



**HAL**  
open science

# Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude qualitative auprès de médecins généralistes

Pierre Dulau

## ► To cite this version:

Pierre Dulau. Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude qualitative auprès de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02161063

**HAL Id: dumas-02161063**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02161063>**

Submitted on 20 Jun 2019

**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.



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 53

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de  
DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2019

Par DULAU Pierre

Né le 22 mai 1986 à BORDEAUX (Gironde)

**Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude  
qualitative auprès de médecins généralistes.**

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Nicolas BRUGÈRE

**Membres du Jury :**

Monsieur le Professeur Bernard GAY	Président
Madame le Professeur Nathalie SALLES	Juge, Rapporteur
Madame le Professeur Muriel RAINFRAY	Juge
Monsieur le Docteur Pierre DUPORTÉ	Juge
Monsieur le Docteur Nicolas BRUGÈRE	Juge

## **REMERCIEMENTS**

*Aux membres du jury,*

### **Monsieur le Professeur Bernard GAY**

*Professeur Emérite de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre accompagnement et vos précieux conseils dans l'élaboration de ce travail. Je n'oublie pas non plus votre contribution dans mon apprentissage de la médecine générale. Pour tout cela, veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude et de tout mon respect.

### **Madame le Professeur Nathalie SALLES**

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
CHU de Bordeaux*

*Hôpital Xavier Arnoz, Service de Médecine Gériatrique, unité 2  
Chef du Pôle de Gériatrie Clinique du CHU de Bordeaux*

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites par votre présence dans ce jury. Je vous remercie également pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour le temps consacré dans votre qualité de rapporteur. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

### **Madame le Professeur Muriel RAINFRAY**

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
CHU de Bordeaux*

*Hôpital Xavier Arnoz, Service de Médecine Gériatrique, unité 1*

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Votre présence dans ce jury ne peut qu'apporter de la valeur à ce travail et est gage d'un jugement pertinent. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Pierre DUPORTÉ**

*Docteur en Médecine Générale  
Médecin Généraliste à Bernos-Beaulac  
Médecin Urgentiste attaché à l'HIA R. Picqué  
Maître de stage à l'Université de Bordeaux*

Je vous remercie pour votre présence dans ce jury de thèse, c'est un grand honneur. Je vous remercie également pour votre participation à mon apprentissage de la médecine générale lors de mon stage à l'HIA R. Picqué. Je n'oublie pas non plus tout ce que vous avez apporté à Clémence. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de ma profonde admiration.

**Monsieur le Docteur Nicolas BRUGÈRE**

*Docteur en Médecine Générale  
Médecin Généraliste à Bordeaux  
Adjoint au maire de la ville de Bordeaux pour la santé et les seniors  
Vice-président du CCAS de la ville de Bordeaux.*

Je vous remercie pour avoir accepté de diriger cette thèse, c'est une grande fierté. Je vous remercie pour tout le temps consacré, votre soutien et votre accompagnement sans faille du début à la fin de ce travail. Vous avez su me guider et me motiver, sans vous, ce travail n'aurait jamais pu aboutir. Pour tout cela, soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

*À ma famille et mes amis,*

À mes parents, Maryse et Guy,

Merci infiniment pour tout ce que vous m'avez apporté durant toutes ces années. Merci pour votre amour, votre soutien et tous les sacrifices faits. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible, et cela a été si facile grâce à vous. Je vous admire et je vous aime.

À mon grand amour, Clémence,

Toi qui chaque jour me supportes et me soutiens, me procures amour et bonheur, je ne te dirais jamais assez à quel point je t'aime. Reçois ici un énorme "MERCII" pour tout ce que tu apportes à notre famille. Je t'admire pour ta joie de vivre et je suis impatient de profiter avec toi des années à venir. Je t'aime.

À mon petit amour mais tout aussi grand, Juliette,

Tu es mon petit trésor qui m'apporte chaque jour bonheur, joie et amour. Saches que tu pourras toujours compter sur mon amour et mon soutien quelques soient tes choix. Je t'aime.

À ma sœur et mon frère, Laura et Antoine,

Je vous remercie de m'avoir supporté toutes ces années, et j'y vois tout l'amour que vous me portez. Laura, je t'admire pour la façon dont tu mènes ta vie. Je te souhaite tout le bonheur possible et je remercie Tom d'y participer. Une pensée pour le petit bout en chemin. Antoine, je t'admire aussi pour le chemin que tu es en train de te tracer. Ces derniers mois ont montré tout ton courage et ta ténacité. Je te souhaite tout le bonheur possible avec Séléna. Je vous aime.

À Marie-Christine et Jean-Louis,

Vous m'avez fait le plus beau cadeau et je vous en suis infiniment reconnaissant. Je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre famille comme vous l'avez fait. Je vous remercie pour votre générosité, votre bienveillance et votre gentillesse. Vous compter parmi mes proches est une grande fierté. Soyez assurés de ma profonde admiration et de tout mon respect.

À Cécile, Alex, Léonard et Pénélope,

C'est un grand bonheur et une grande fierté de vous compter parmi mes proches. Je vous souhaite tout le bonheur possible. Je vous aime.

À mamie Jeanine,

Merci pour tout l'amour que tu m'as donné depuis ma tendre enfance. Je te remercie également pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir. Je t'aime.

À mamie Dorcas, papi Robert et papi Jacques,

J'espère vous rendre fier et je vous remercie de tous les sacrifices que vous avez fait pour notre famille. Je vous aime.

À toute ma belle et grande famille, mes oncles et tantes, cousins et cousines,  
Je ne vous remercierais jamais assez pour tous les exceptionnels et grands moments passés ensemble. C'est une chance de vous compter parmi mes proches et un plaisir de vous revoir à chaque fois. Je vous souhaite à tous le meilleur. Je vous aime.

À mes amis d'enfance que j'ai connu à sainte Marie de La Ferrade, Alex et Julien, et qui ne veulent pas me lâcher,  
À mes amis d'Alain Fournier, les bobos bordelais, Anne-So, Bastoos, Ben, François, Gros Ju, Guéré, Lucas, Manu Tony, Vinc',  
À mon pote du hand, Toto,  
À mes amis de François Magendie, Léonard et Tony,  
À mes potes de la Fac, Antoine, Big Mac, L'English, Guedjito, La Masse, PH, Tessal,  
À mon pote d'études, du collège au diplôme de Docteur, Vinc',

Je vous remercie tous de m'avoir parfois supporté mais surtout pour avoir fait de ce long parcours difficile une période heureuse et riche en émotions. Merci à tous, je vous kiffe !

