatives ont été développées afin d'améliorer la coordination dans le domaine de la gériatrie, aucun article ne décrit le processus de développement d'une plateforme téléphonique de coordination tournée à la fois vers la ville et l'hôpital et offrant une expertise gériatrique. Dans le Valenciennois-Quercitain, une plateforme téléphonique répondant aux personnes âgées de plus de 75 ans, à leurs aidants et aux professionnels de santé dédiés a été créée à l'occasion de l'expérimentation PAERPA.

Les appels reçus par cette plateforme ont été analysés afin de mieux connaître le service apporté à la population. Le but est de décrire le profil des personnes qui joignent la plateforme, le fonctionnement de la plateforme et les orientations proposées par celle-ci. Il s'agit de la première description de ce type de dispositif.



# Matériel et Méthodes

## 2.1 Étude descriptive des appels reçus par la plateforme téléphonique

Il s'agit d'une étude observationnelle décrivant les appels reçus par la Plateforme Gériatrique de Territoire (PGT) du Valenciennois-Quercitain du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019. Ces dates correspondent à la période d'expérimentation PAERPA sur ce territoire.

Durant la période s'étendant du 1er janvier 2015 au 31 Août 2017, le recueil des appels s'est progressivement amélioré mais la qualité des données ne permet qu'un simple décompte des appels.

A partir du 1er septembre 2017 et jusqu'au 31 décembre 2019, le recueil était systématiquement réalisé par le personnel de la PGT recevant les appels. Ce recueil était standardisé sur le profil des appelants, les motifs d'appel et les orientations proposées par la PGT.

Néanmoins, à partir du 1er septembre 2019, la plateforme n'était plus destinée uniquement aux appels qui concernaient des personnes âgées de plus de 75 ans. Notre analyse des données s'arrête donc le 31 août 2019 afin de cibler uniquement les données de l'expérimentation PAERPA.

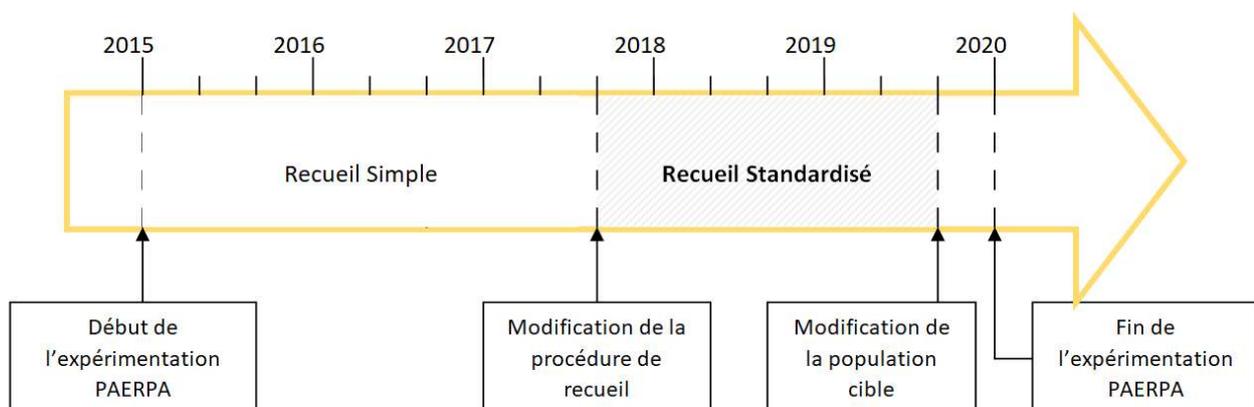


Figure 1: Evolution de la Plateforme Gériatrique de Territoire.

## **2.2 Éthique**

Il s'agit de données anonymisées et agrégées concernant l'activité de la PGT. Aucune donnée concernant les caractéristiques des patients concernés n'était recueillie, hormis l'âge. Ce type d'étude appartient à la catégorie des études sur les pratiques professionnelles et ne rentre pas dans le cadre de la Loi Jardé. (18) Les données sur les appels étant agrégées au mois, aucune déclaration n'était nécessaire.

## **2.3 La PGT dans l'expérimentation PAERPA**

PAERPA est une expérimentation nationale, déployée par le Ministère français des Affaires Sociales et de la Santé d'octobre 2014 à décembre 2019. Elle a été menée sur 16 territoires français et propose aux personnes fragiles âgées de 75 ans et plus un parcours de soins intégrés, par la coordination des dispositifs médico-sociaux existants sur le territoire ou par la création de nouveaux dispositifs. L'un des principaux outils consistait en la mise en place d'une Coordination Territoriale d'Appui, service d'information à guichet unique. Cet outil pouvait prendre différentes formes dans les territoires d'expérimentation. Dans le territoire du Valenciennois-Quercitain, la PGT constituait le principal outil de la Coordination Territoriale d'Appui.

La PGT était destinée à recevoir des appels émis par les personnes concernées par la prise en charge des personnes âgées à risque de dépendance dans le territoire du Valenciennois-Quercitain. Son rôle était d'informer et d'orienter les professionnels de santé et les familles potentiellement concernés par l'expérimentation PAERPA.

Lors de sa création le 1er janvier 2015, la PGT s'est appuyée sur une plateforme pré-existante basée au centre hospitalier de Valenciennes. Cette plateforme téléphonique était alors dédiée à des missions purement administratives et de parcours de soins intra-hospitaliers (prise de rendez-vous médicaux, courriers médicaux...). Au moment de la fusion PGT-plateforme téléphonique, un numéro de téléphone unique a été proposé. La PGT était

ainsi destinée aux professionnels de santé, aux différents intervenants à domicile, aux personnes âgées et à leurs proches. Cette PGT dépend du Groupement de Coordination Sanitaire (GCS).