*À mes chefs et collaborateurs,*

Je remercie tous les maîtres de stage, les médecins, les infirmiers et infirmières, les secrétaires et les aides-soignantes qui m'ont accueilli avec bienveillance dans leurs cabinets et leurs services.

Je remercie tous les médecins que j'ai remplacé pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie tous les co-internes avec qui j'ai partagé tant de bons moments, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

*Aux professionnels qui m'ont aidé à réaliser ce travail,*

À tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail, je vous remercie pour tout le temps consacré et pour votre implication sans réserve.

À Madame Brigitte Geoffroy, ancienne chef du projet PAERPA à L'ARS Nouvelle-Aquitaine, Je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

À Monsieur Jérôme Pascaud, Directeur Délégué e la CPAM Gironde en charge du projet PAERPA, merci pour avoir accepté de m'accorder du temps.

À Madame Laurence Tuillon-Lassale, responsable de la Plateforme autonomie séniors, Je vous remercie pour votre gentillesse et votre aide précieuse.

À Madame le Docteur Marie-Neige Videau, responsable de l'unité mobile de gériatrie, Je vous remercie pour l'aide et le temps que vous m'avez accordés.

À Madame Karine Pérès, chargée de recherche à l'INSERM, je vous remercie pour vos précieuses informations.

À l'équipe Télésanté Aquitaine, merci pour votre précieuse aide.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	2
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	7
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</b> .....	10
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	11
<b>INTRODUCTION</b> .....	14
<b>A. Les facteurs motivant le développement du parcours de santé de la personne âgée</b> .....	16
1. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?.....	16
2. Qu'est-ce que le parcours de santé ?.....	16
3. La situation démographique française .....	16
4. Coordination et intégration dans le système de santé Français .....	19
5. La place de la prévention .....	21
<b>B. Le projet PAERPA</b> .....	22
1. Une expérimentation nationale .....	22
2. Pilotage et financements régionaux .....	23
3. La population cible .....	23
4. Notion de fragilité.....	23
5. Les objectifs nationaux du projet PAERPA.....	25
6. Les différents dispositifs PAERPA .....	25
7. Les territoires pilotes PAERPA .....	30
<b>C. Le projet PAERPA sur le territoire de Bordeaux</b> .....	34
1. Mise en place du PAERPA sur le territoire de Bordeaux.....	34
2. Acteurs engagés .....	34
3. Objectifs .....	34
4. Population concernée .....	35
5. Particularités de l'offre et de la consommation en santé du territoire bordelais .....	35
6. Dispositifs mis en place dans le cadre du PAERPA .....	37
7. Le déroulement du processus PAERPA .....	43
<b>D. Question de recherche et objectifs</b> .....	45
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	46
1. Recherches préalables au travail de thèse.....	46
2. Schéma d'étude.....	46
<b>RESULTATS</b> .....	49
<b>A. Les entretiens</b> .....	49

1. Nombre et durée des entretiens .....	49
2. Lieux des entretiens .....	49
<b>B. Caractéristiques et pratique des médecins interrogés .....</b>	<b>49</b>
1. Sexe .....	49
2. Âge .....	49
3. Durée d'installation .....	49
4. Mode d'exercice .....	49
5. Pourcentage de patients de plus de 75 ans. ....	50
<b>C. Les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans .....</b>	<b>51</b>
1. La prise en charge sociale des personnes âgées .....	51
2. La prise en charge sociale associée aux notions de manque de connaissance, de lisibilité et de temps.....	52
<b>D. Le dispositif PAERPA dans la pratique des médecins .....</b>	<b>53</b>
1. Niveaux d'implication dans le dispositif PAERPA.....	53
2. Modalités d'inclusion des patients dans le dispositif PAERPA.....	55
<b>E. Les différents dispositifs PAERPA : atouts et inconvénients pour les médecins .....</b>	<b>57</b>
1. La Plateforme autonomie séniors (PAS) .....	57
2. L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité (UEGPC).....	60
3. Le système de communication PAACO-Globule dans la pratique des médecins .....	62
4. Le système CCP et PPS.....	67
5. Les dispositifs mis en place en EHPAD .....	72
6. L'équipe de soutien aux aidants (ESAD).....	73
7. L'équipe urgence nuit (EUN) .....	74
<b>F. Le projet PAERPA en général : points positifs et négatifs .....</b>	<b>75</b>
1. Des médecins généralistes plutôt favorables au projet PAERPA et à sa généralisation... 75	
2. Une réelle amélioration de la prise en charge de patients âgés et un potentiel pour améliorer la pratique des médecins .....	75
3. Un projet en cohérence avec la vision des médecins concernant la prise en charge des patients âgés .....	76
4. Les inconvénients du dispositif PAERPA pour les médecins généralistes .....	79
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>83</b>
<b>A. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>84</b>
1. Forces de l'étude.....	84
2. Limites de l'étude .....	85
<b>B. Discussion des principaux résultats .....</b>	<b>87</b>
1. Un projet qui répond à certaines attentes des médecins généralistes .....	87

<b>2. La Plateforme Autonomie Séniors .....</b>	<b>87</b>
<b>3. L'Unité d'Evaluation Gériatrique Pluriprofessionnelle dans la Cité (UEGPC). .....</b>	<b>89</b>
<b>4. Le système de communication PAACO-Globule dans la pratique des médecins .....</b>	<b>89</b>
<b>5. Le système CCP / PPS .....</b>	<b>92</b>
<b>6. Les autres atouts et inconvénients du projet PAERPA pour les médecins généralistes ...</b>	<b>95</b>
<b>7. Quel avenir pour le PAERPA ?.....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>107</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>117</b>
<b>Annexe 1 : Classification GIR .....</b>	<b>117</b>
<b>Annexe 2 : Grille de repérage de la fragilité élaborée par la HAS et le gérontopôle de Toulouse .....</b>	<b>118</b>
<b>Annexe 3 : Modèle de PPS national présenté par l'HAS .....</b>	<b>119</b>
<b>Annexe 4 : Grille d'aide à la décision d'initier un PPS .....</b>	<b>126</b>
<b>Annexe 5 : Fiche de consentement personne âgée .....</b>	<b>127</b>
<b>Annexe 6 : Grille de repérage de la fragilité PAERPA Bordeaux .....</b>	<b>132</b>
<b>Annexe 7 : Modèle de PPS complété et proposé par le dispositif PAERPA à Bordeaux ....</b>	<b>133</b>
<b>Annexe 8 : Fiche de demande de prise en charge PAERPA auprès de la Plateforme autonomie séniors .....</b>	<b>137</b>
<b>Annexe 9 : Grille d'entretien .....</b>	<b>139</b>
<b>Annexe 10 : Processus d'inclusion et de prise en charge PAERPA. Informations à destination des médecins.....</b>	<b>142</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>143</b>

## **LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX**

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance observée et projetée.....	17
Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070.....	17
Figure 3 : Processus d'entrée dans la dépendance.....	24
Figure 4 : Répartition des territoires pilotes PAERPA.....	31
Figure 5 : Présentation des différents acteurs et structures liés au parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de Bordeaux.....	37
Tableau 1 : Caractéristiques et pratique des médecins généralistes interrogés.....	50
Tableau 2 : Connaissance et utilisation du dispositif PAERPA par les médecins interrogés.....	54

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

ALD : Affections de Longue Durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAD : Aide, Soins et Service à Domicile

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy

DAM : Délégué Assurance Maladie

DCS : Dépense Courante de Santé

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIP : Education Inter Professionnelle

ESAD : Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile

ESPREAD : Equipe Spécialisée dans la Prévention des chutes, la Réadaptation et l'Education à Domicile

EUN : Equipe Urgence Nuit

FIR : Fond d'Intervention Régional

GCS TSA : Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Aquitaine

GIP ESEA : Groupement d'Intérêt Public E-Santé En Action

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

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

Loi HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

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

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication

PAERPA : Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRISMA : Programme de Recherche sur l'Intégration des Service de Maintien de l'Autonomie

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAD : Service d'Aide à Domicile

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCAPSA : Technicien-Coordonnateur de l'Aide Psycho-Sociale aux Aidants

TSN : Territoire de Soins Numérique

UNPS Union Nationale des Professionnels de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VSM : Volet de Synthèse Médicale

## INTRODUCTION

Les prochaines décennies vont être marquées, sur le plan démographique, par le vieillissement de la population française. En cause, d'une part, l'allongement constant de l'espérance de vie et d'autre part, l'arrivée à l'âge de 75 ans des premières générations issues du baby-boom, dès 2020. Cette évolution démographique va s'accompagner d'une augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques voire dépendantes et souvent isolées. Le manque d'effectifs médicaux, le cloisonnement entre le sanitaire et le social, entre les soins de villes et hospitaliers sont des caractéristiques du système de santé qui, avec l'évolution démographique et sanitaire à venir, constituent un véritable enjeu de santé publique. En effet, le système de santé français, organisé pour la prise en charge d'une pathologie donnée et performant pour délivrer des soins curatifs, va devoir s'adapter à ces évolutions pour adopter une logique centrée sur la personne dans sa globalité en intégrant prévention, soins et accompagnement. Pour cela, les pouvoirs publics misent depuis plusieurs années sur l'évolution de la médecine ambulatoire, notamment depuis 2004, avec la création du concept de médecin traitant. Ce dernier ayant pour rôle de garantir la coordination du parcours de soins des patients. Parallèlement, se sont développées de nombreuses structures et réseaux à vocation sanitaire, sociale ou médico-sociale, dans le but de soutenir le parcours de vie, de santé ou de soins des personnes âgées. Cette multiplication des acteurs autour des personnes âgées est un atout mais ce système perd de son efficacité, par manque de lisibilité. Ce modèle fonctionne sur un mode cloisonné et est en difficulté pour proposer une prise en charge globale aux patients âgés. L'ambition est de placer le patient au centre d'un parcours coordonné par le médecin traitant, soutenu et facilité par l'intégration ou la coordination des différentes ressources sanitaires, sociales et médico-sociales existantes. Le système de santé pourrait être déstabilisé par le vieillissement de la population du fait de la croissance des dépenses de santé avec l'âge. Si la coordination des différents acteurs autour des personnes âgées est améliorée, la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées pourraient être augmentées de façon notable. Pour faire face au défi du vieillissement de la population, avec la coordination, une autre action est à poursuivre de façon plus soutenue, c'est la prévention de la dépendance.

Le projet Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), ou parcours de santé des personnes âgées est né de ce diagnostic. Cette expérimentation a débuté en 2014 dans 9 territoires pilotes, dont la ville de Bordeaux. Son objectif est de réduire la fragmentation et le cloisonnement entre les différents intervenants dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. Ce projet mise d'une part, sur l'intégration de certains services et d'autre part, sur une meilleure coordination entre les différents professionnels, qu'ils soient du domaine sanitaire, social, médico-social, ou qu'ils exercent en ville ou en milieu hospitalier. La qualité de vie des personnes âgées et la prévention de la perte d'autonomie sont les principales préoccupations. L'implication du médecin généraliste, de par son rôle de médecin traitant, sa connaissance des patients et la relation de confiance qu'il entretient avec ces derniers, est indispensable au bon fonctionnement du dispositif PAERPA. Le cahier des charges PAERPA le désigne d'ailleurs comme pivot et décideur dans cette organisation.

Ce travail va s'intéresser au ressenti des médecins généralistes quant à la mise en place du dispositif PAERPA sur le territoire de Bordeaux. La première partie apporte quelques précisions sur les facteurs qui ont amené à développer ce projet. Elle permet aussi de décrire ce qu'est le projet au niveau national, de présenter les spécificités des différents territoires pilotes

et enfin de montrer l'organisation du PAERPA à Bordeaux. La deuxième partie présente la méthode utilisée pour réaliser ce travail. La troisième partie est consacrée aux résultats qui seront discutés dans la quatrième partie.

## **A. Les facteurs motivant le développement du parcours de santé de la personne âgée**

### **1. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?**

Selon le Collège national des enseignants en gériatrie : « *le vieillissement est un processus progressif qui évolue lentement tout au long de la vie sous l'effet de facteurs génétiques et environnementaux. L'âge d'entrée dans la vieillesse dépend donc de facteurs individuels qui conditionnent nos processus physiologiques et psychologiques.* » Il est donc impossible de déterminer un âge commun à tous les individus pour caractériser l'entrée dans la vieillesse. Il existe quelques définitions arbitraires. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne âgée est une personne de plus de 60 ans. En France, d'un point de vue social, l'âge d'entrée dans la vieillesse peut être assimilé à celui de la cessation d'activité, c'est-à-dire aux alentours de 55-60 ans. Ce qui est aussi l'âge de la possibilité d'obtention de certaines prestations sociales destinées aux personnes âgées comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). [1]

### **2. Qu'est-ce que le parcours de santé ?**

Selon le Ministère des solidarités et de la santé, le parcours de santé se définit comme : « *la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.* » [2]

Cette démarche est portée par la Stratégie nationale de santé et la loi de modernisation de notre système de santé. La logique voulue par le gouvernement est de cesser de fonctionner par secteur et de faire émerger les soins de santé primaires pour répondre au mieux aux enjeux du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques.