## **2.4 Procédure du recueil**

### *2.4.1 Réception d'un appel*

La PGT était joignable du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. L'équipe était composée d'une secrétaire (1 ETP - Equivalent Temps Plein), de 2 Infirmières Diplômées d'État (IDE) (2 ETP), d'un médecin gériatre (0,3 ETP) joignable en cas de question d'ordre médical et d'une ergothérapeute (1 ETP dédié à l'Hébergement temporaire PAERPA, travail en collaboration avec la plateforme téléphonique).

L'appel était réceptionné par la secrétaire ou l'une des IDE qui réalisaient un recueil standardisé de données (âge du patient, profil de l'appelant, motif principal de l'appel). Une fois la problématique cernée, la personne qui contactait la plateforme était redirigée vers un autre poste ou une autre structure. Pour chaque appel, l'orientation proposée par la plateforme était collectée.

### *2.4.2 Profil de l'appelant*

Le profil des appelants était divisé en deux catégories :

- professionnels de santé (PS) classés en : (i) libéraux, (ii) professionnels hospitaliers, (iii) autres professionnels de santé ([\*Annexe 1\*](#)).
- non-professionnels de santé (NPS), classés en : (i) patient, (ii) aidant familial, (iii) aidant non-familial.

### *2.4.3 Motif de l'appel*

Les motifs des appels étaient répartis en trois catégories par l'équipe de la PGT : (a) motif administratif (par exemple une prise de rendez-vous ou une demande de compte-rendu médical) ; (b) motif médical ; (c) motif social.

### *2.4.4 Orientation proposée par la plateforme téléphonique*

Les orientations proposées par la PGT à l'issue de l'appel étaient classés selon 33 items par l'équipe de la PGT. Ces orientations ont été regroupées en 5 grandes catégories : (j) structure sociale ; (jj) secrétariat de la PGT ; (jjj) expertise auprès d'un médecin participant au dispositif PAERPA ; (jjjj) expertise auprès d'un autre médecin ; (jjjjj) autre structure.

Le détail du lien entre les 30 items renseignés par l'équipe de la PGT et ces cinq catégories sont détaillées en [Annexe 2](#).

Ces données étaient répertoriées quotidiennement par le personnel de la PGT pour chaque appel et recueillies sur un tableur Excel® dédié. Le nombre d'appels était vérifié mensuellement avec un relevé de la téléphonie du centre hospitalier de Valenciennes ([Annexe 3](#)).

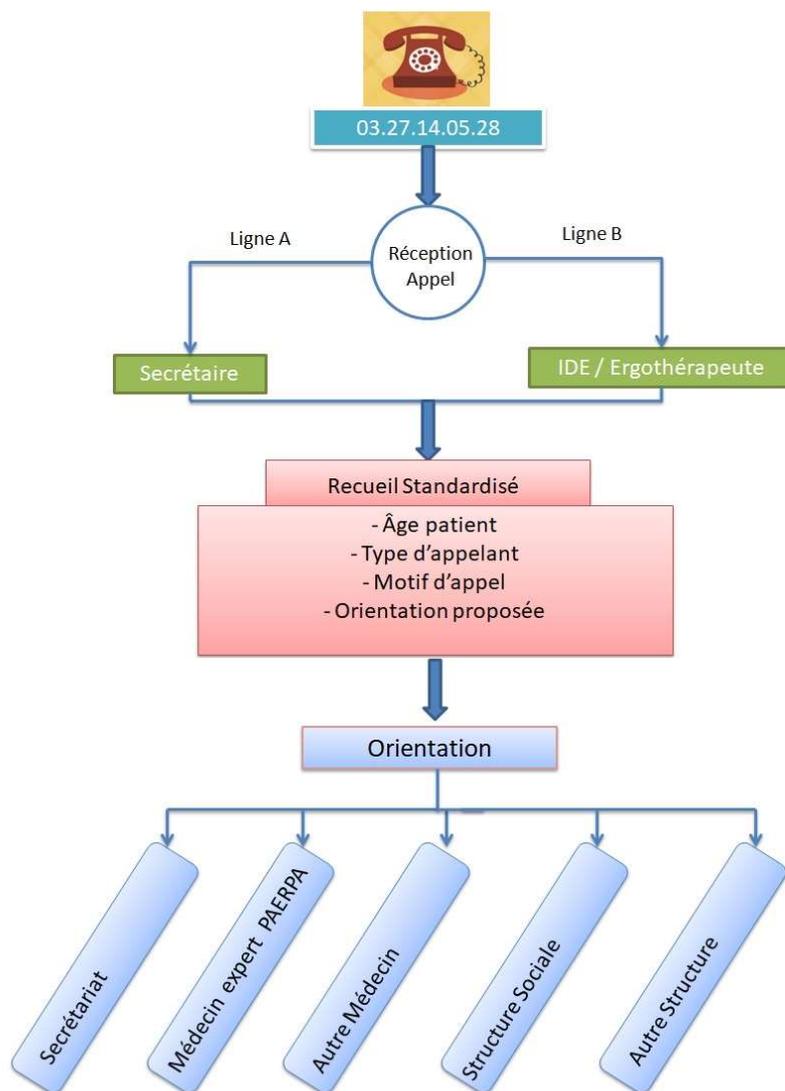


Figure 2: Fonctionnement de la Plateforme Gériatrique de Territoire  
 Abréviations : IDE : Infirmier/ère Diplômé/e d'État ; PAERPA : Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie.