### **3. La situation démographique française**

#### **3.1. Le vieillissement de la population**

Selon l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), la France comptait en 2013, 65,8 millions d'habitants, dont 11,5 millions (soit 17,5%) de plus de 65 ans et 5,9 millions (soit 9%) de plus de 75 ans. Dans les prochaines années et décennies, le vieillissement de la population va s'accélérer, en raison, de l'augmentation constante de l'espérance de vie (figure 1) mais surtout, de l'avancée en âge des générations issues du baby-boom. Ainsi, en 2070, la France compterait 76,5 millions d'habitants. Par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). Jusqu'en 2040, l'augmentation forte de la part des plus de 65 ans est inéluctable et inscrite dans la pyramide des âges (figure 2). Entre 2040 et 2070, la part des plus de 65 ans continuerait d'augmenter, mais de façon plus modérée et plus sensible aux variantes démographiques (fécondité, espérance de vie, migrations). En 2040, les personnes âgées de plus de 65 ans pourraient représenter plus d'un habitant sur quatre, contre moins d'un sur cinq en

2013. Concernant les personnes âgées de plus de 75 ans, représentant 9% de la population française en 2013 (soit 5.9 millions), elles pourraient représenter 14.6% de la population en 2040 (soit 10.6 millions) et 17.9% en 2070 (soit 13.7 millions). [3]

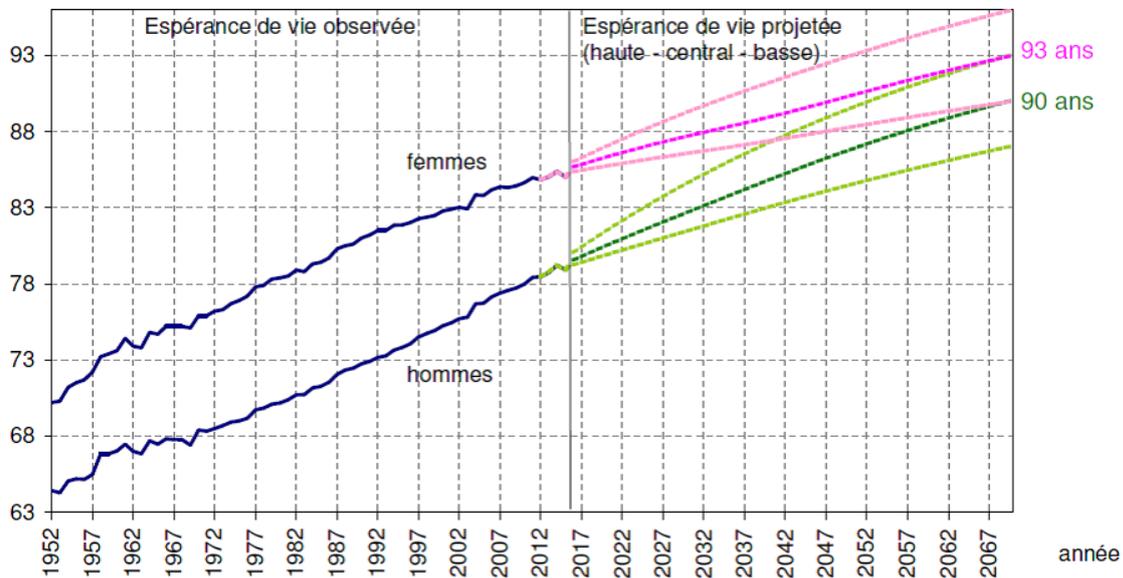


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance observée et projetée.  
 (Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil pour l'espérance de vie observée. Projection de population 2013-2070 pour l'espérance de vie projetée.)

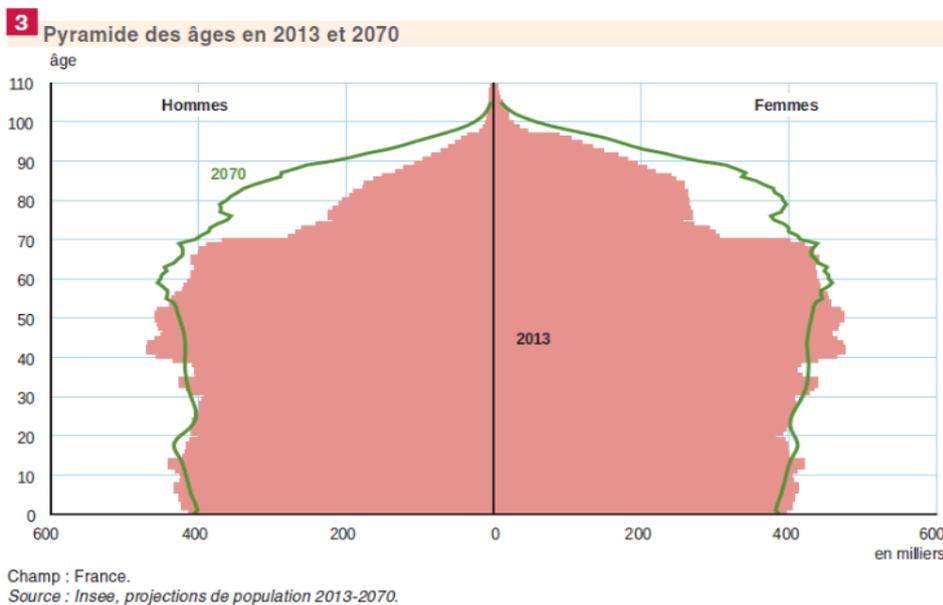


Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070.

## **3.2. Les conséquences**

### **3.2.1. La progression des maladies chroniques**

Selon un rapport de 2007 du ministère de la santé, une maladie chronique se définit par :

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive,
- Une ancienneté de plusieurs mois,
- Un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne. [4]

Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente régulièrement chaque année du fait de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès médicaux. Cette augmentation va s'accroître dans les prochaines années et décennies selon l'évolution des caractéristiques démographiques françaises. Le registre des déclarations d'Affections de longue durée (ALD) permet d'apprécier l'ampleur des maladies chroniques en France sans en donner l'exhaustivité. En 2013, selon les chiffres de l'assurance maladie, 64% des personnes âgées de plus de 75 ans sont en ALD, ce qui représente près de 40% du total des personnes en ALD alors que les personnes âgées de plus de 75 ans représentent moins de 10% de la population française.[5] Le vieillissement de la population à venir va donc entraîner une forte augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Il faut rester prudent quant à l'interprétation de ces chiffres. En effet, le lien entre le nombre de maladies chroniques et le nombre d'ALD n'est pas évident pour de nombreuses raisons. Ainsi en 2008, étaient estimés, à 28 millions le nombre de personnes suivant un traitement au long cours, à 15 millions le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et à 9 millions le nombre de personnes déclarées en ALD. [6–8]

### **3.2.2. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes**

Si les maladies chroniques représentaient en 2007 environ 60% des causes de décès, elles sont aussi à l'origine d'incapacités et de dépendance, notamment chez les personnes âgées et constituent un véritable enjeu de santé publique. Selon le Collège national des enseignants en gériatrie, la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.[4,9] Plusieurs outils de mesure de la dépendance existent. Les échelles d'activités de vie quotidienne (ADL) et d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) font références dans la littérature internationale. La grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR) permet de classer la dépendance des personnes âgées en 6 niveaux ou Groupes Iso Ressources (GIR) (Annexe 7). La grille AGGIR est utilisée à des fins réglementaires, ainsi les personnes âgées de plus de 60 ans classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA. Il existe d'autres méthodes permettant de classer la dépendance des personnes âgées. À ce propos, il est intéressant d'évoquer l'expérimentation développée depuis 2008 en Aquitaine, et plus précisément dans la ville de Bergerac, qui consiste à utiliser le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Cet outil de mesure a été élaboré et validé par l'université de Sherbrooke au Québec en 1983. [10,11]

Selon un article de 2013, rédigé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'INSEE, la France comptait en 2013 environ 1,2 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes au sens de l'APA (degrés de perte d'autonomie GIR 1 à 4), dont 60% vivaient à domicile. Les plus de 75 ans représentaient 87%

de cet effectif. Ce nombre pourrait atteindre 1,9 millions en 2040 et 2,3 millions en 2060 selon l'hypothèse de projection intermédiaire. [12]

### **3.2.3. Modification de l'aide apportée par les aidants naturels**

En 2013, 80% des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sont aidées régulièrement par un proche représenté par le conjoint ou un enfant, contre 50% par un professionnel. Ces aidants ont en moyenne 58 ans.[12] Avec l'évolution démographique à venir, le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et celui des 20–64 ans croîtrait très fortement jusqu'en 2040. Il atteindrait alors 51 % en 2040 puis 57% en 2070 contre 30 % en 2013.[3] Lorsque les aidants potentiels appartenant à la génération du baby-boom seront en position de personne âgée susceptible d'être touchée par la dépendance le nombre d'aidant proches ou naturels risque de fortement se détériorer.

### **3.2.4. Impact économique**

Sans ignorer l'importance des conséquences humaines et sociales de la dépendance des personnes âgées, le coût financier de l'aide à l'autonomie est au cœur des débats et réformes concernant les personnes âgées. Ce coût est très difficile à évaluer car d'une part, les financements de la perte d'autonomie sont très variés et d'autre part, des sources de financements dédiés à une autre cause peuvent interférer. Les chiffres concernant ces dépenses sont assez hétérogènes en fonction des sources interrogées. Les plus souvent retrouvés évaluent à plus de 20 milliards d'euros pour l'année 2016 le financement de l'aide à l'autonomie. Soit une augmentation de plus de 60% depuis 2006 pour représenter environ 9% des dépenses de santé.[13,14] Quant aux dépenses de santé attribuées aux personnes âgées de plus de 60 ans, elles représenteraient un peu moins de la moitié des dépenses de santé totales selon un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2010. [15]

## **4. Coordination et intégration dans le système de santé Français**

### **4.1. Définition de la coordination et de l'intégration**

Dans le domaine de la santé, les définitions des concepts d'intégration et de coordination sont nombreuses.

Selon la Haute autorité de santé (HAS), la coordination des soins peut être définie comme « *l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins.* » [16]

La HAS définit l'intégration comme « *un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant.* » [17]

## **4.2. La fragmentation et le cloisonnement du système de santé français**

Le système de santé français a initialement été organisé pour délivrer des soins curatifs en réponse à une pathologie aiguë.[18–20] Il se caractérise également par la multitude de structures et de services sanitaires et médico-sociaux et par de nombreux décideurs et financeurs. Cette organisation souffre d'importants cloisonnements entre la ville et l'hôpital mais aussi entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.[21] Ce fonctionnement peut entraîner de nombreuses difficultés pour la prise en charge de patients âgés souffrant souvent de plusieurs pathologies chroniques et nécessitant l'intervention de multiples acteurs. La prise en charge d'une maladie chronique est complexe d'un point de vue médical mais aussi parce qu'elle déborde de la sphère médicale et demande des adaptations sociales et environnementales. Pour reprendre un article du Haut conseil de la santé publique (HCSP) : « *la principale difficulté à laquelle sont confrontées les personnes atteintes de maladie chronique et les soignants est le cloisonnement de notre système de santé* ». [8] Selon la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) [22], ce manque de coordination a de nombreux effets négatifs sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées, comme par exemple, des hospitalisations ou des passages aux urgences inappropriés pouvant précipiter une entrée dans la dépendance. Par ailleurs, dans un de ses rapports, le HCAAM estime qu'une part non négligeable des dépenses de santé peut être liée directement à une insuffisante coordination dans le parcours de santé des patients. [23]