## 2.5 Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de d'effectif et de fréquence (%).

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R.



# Résultats

## 3.1 Nombre d'appels (période du 1er septembre 2017 au 31 août 2019)

La PGT a reçu un total de 8310 appels entre le 1er septembre 2017 et le 31 août 2019, dont 755 concernaient des personnes âgées de moins de 75 ans. L'âge n'était pas renseigné pour 2603 appels, qui ont été conservés dans l'étude. Au final, 7555 appels ont été analysés.

## 3.2 Profil de l'appelant

La répartition des appels selon le profil des appelants est fournie dans la Figure 3 ci-dessous. Il apparaît que les professionnels de santé ont cumulé plus d'appels auprès de la PGT (n = 4487, 59,4 %) que les non-professionnels (n = 3068, 40,6 %). Les trois catégories d'appelants ayant le plus appelé la PTG sont les personnels hospitaliers (n = 2574, 34,1 %), les familles des patients (n = 2471, 32,7 %) et professionnels médico-sociaux (n = 1672, 22,1 %), cumulant ainsi près de 90% des appels totaux. Les patients appelaient rarement eux-mêmes (n = 387, 5,1 %). Le nombre total d'appel par les professionnels de santé libéraux était faible.

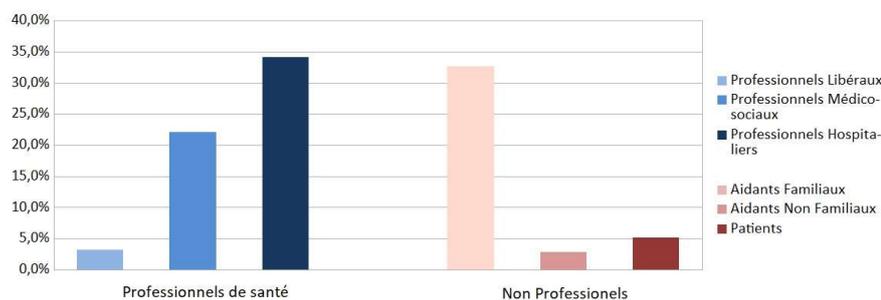


Figure 3: Répartition des appelants entre professionnels de santé (dégradé de bleu) et non professionnels de santé (dégradé de rouge).

### 3.3 Orientation proposée par la plateforme (1er septembre 2017 au 31 août 2019)

La *Figure 4* ci-dessous représente la répartition des réponses proposées par la plateforme en fonction du profil des appelants.

L'appelant a été dirigé vers le secrétariat pour plus d'un appel sur deux (n = 4048, 53,6 %) et dans ce cas l'appel provenait en majorité des aidants familiaux (n = 1596, 21,1%). L'appelant était aussi fréquemment orienté vers un médecin (n = 2304, 30,4 %), le médecin étant le plus souvent celui travaillant pour l'expérimentation PAERPA (n = 1492, 19,7 %). Une part moins importante des appels étaient redirigés vers un autre médecin (n = 812, 10,7 %). Dans ces cas, l'appel provenait le plus souvent des professionnels hospitaliers, suivis par les professionnels médico-sociaux et par les aidants. Seule une faible part des appels était dirigé vers une structure sociale (n = 504, 6,7 %). Les rares fois où l'appel provenait du patient (n = 387, 5,1%), celui-ci trouvait la réponse à sa question auprès du secrétariat (n = 302, 4,0 %).