## **4.3. La multiplication des réseaux de soins et des structures de coordination concernant les personnes âgées**

Le concept de coordination s'est imposé en France dans la majorité des politiques publiques touchant au champ gérontologique à partir des années 1960. On assiste alors à la création successive de nombreux réseaux de soins et dispositifs impliqués dans la coordination de la prise en charge des personnes âgées, comme les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 1981, les réseaux de santé gérontologiques à partir de 1993, puis les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les centres mémoire de ressource et de recherche au début des années 2000. Ces dispositifs s'additionnent aux nombreux dispositifs déjà existants pour d'autres catégories de patients, en fonction de l'âge ou de la pathologie, comme en témoigne la gestion séparée de la dépendance des adultes handicapés et des personnes âgées. Cette multiplication des réseaux de soins et des structures de coordination peut rendre difficile, pour les patients et les soignants, la gestion efficace et efficiente de leur parcours de santé et favorisent les pertes d'informations, les erreurs et ruptures de prise en charge. [21]

## **4.4. Développement de l'intégration des soins et des services**

Les dispositifs d'intégration sont encore peu nombreux en France. Le concept d'intégration des soins à émergé en France en 2005 avec le programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) inspiré du modèle PRISMA au Canada. L'objectif était d'évaluer la faisabilité de l'implantation d'un modèle d'intégration en France, et d'identifier les facteurs facilitant ou entravant le développement des outils et des procédures. Ce programme a débouché sur la mise en place en 2009 des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), lancées dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012. La population cible des MAIA s'est progressivement élargie, et en 2016, les MAIA ont été

rebaptisées Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie. Ces structures d'intégrations visent à remédier au cloisonnement qui persiste entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et entre la ville et l'hôpital, en proposant une porte d'entrée unique pour les utilisateurs. Ce modèle s'appuie sur un gestionnaire de cas capable d'évaluer les situations complexes et d'organiser une prise en charge adaptée grâce à sa connaissance des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales. [21,22]

## **5. La place de la prévention**

La médecine préventive doit être présente à tous les âges de la vie et accompagner tous les patients quel que soit leur statut de santé. Elle permet de lutter contre la survenue de nombreuses pathologies ou leurs complications, notamment les maladies cardio-vasculaires et certains cancers, qui sont les affections les plus fréquentes en occident. En 2014, le financement de la prévention sanitaire en France, représentait 4,8% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,9% de la dépense courante de santé (DCS).[24] Selon la feuille de route de la Stratégie nationale de santé de 2012, la prévention a été négligée depuis des décennies et son développement insuffisant ne permet pas de répondre aux enjeux que sont, entre autres, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. La prévention sera donc, selon la même source, un axe prioritaire de conduite de la stratégie nationale de santé. [25]

## B. Le projet PAERPA

Selon un rapport du Comité des Sages, le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques rendent nécessaire un profond bouleversement du système de santé vers une logique centrée sur la personne, le développement des mesures de prévention et un décloisonnement des sphères sanitaires, sociales et médico-sociales.[26] Dans cette démarche, le HCAAM préconise dans un rapport de 2011, le développement d'expérimentations de coordination et d'intégration des soins et des services sociaux sur un nombre limité de territoires afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées : les bases des projets de parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) sont posées.[23] Le projet PAERPA est une expérimentation nationale, se déroulant dans différents territoires dont l'objectif est de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et de favoriser le maintien à domicile. Les points d'actions sont les suivants :

- Repérer les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie,
- Renforcer une prise en charge centrée sur le patient ou parcours de santé,
- Coordonner et décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et améliorer les liens ville-hôpital.

Les objectifs principaux sont de diminuer les risques de rupture de prise en charge en limitant les hospitalisations et les passages aux urgences évitables. Une priorité est accordée à la lutte contre les 4 principaux facteurs de risque d'hospitalisation :

- Chutes
- Iatrogénie
- Dénutrition
- Dépression

Le projet PAERPA est l'application du concept de parcours de santé, aux personnes âgées fragiles et ses objectifs peuvent être résumés ainsi : « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.* » [27]

### 1. Une expérimentation nationale

Les modalités de mise en œuvre de ces projets pilotes sont décrites dans le cahier des charges national [27] et s'inscrivent dans l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013.[27,28] Les projets PAERPA pouvaient être menés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, pour une durée de 5 ans. La pérennisation des dispositifs dépendra de leurs évaluations.

La mise en place des projets PAERPA doit s'appuyer sur 5 principes :

- Le dispositif doit concerner l'ensemble de la population et l'ensemble des acteurs de la prise en charge,
- L'approche doit s'appuyer sur les acteurs existants,
- L'organisation doit être « industrialisable »,
- Le financement doit favoriser la continuité du parcours de santé,
- L'évaluation médico-économique doit être réalisée sur le long terme.

## 2. Pilotage et financements régionaux

En lien avec un comité de pilotage national, les Agences régionales de santé (ARS) sont chargées de piloter ces projets au niveau régional et d'assurer l'application des principes et objectifs du PAERPA en s'adaptant aux spécificités territoriales. L'ARS doit accompagner tous les acteurs dans la mise en place des différents dispositifs du projet PAERPA, que ce soit en apportant une aide logistique, juridique, financière ou portant sur les systèmes d'information. L'ARS est tenue de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à l'évaluation du projet PAERPA. Le financement du projet PAERPA repose d'une part, sur les financements existants afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées et d'autre part, sur une dotation spécifique du Fond d'intervention régional (FIR) géré par l'ARS. Cette dotation pourra être utilisée, selon le cahier des charges, « *pour accompagner les innovations visant à faire mieux...* » et ce uniquement « *...pour le parcours de santé des personnes âgées* ». [27]

## 3. La population cible

Le PAERPA s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans encore autonomes, mais dont l'état de santé et l'autonomie sont susceptibles de se dégrader pour des raisons médicales et/ou sociales. Ce sont les personnes âgées fragiles :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie,
- 57 % sont en ALD,
- 29 % souffrent d'au moins une pathologie cardio-vasculaire,
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne,
- 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins 3 fois par an.

## 4. Notion de fragilité

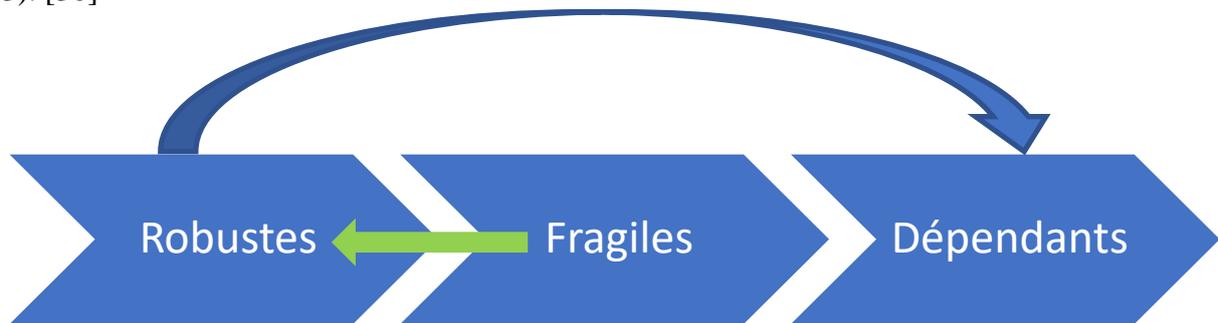
### 4.1. Définition

Les définitions de la fragilité sont nombreuses dans la littérature. La SFGG définit la fragilité comme suit [29] :

- « *Un syndrome clinique qui 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 les facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux ;*
- *C'est un marqueur de risque d'événements péjoratifs : incapacités, chutes, hospitalisation, entrée en institution et mortalité ;*
- *L'âge en est un déterminant majeur mais n'explique pas à lui seul ce syndrome ;*
- *La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences ;*
- *La fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible. »*

Karine Pérès, chargée de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM) propose dans une présentation une revue des points essentiels concernant la

fragilité : la fragilité peut être présentée comme une étape dans le processus de vieillissement. Elle serait un passage non obligatoire d'un état de robustesse à un état de dépendance (Figure 3). [30]



*Figure 3 : Processus d'entrée dans la dépendance. Source : présentation de Karine Pères lors d'une réunion de quartier présentant le projet PAERPA en avril 2017.*

#### 4.2. Outils de mesure

Mesurer la fragilité chez une personne âgée est compliqué. Cela nécessite d'évaluer de nombreux critères, parfois subjectifs, qui concernent les aspects médicaux, mais aussi sociaux et environnementaux d'une personne. Parmi les différents outils de mesure de la fragilité utilisés dans la littérature, deux émergent :

- 2001 : Le syndrome clinique de Fried s'appuyant sur 5 critères physiques :
  - o Perte involontaire de poids > 5%, dans l'année ;
  - o Vitesse de marche ralentie par rapport à des normes en fonction de l'âge et de la taille ;
  - o Diminution de la force de préhension mesurée avec un dynamomètre ;
  - o Fatigue / Epuisement ;
  - o Baisse des dépenses d'énergie.

La présence d'un ou de deux critères chez une personne la définit comme pré-fragile, trois ou plus comme fragile. [31]

- 2005 : L'approche multidimensionnelle de Rockwood, qui intègre en plus des critères sociaux, psychologiques et cognitifs. [32]

#### 4.3. Applications en santé publique

L'absence de définition et d'outil de mesure consensuels de la fragilité des personnes âgées rend difficile son analyse et l'évaluation de sa prévalence. En effet, les études présentes dans la littérature utilisent des définitions différentes, et lorsque certaines études emploient la même approche, elle peut être appliquée de manière différente par l'examineur.[33] Ainsi, dans une revue systématique de la littérature, la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans vivant en communauté était estimée entre 4% et 59,1%, et variait en fonction de l'outil utilisé et de la population étudiée.[34] En France, cette prévalence était estimée entre 7 % et 15% %, soit environ entre sept-cent-mille et 1,8 millions de français, selon deux études de 2008 et 2009 utilisant des critères de Fried adaptés. [35,36]

Ce qui est reconnu, c'est que la fragilité est associée à un risque accru d'évènements péjoratifs comme les chutes, la dépendance, les hospitalisations, l'institutionnalisation et le décès.[33] La fragilité est potentiellement évitable et réversible. Elle peut être une cible intéressante dans le cadre de la prévention de la dépendance. Une étude publiée en 2012 montrait que le risque de survenue de la fragilité ou de certaines de ses composantes était associé au niveau d'adhérence à un régime alimentaire de type méditerranéen.[37] Connaître les déterminants du passage de la robustesse à la fragilité, de la fragilité à la dépendance et inversement, permettrait de prévenir la fragilité, de favoriser le retour à la robustesse et de prévenir l'entrée en dépendance ou la survenue d'autres évènements péjoratifs.

## **5. Les objectifs nationaux du projet PAERPA**

Les objectifs du projet PAERPA sont d'une part, d'améliorer la qualité de vie à domicile des personnes âgées fragiles et de leurs aidants, de prévenir la perte d'autonomie et d'autre part d'améliorer l'efficacité des soins. Plus précisément, les actions à mener concernent :

- La prévention de la perte d'autonomie :
  - Repérer les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie,
  - Lutter contre les facteurs de risque d'hospitalisation (chutes, iatrogénie, dénutrition, dépression) et limiter les hospitalisations et les passages aux urgences évitables.
- Les points de rupture au sein du parcours de santé des personnes âgées fragiles :
  - Améliorer la communication et la coordination entre tous les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des secteurs ambulatoires et hospitaliers,
  - Mettre en œuvre une gouvernance et des financements territoriaux partagés entre les différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées,
  - Développer les outils transversaux de coordination.

## **6. Les différents dispositifs PAERPA**

Pour réaliser ces objectifs, le cahier des charges national du PAERPA décrit les dispositifs qui devront être mis en place. Chacun de ces dispositifs sera adapté aux particularités territoriales. [27]

### **6.1. La formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées**

La formation s'adresse à tous les acteurs du parcours de santé et ce à chaque échelon (gouvernance, coordination, acteurs de la santé et du social). Son financement entre dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC). Dans l'idéal, les formations doivent être interprofessionnelles et associer la filière gériatrique. Ces formations concernent :

- Le repérage de la fragilité,
- La prévention de la perte d'autonomie,
- L'identification des facteurs de risque d'hospitalisation,
- L'éducation thérapeutique personnalisée,
- Le fonctionnement du dispositif PAERPA et de ses différents outils,
- Le travail en coordination,
- L'utilisation des systèmes d'informations.

## **6.2. Repérage de la fragilité et prévention de la perte d'autonomie**

### **6.2.1. Le repérage des personnes âgées fragiles**

Cela concerne tout l'entourage des personnes âgées, des proches aux personnels des établissements de santé en passant par les professionnels de santé et du social de proximité. De nombreux outils permettent de mesurer la fragilité d'une personne âgée. Dans le cadre des soins de santé primaires, un outil de dépistage de première intention simple et rapide d'utilisation doit être proposé.[38] Pour cela, la HAS présente une grille de repérage de la fragilité (Annexe 5) élaborée avec l'aide du gérontopôle de Toulouse et validée par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG). Cette grille a pour vocation d'être utilisée par les professionnels des soins primaires et les travailleurs sociaux. [39]

Concernant les établissements de santé, ils sont appelés à tout mettre en œuvre pour mieux repérer et évaluer les personnes âgées fragiles en leur sein. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) devront réaliser une évaluation gériatrique standardisée en lien avec l'établissement de santé du territoire.