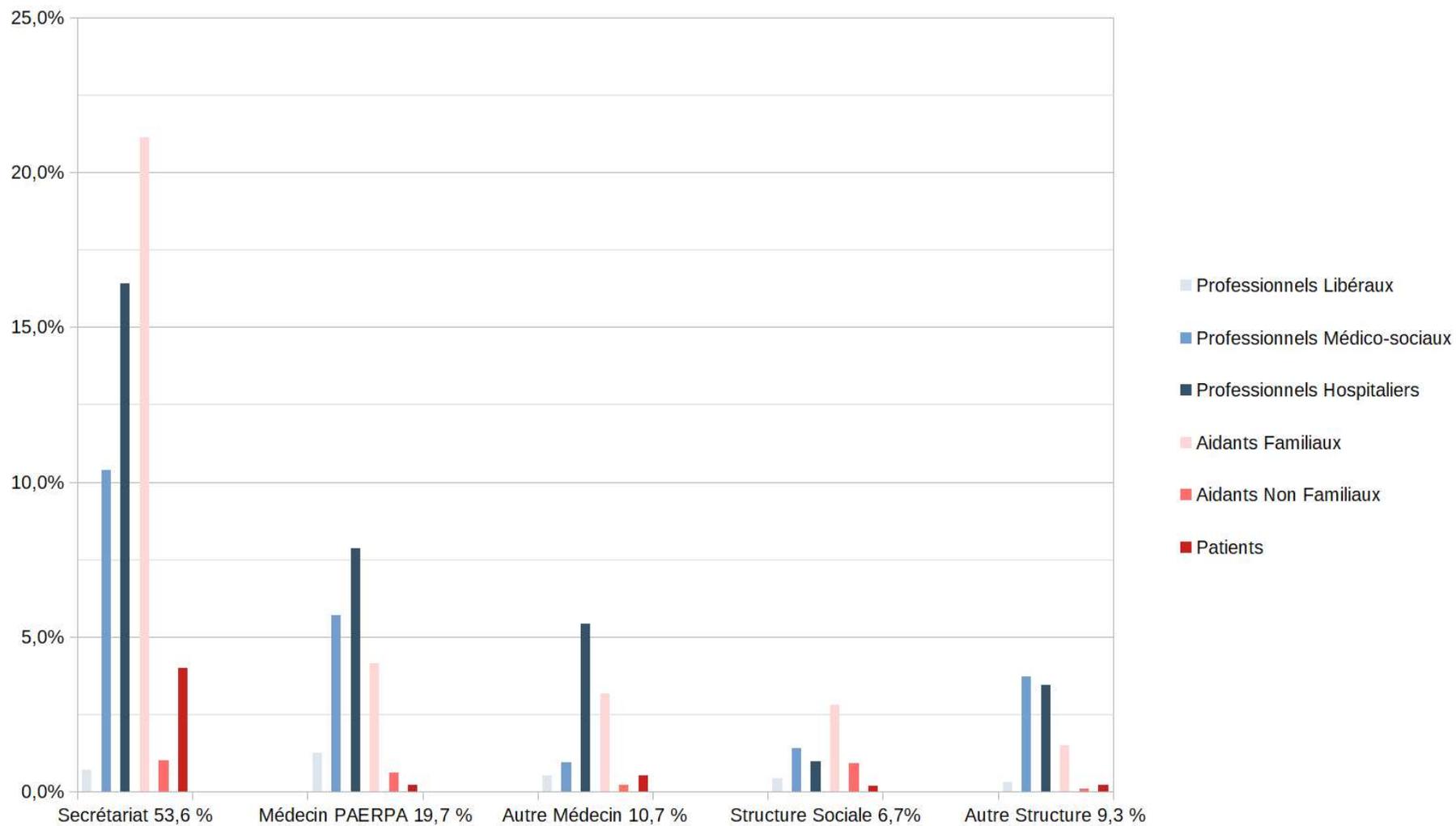


Figure 4: Répartition des orientations selon le profil des appelants.

### 3.4 Motif de l'appel en fonction de l'orientation

Le motif initial de l'appel, tel qu'enregistré à la réception de l'appel, était en premier lieu d'ordre administratif (n = 5726, 75,8 %), puis d'ordre médical (n = 1160, 15,4 %) et enfin d'ordre social (n = 669, 8,9 %). Le *Tableau 1* donne la répartition de chaque motif initial pour chacune des orientations proposées à l'issue de l'échange téléphonique. Il apparaît qu'une proportion non négligeable des appels se présentant comme étant d'ordre administratif sont finalement orientés vers des solutions médicales (12,5 % vers le médecin de l'expérimentation PAERPA et 7,4 % vers d'autres médecins). Les appels se présentant comme étant d'ordre médical étaient logiquement orientés principalement vers le médecin mais aussi vers une structure sociale ou une autre structure. Les appels dont la problématique principale identifiée était sociale étaient dirigés vers le médecin de l'expérimentation PAERPA dans 45,1 % des cas.

	Motif initial		
	Administratif (n = 5726)	Médical (n = 1160)	Social (n = 669)
Secrétariat	3814 (66,6 %)	225 (19,4 %)	9 (1,3 %)
Médecin PAERPA	714 (12,5 %)	476 (41,0 %)	302 (45,1 %)
Autre Médecin	424 (7,4 %)	369 (31,8 %)	19 (2,8 %)
Structure Sociale	168 (2,9 %)	31 (2,7 %)	305 (45,6 %)
Autre Structure	606 (10,6 %)	59 (5,1 %)	34 (5,1 %)
Total	5726	1160	669

*Tableau 1: Répartition des orientations proposées par la PGT en fonction du motif identifié initialement.*

# Discussion

## 4.1 Résultats principaux

Notre étude montre que la PGT apporte un service principalement auprès des professionnels hospitaliers, des aidants familiaux et des professionnels médico-sociaux. En effet, ces 3 catégories d'appelants représentent 80 % du volume des appels reçus. Au contraire, les professionnels de santé libéraux et les patients se sont peu emparés du dispositif.

Près de 50 % des appels sont orientés vers une structure autre que le secrétariat. Ces structures sont nombreuses et appartiennent au domaine du soin et du social. Les solutions proposées sont donc bien multidimensionnelles.

Il existe, pour une part importante des appels réceptionnés, un écart entre le motif d'appel annoncé et l'orientation proposée après l'expertise du personnel de la PGT. La présence d'une IDE spécialisée et du gériatre est donc indispensable au bon fonctionnement du dispositif. Le médecin participant à l'expérimentation PAERPA est d'ailleurs fréquemment sollicité (n = 1492, 19,7 %) et notamment pour des problématiques initialement identifiées comme étant d'ordre social (n = 302, 45,2 % des appels pour motif social).

## 4.2 Une porte d'entrée vers les soins intégrés

La plateforme téléphonique est un élément qui facilite l'accès pour les usagers et les intervenants à l'ensemble des services destinés à améliorer la vie de la personne âgée sur un territoire. Elle donne accès également aux autres outils de l'expérimentation PAERPA. Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, le projet PAERPA a permis, en parallèle de la PGT,

la création d'une équipe mobile de psychogériatrie (accompagnement à domicile des personnes âgées dans la gestion de leur dépression), l'ESPREAD (accompagnement des personnes âgées qui ont déjà chuté via une évaluation du domicile et de leurs besoins). L'équipe de la PGT coordonne les actions menées notamment par l'intermédiaire des animateurs/trices territoriaux. Ce nouveau métier consiste à assister les médecins généralistes dans l'élaboration des PPS (Plans Personnalisés de Santé) et à en assurer le suivi. Nous pouvons citer également l'accès aux hébergements temporaires d'urgence et aux conciliations médicamenteuses.

Les professionnels hospitaliers et les professionnels médico-sociaux ont utilisé facilement ce service afin de s'adresser à la structure la plus appropriée et proposer aux patients les innovations PAERPA. Le service téléphonique est adapté car très utilisé à l'hôpital. Il s'agit d'un premier pas vers une meilleure connexion entre les services médicaux et sociaux. L'un des objectifs du projet PAERPA était de renforcer le lien ville-hôpital et de décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (19). Le lien ville-hôpital semble être passé par les aidants plus que par les professionnels de santé libéraux.

Selon l'article L113-1-3 du Code de santé publique (20), un « proche aidant » est une personne qui va « venir en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » de la personne aidée. D'après une étude (21), les difficultés des démarches administratives, la difficulté à faire réaliser certains examens spécialisés ou le manque d'information sur la maladie de la personne aidée font partie des problématiques soulevées par les aidants. Dans cette même étude, le fait d'améliorer l'accès à l'information existante pour faciliter les recherches de l'aidant est considéré comme une des attentes principales pour plus de 40 % des aidants. Le dispositif répond donc à une attente de ces acteurs essentiels.

L'utilisation de la PGT a été moins forte de la part des patients et des professionnels de santé libéraux. Le patient âgé ne gère que très rarement les aspects médicaux et sociaux

de sa prise en charge. La faible utilisation du téléphone peut s'expliquer en partie par l'augmentation avec l'âge de la prévalence des troubles cognitifs avec troubles exécutifs, des troubles sensoriels ou articulaires. Au sein de la cohorte Paquid, la prévalence de la maladie d'Alzheimer en 1999 était estimée à 17,8 % pour les sujets de plus de 75 ans (22). Les troubles cognitifs peuvent expliquer une difficulté dans la planification des tâches et l'utilisation du téléphone. Les troubles auditifs touchent 40 à 66 % des personnes de plus de 75 ans selon l'étude de Framingham et les troubles visuels augmentent avec l'âge (5,9 % chez les personnes entre 70 et 79 ans, 14,10 % entre 80 et 89 ans, 23,1 % entre 90 et 99 ans et 33,71 % à 100 ans et plus) (23). D'autre part, les projets de soins se complexifient en parallèle de la perte d'indépendance fonctionnelle avec le recours à des acteurs de plus en plus nombreux (IDE, aide-ménagère, travailleurs sociaux...).

La plateforme était peu utilisée par les professionnels de santé libéraux et notamment les médecins traitants. Ceci est peut-être lié au fait que les médecins traitants ont pour la plupart développé un réseau avec les acteurs de la prise en charge des personnes âgées avant la création de la PGT. De plus, ils contactaient directement les animateurs territoriaux pour les PPS ou le gériatre en cas de nécessité d'hospitalisation d'un patient ou pour un conseil thérapeutique. D'autre part, une certaine défiance de la part de certains médecins généralistes du Valenciennois-Quercitain envers le dispositif PAERPA était relevée dans une thèse (24). Ils évoquaient notamment l'existence préalable de réseaux. Dans une autre thèse évaluant cette fois les motifs de participation et d'adhésion des médecins traitants au PAERPA (25), les médecins soulevaient la difficulté, parfois, à identifier le rôle des différents interlocuteurs appartenant au réseau gériatrique. Ils indiquaient alors contacter la plateforme téléphonique. Dans un second temps, certains médecins traitants n'avaient plus besoin de passer par la plateforme mais appelaient directement les structures. Dans une thèse sur l'expérimentation PAERPA dans le Bordelais (26), les médecins traitants qui utilisaient la « Plateforme autonomie seniors » appréciaient cet accès unique à l'ensemble des

ressources sociales et médico-sociales du territoire, à l'aide à la coordination des actions et à son suivi. Des limites telles que l'absence de réponse dans l'urgence ou des difficultés de communication avec le personnel de la plateforme étaient soulevées.

### **4.3 Une expertise gériatrique primordiale**

Le service proposé par la plateforme nécessite une bonne connaissance du territoire et des offres PAERPA, sociales et hospitalières destinées aux personnes âgées. Le PAERPA, de par ses innovations, augmente le nombre d'interlocuteurs et d'offres. Ainsi, les orientations proposées s'élevaient au nombre de 33 ([Annexe 2](#)). Le nombre important d'appels orientés vers les dispositifs PAERPA et coordonnés par le gériatre de la plateforme est l'indicateur d'une bonne synergie entre les acteurs de l'expérimentation.

L'écart observé entre le motif d'appel identifié initialement et l'orientation proposée par le personnel de la plateforme montre l'importance d'une analyse fine et d'une expertise devant les problématiques rencontrées par les personnes âgées. Ainsi une proportion non négligeable d'appels se présentant comme des problématiques administratives ou sociales sera réorientée par l'IDE, l'ergothérapeute ou la secrétaire de la plateforme vers des solutions médicales. Ce point met en avant l'importance de l'expertise gériatrique du personnel de la PGT et notamment de l'IDE. De part son expérience, l'IDE de la plateforme possède une bonne connaissance des problématiques rencontrées par les personnes âgées et des ressources offertes par la filière gériatrique du territoire. Son rôle est celui d'une IDE coordinatrice. Elle possède des compétences en coordination et en formation des équipes de soin. Les IDE coordinateurs/rices travaillent également au sein des Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) (27) ou au sein d'unités hospitalières comme en chirurgie (28). Cette expertise gériatrique des IDE est reconnue et est primordiale dans la prise en charge des personnes âgées. Cette constatation a mené à la création de l'Infirmière en Pratique

Avancée (IPA) en juillet 2018. Cette interlocutrice est identifiée comme centrale dans l'articulation « ville-hôpital » (29).

Malgré cette expertise infirmière, un nombre important d'appels est relayé vers le gériatre du dispositif PAERPA montrant le besoin d'une expertise médicale dans certaines situations. Il s'agit d'une seconde ligne d'expertise. Les problématiques nécessitant un gériatre sont principalement d'ordre médical et social. En effet, le gériatre est spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des problématiques médicales diverses et souvent intriquées, avec des questionnements sociaux et éthiques. Cette interaction gériatre-IDE spécialisé(e) se rapproche du fonctionnement des Équipes Mobiles de Gériatrie.

#### **4.3 Forces de l'étude**

L'une des forces de l'étude est d'avoir développé la méthode de recueil au fur et à mesure de l'implémentation de la plateforme. Celle-ci a permis une réflexion sur le choix des données à analyser mais aussi la formation progressive du personnel à la méthode de recueil. Cette démarche a favorisé la standardisation de celui-ci. Ce recueil systématique et standardisé des appels a permis d'analyser un nombre conséquent de données (7 555 appels). L'exhaustivité du recueil a pu être validée grâce au croisement des données de la plateforme avec celles du standard téléphonique du centre hospitalier (comparaison du nombre d'appels reçus et du nombre d'appels du formulaire de recueil). De plus, cette étude a été menée par des personnes extérieures à la plateforme ce qui permet une analyse indépendante.

Ce dispositif s'inscrit dans le projet d'ampleur nationale PAERPA faisant l'objet d'une évaluation économique, d'efficience et d'efficacité. Le Valenciennois-Quercitain représente,

au sein de l'expérimentation, le 2ème bassin le plus peuplé (30 700 personnes âgées) derrière la Mayenne-Pays de la Loire (33 000). Contrairement aux autres plateformes développées dans ce cadre (30), l'originalité de la PGT du Valenciennois-Quercitain est de s'être tournée à la fois vers les professionnels de santé et vers les patients et leurs aidants. Ainsi, un accès rapide à l'expertise gériatrique (infirmière et médecin) s'offre aux familles se retrouvant parfois démunies. L'accès à cette expertise médicale est moins évidente pour les dispositifs tels que les CLIC et la MAIA.

#### **4.4 Limites de l'étude**

S'agissant d'une étude descriptive, aucune donnée ne permet d'évaluer l'efficacité et l'efficience du dispositif. Les données de la plateforme ne représentent pas une analyse exhaustive des besoins en orientation des personnes âgées du bassin du Valenciennois-Quercitain. Les personnes nécessitant une aide à l'orientation ont pu obtenir ce service en utilisant le numéro d'une autre structure ou du gériatre d'astreinte. La fusion des 2 structures (secrétariat et PGT) explique une orientation majeure des appels vers le secrétariat et biaise la répartition des orientations.

Le recueil présentait un nombre important de données manquantes sur l'âge des personnes âgées concernées par les appels. Il n'a donc pas été possible d'analyser cette donnée. Par ailleurs, il n'y avait pas de recueil de données cliniques. Certaines données recueillies (motifs d'appels) étaient soumises à la subjectivité du répondeur.

La plateforme n'est joignable que du lundi au vendredi de 8h30 à 18h. Les personnes participant aux soins aux personnes âgées et les personnes âgées elles-mêmes n'ont donc pas accès au service d'orientation en dehors de ces horaires. L'association d'une plateforme numérique à la plateforme téléphonique permet un accès permanent aux coordonnées des

structures destinées aux personnes âgées. Plusieurs plateformes en ligne à destination des personnes âgées sont testées depuis quelques années. Ainsi une plateforme en ligne à destination des personnes âgées fragiles a été testée aux Pays-Bas (31). Un outil technologique tel que l'accès à un dossier médical partagé (electronic healthrecords) via un « portail patient » (site internet sécurisé) a été testé auprès de 62 patients âgés de plus de 85 ans et de 82 aidants (32). Parmi les thématiques les plus utilisées sur ce portail on retrouvait la coordination des soins, la prise de rendez-vous ou l'adaptation de l'offre de soins. A Nice, le projet Liaison et COordination via un Réseau Numérique (LICORNE) est celui d'une plateforme web d'aide à la coordination (33). Les plateformes téléphoniques et web sont donc des outils complémentaires.

Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés et sont spécifiques du territoire étudié. Ils correspondent à un sous-type de processus de soins intégrés. La généralisation de ce dispositif à l'échelle nationale nécessite une adaptation aux spécificités de chaque région.

#### **4.5 Conclusion**

La création de ce type de plateforme sur le territoire apporte une réponse à des besoins de la population gériatrique du Valenciennois-Quercitain. Tout système de soins intégrés devrait s'inspirer de ce type de plateforme pour fluidifier le parcours des usagers. Ce modèle nécessite néanmoins de plus amples recherches et des adaptations en fonction de chaque territoire (rural ou citadin, existence préalable d'acteurs de coordination et de liens ville-hôpital, maillage territorial (30).

Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité de ce dispositif et en particulier la satisfaction des usagers et des intervenants. Une évaluation du niveau de qualité de vie ressenti et du niveau de satisfaction aurait pu être proposée. Une enquête de satisfaction a par exemple

été effectuée suite au développement de la plateforme Cancer Info. Cette plateforme propose une réponse pratique, médicale ou sociale aux questions des patients atteints de cancer et de leur entourage. Elle est composée d'une plateforme téléphonique, d'une plateforme web et de guides sous format papier. L'enquête montre que 81 % des usagers sont satisfaits ou très satisfaits du service (34). Les études s'intéressant à l'expérience patient, nouveau champ de recherche qui se développe en France, semblent adaptées pour évaluer ce type de dispositif.

## Références bibliographiques

1. 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.
2. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
3. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291#consulter-sommaire>
4. Colin C. L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gerontol Soc.* 2001;24 / n° 98(3):37-48.
5. OMS | Prestation de services intégrés [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>
6. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *Gerontol Soc.* 27 juill 2013;36 / n° 145(2):201-26.
7. Dw C, S S, As R. Restructuring VA ambulatory care and medical education: the PACE model of primary care. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 juill 1996;71(7):761-71.
8. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(2):223-32.
9. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A, PRISMA Group. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care.* 2003;3:e08.
10. Somme D, Trouvé H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, et al. Prisma France\* : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 févr 2008;56(1):54-62.
11. Dupont O. De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement. *Gerontol Soc.* 18 sept 2012;35 / HS n° 1(5):179-84.
12. Colvez A. Genèse et évolution des clic : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gérontologique de Lunel. *Gerontol Soc.* 29 avr 2010;33 / n° 132(1):135-44.
13. Defèbvre M-M, Puisieux F. Les filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais : analyse huit ans après la circulaire de 2007. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 oct 2016;64(5):341-9.
14. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
15. 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 juill 21, 2009.

16. Martinez L, Blanchon M-A, Celarier T, Sarazin M. 7 - Comparison of Two Hospitalization Admission Pathways in Geriatrics, Either Directly through a Telephone Line or Hotline or After a Visit to an Emergency Department. In: Sarazin M, éditeur. Health Efficiency [Internet]. Elsevier; 2018 [cité 24 juin 2020]. p. 123-37. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781785483110500071>
17. Parcours - Initier un système d'information PAERPA sur son territoire - Prérequis - 2. Introduction [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <http://ressources.anap.fr/parcours/publication/674-initier-un-si-paerpa-sur-son-territoire-prerequis/2513-introduction>
18. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016-1537 nov 16, 2016.
19. Alcetegaray D, Hay J, Kerhuel B, Fay IL, Margerin C, Peiffer P, et al. L'expérimentation PAERPA : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de santé. Module interprofessionnel de Santé Publique. EHESP. 2015;72.
20. Code de l'action sociale et des familles - Article L113-1-3. Code de l'action sociale et des familles.
21. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R. Vulnérabilité et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 oct 2011;11(65):198-204.
22. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. Revue Neurologique. 1 mars 2008;159(4):405-4011.
23. Lafuma AJ, Brézin AP, Fagnani FL, Mesbah M, Berdeaux GH. Prevalence of visual impairment in relation to the number of ophthalmologists in a given area: a nationwide approach. Health Qual Life Outcomes. 6 juin 2006;4(1):34.
24. Sarrazin F. Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA [Thèse d'exercice :Médecine générale]. [Lille]: Université de Lille; 2018.
25. Ramez C. Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérant au PAERPA [Thèse d'exercice :Médecine générale]. [Lille]: Université de Lille; 2018.
26. Dulau P. Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux: étude qualitative auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019.
27. Lenouvel C. L'infirmière de pratique avancée en équipe mobile de gériatrie. Rev Geriatr 2019 ; 44 (1) : 43-7
28. Heyd B, Bourgeois S, Roucoux A, Lasgonniere ÉS. Rôle de l'infirmière coordinatrice dans un programme de récupération améliorée après la chirurgie. Bull Infirm Cancer. 1 janv 2020;20(1):27-30.
29. Lenouvel C. L'infirmière en pratique avancée en gériatrie : un nouveau partenaire dans la relation hôpital-ville. Rev Geriatr 2019 ; 44 (5) : 306-8
30. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Hénaut L. Évaluation qualitative PAERPA - Rapport final [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 9 sept 2020] p. 72p. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02556493>

31. Willard S, Cremers G, Man YP, van Rossum E, Spreeuwenberg M, de Witte L. Development and testing of an online community care platform for frail older adults in the Netherlands: a user-centred design. *BMC Geriatr.* 7 avr 2018;18(1):87.
32. Ramirez-Zohfeld V, Seltzer A, Xiong L, Morse L, Lindquist LA. Use of Electronic Health Records by Older Adults, 85 Years and Older, and Their Caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(5):1078-82.
33. De Balby de Vernon A-L. Coordination des soins chez les sujets âgés polypathologiques via une plateforme web: attentes des professionnels [Thèse d'exercice : Médecine]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
34. Duperray M, Mazeau-Woynar V. La plateforme Cancer info : une réponse au besoin d'information des patients et de leurs proches (in partie II : Un parcours personnalisé et coordonné pour mieux répondre aux besoins des patients). *Oncologie.* sept 2014;16(S1):32-4.

# Annexes

Annexe 1 : Sous-types de professionnels de santé.

Type de professionnels	Sous-types de professionnels
Professionnels libéraux	Médecin traitant ; Infirmier/ère Diplômé/e d'État ; Kinésithérapeute ; Pharmacien ; Autre.
Professionnels hospitaliers	Médecin ; Secrétaire ; Infirmier/ère Diplômé/e d'État ; Aide-Soignant(e) ; Ergothérapeute ; Cadre de Santé ; EMIOG (Équipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique) ; Psychologue ; Informatique ; Autre.
Professionnels médico-sociaux en ville	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ; Groupement de Coopération Sanitaire ; Réseau gériatrique ; ESPREAD (Équipe Spécialisée de Prévention Réadaptation et Éducation à Domicile) ; MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) ; Équipe Mobile de Psychogériatrie ; ULS (Unité Locale de Soins pour personnes âgées, SSR à Escaudain) ; Hébergement Temporaire PAERPA ; Centre local d'information et de coordination (CLIC) ; Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ; Services d'Aides à Domicile (SAD) ; Plateforme de répit ; animateur/trice ; ESAD (Équipe Spécialisée Alzheimer à domicile) ; URMAD (Unité de Retour et de Maintien à Domicile) ; APEI (Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Intellectuelles du Valenciennois - « Les Papillons Blancs ») ; Autre.

Annexe 2 : Listes des orientations proposées par la Plateforme Gériatrique de Territoire

Orientations	Sous-types d'Orientations
<p>Secrétariat de la Plateforme Gériatrique de Territoire (n = 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secrétariat</li> <li>• Consultation</li> <li>• GCS (Groupement de Coordination Sanitaire)</li> <li>• Standard</li> <li>• Problème de service</li> </ul>
<p>Expertise auprès d'un médecin participant au dispositif PAERPA (n = 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme Territoriale d'Appui</li> <li>• Médecin Coordonateur de la Plateforme / Avis Médical</li> <li>• Dispositif PAERPA</li> <li>• ESAD (Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile)</li> <li>• Dispositif PAERPA (dont l'hébergement temporaire PAERPA)</li> <li>• Recueil de données</li> </ul>
<p>Expertise auprès d'un autre médecin (n = 11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de Gériatrie</li> <li>• Autres services hospitaliers</li> <li>• Autres Centres Hospitaliers</li> <li>• Oncogériatrie</li> <li>• Réseau gériatrique</li> <li>• EMIOG (Équipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique)</li> <li>• EMGIE (Équipe Mobile de Gériatrie Inter-EHPAD)</li> <li>• Hôpital de Jour Court Séjour Gériatrique</li> <li>• SSR (Soins de Suite et Réadaptation)</li> <li>• Médecin traitant</li> <li>• Centre Médico-Psychologique (CMP)</li> </ul>
<p>Structure Sociale (n = 10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil de jour</li> <li>• Aide aux aidants</li> <li>• CCAS (Centre communal d'action sociale)</li> <li>• CLIC</li> <li>• Dispositifs Extérieurs</li> <li>• Hébergement temporaire classique</li> <li>• Information Tutelle</li> <li>• MAIA</li> <li>• Plateforme de répit</li> <li>• SSIAD</li> </ul>
<p>Autre Structure (n = 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autre</li> </ul>

Annexe 3 : Exemple de relevé des appels reçus à la PGT selon les relevés du centre hospitalier de Valenciennes (décembre 2018).

TRAFIC MENSUEL DU 01/12/18 AU 31/12/18

MOIS	Appels Départ et Arrivé			Appels Départ			Appels Arrivée				% Traités Total	% Détaillé Appels Traités			% Perdus
	Nbr de Comm. Total	Durée de Conversation Moyenne	Durée de Conversation Totale	Nbr de Comm. Départ	Durée de Conversation Moyenne Départ	Durée de Conversation Départ	Nbr de Comm. Arrivée	Durée de Conversation Moyenne Arrivée	Durée de Conversation Arrivée	Durée de Sonnerie Moyenne		% Traités Sonnerie 0-20 sec.	% Traités Sonnerie 21-60 sec.	% Traités Sonnerie > 60 sec.	
DECEMBRE 2018	208	00:01:57	06:48:26	86	00:01:30	02:03:46	122	00:02:16	04:36:40	00:00:07	86,07	86,07	0,00	0,00	13

**AUTEUR : Nom :** BOINET

**Prénom :** Amélie

**Date de soutenance :** Mercredi 23 septembre 2020.

**Titre de la thèse :** La plateforme téléphonique, un outil de coordination à destination des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels de santé dans l'expérimentation PAERPA des Hauts-de-France.

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement :** Gériatrie

**DES + spécialité :** Gériatrie

**Mots-clés :** Plateforme téléphonique, Personnes âgées, Coordination, Soins Intégrés, PAERPA.

**Résumé :**

**Introduction :** Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Un des dispositifs de cette expérimentation est la plateforme (téléphonique) gériatrique de territoire. Son but est d'orienter les appels des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels de santé vers le meilleur interlocuteur face à une problématique donnée. L'objectif de cette étude est d'analyser ces appels.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude décrivant le nombre d'appels reçus, l'appelant, le motif principal de la demande et l'orientation proposée par la plateforme.

**Résultats :** 7 555 appels ont été analysés entre le 1er septembre 2017 et le 31 août 2019. 80 % des appels reçus proviennent des professionnels hospitaliers, des aidants familiaux et des professionnels médico-sociaux. Plus de 50 % des appels sont orientés vers d'autres structures que le secrétariat. Un écart est observé entre les motifs initiaux identifiés et l'orientation finale proposée. 19,7 % des appels sont dirigés vers le médecin de l'expérimentation PAERPA.

**Discussion :** L'expertise gériatrique apportée par le personnel de la plateforme est essentielle à une bonne coordination. Ce type de plateforme participe au déploiement des soins intégrés sur un territoire.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Eric BOULANGER, Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART, Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur Delphine DAMBRE