### **6.2.2. La prévention de la perte d'autonomie**

L'hospitalisation est un facteur reconnu d'entrée en dépendance ou d'aggravation de la perte d'autonomie sur lequel il est possible d'intervenir.[9] Pour limiter les hospitalisations évitables et les passages aux urgences, le HCAAM préconise une lutte contre les principaux facteurs de risque d'hospitalisation.[15] Cette volonté est clairement affichée dans le cahier des charges national du projet PAERPA : « *prévenir la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance, en mettant un accent particulier sur les facteurs de risques d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes).* » [27]

Les principales mesures de prévention portées par le projet PAERPA sont les suivantes :

- Sensibiliser et former tous les professionnels (de la santé, du social, libéraux et hospitaliers) aux principaux facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées,
- Former les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique,
- Aiguiller les professionnels et les usagers sur les ressources disponibles en offre d'éducation thérapeutique personnalisée,
- Mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse au sein des établissements de santé,
- Créer les conditions pour une meilleure communication et coordination entre tous les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

## **6.3. Les dispositifs pour améliorer la communication et la coordination entre les différents intervenants autour des personnes âgées**

### **6.3.1. La Coordination territoriale d'appui (CTA)**

La CTA a pour première fonction l'intégration ou à défaut la coordination des ressources sociales et médico-sociales en appui aux professionnels de santé. Elle ne repose pas sur la création d'une nouvelle structure mais bien sur l'intégration des dispositifs d'aides et de coordination existants (exemple : CLIC, MAIA, filières, réseaux...). C'est un outil indispensable dans la construction d'un parcours de santé qui utilise de façon cohérente et

appropriée les ressources sanitaires et sociales du territoire. Selon les principes du projet PAERPA, elle intervient auprès des personnes âgées sur sollicitation extérieure et avec l'accord de la personne âgée et de son médecin traitant. Cette plateforme doit proposer un numéro unique, un guichet intégré et un répertoire des ressources du territoire pour faciliter les démarches des patients et des professionnels. Ses principales missions sont :

- Information et orientation des patients et des professionnels vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire,
- Recensement des noms et des coordonnées des acteurs des coordinations cliniques de proximité des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire,
- Activation des aides sociales,
- Accompagnement des acteurs du parcours de santé de la personne âgée pour l'utilisation du dispositif PAERPA et de ses outils.

### **6.3.2. La Coordination clinique de proximité (CCP) et le Plan personnalisé de santé (PPS)**

- La CCP

La CCP regroupe les professionnels de santé au plus près des personnes âgées avec qui une relation de confiance est nécessairement instaurée. C'est le cœur du dispositif PAERPA, cette équipe permet de faire le lien dans les meilleures conditions avec tous les autres intervenants. Le pilote de cette CCP est le médecin traitant. Les autres acteurs de cette CCP peuvent être le pharmacien, l'infirmier ou encore le kinésithérapeute voire d'autres professionnels de santé. Le rôle de responsable de la CCP est attribué au médecin traitant : rédaction et validation du PPS. Ce rôle est différent de celui du référent CCP qui assure le suivi et l'exécution du PPS. Ce rôle peut être assumé par un autre professionnel de la CCP ou par la CTA. La CCP a pour objectif de développer et de formaliser la coordination des professionnels de santé de proximité autour de la prise en charge de la personne âgée.

Cette démarche vise à améliorer la connaissance et à optimiser la complémentarité des professionnels de santé de proximité entre eux et avec les autres intervenants. Ce concept veut soutenir l'évolution des pratiques vers une réflexion pluriprofessionnelle et une valorisation de la fonction de coordination du médecin traitant. Cette coordination peut se concrétiser sous différentes formes (réunions, entretiens téléphoniques, messagerie sécurisée...). Le projet PAERPA apporte plusieurs outils à la CCP pour faciliter la communication et la coordination des différents acteurs, notamment, le PPS, la CTA et les systèmes d'information numériques.

- Le PPS

Le PPS (Annexe 9) est un plan d'actions formalisé à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelles auprès d'une personne de plus de 75 ans et fragile. Tous les patients fragiles ne sont pas éligibles à la rédaction d'un PPS. Cette décision dépend de la complexité de sa situation sociale ou de santé. Une grille d'aide à la décision d'élaborer un PPS est à disposition des professionnels (Annexe 4). L'accord du médecin traitant et le consentement écrit du patient sont obligatoires pour réaliser un PPS (Annexe 8). Les objectifs et les actions déterminés dans le PPS font l'objet d'une discussion avec le patient et le document final doit lui être remis. Ce PPS doit être

réévalué au moins une fois par an. Le PPS contient un volet social et un volet médical, il comprend :

- Les coordonnées du patient et des professionnels de santé et du social impliqués dans son parcours de santé.
- Les problèmes du patient, les objectifs à atteindre, les actions à mener pour atteindre ces objectifs avec les dates ou la périodicité d'intervention des différents professionnels ainsi que des indicateurs précis de suivi et d'évaluation.

Une rémunération spécifique est prévue. Un forfait annuel de 100 euros est versé à chaque ouverture de PPS : 60 euros pour le médecin traitant et 40 euros pour le second professionnel impliqué ou, 40 euros pour le médecin et 30 euros pour les 2 autres professionnels.

La CCP bénéficie de l'appui de la CTA pour rédiger et mettre en œuvre le PPS.

Le PPS a deux autres utilités. Il pourra servir à l'évaluation nationale des projets PAERPA et participera à des études statistiques et épidémiologiques sur la fragilité et la dépendance réalisées par l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED).

#### **6.4. La mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD**

L'implication des établissements de santé et des EHPAD dans le projet PAERPA est essentielle et doit être coordonnée avec les acteurs libéraux. L'objectif est de limiter au maximum les points de rupture lors des transitions des personnes âgées d'une structure à l'autre en facilitant l'échange d'information. Ces liens devront être formalisés par des procédures et donner lieu à des conventions signées. Des réunions au moins annuelles entre les libéraux, les représentants des EHPAD et des établissements de santé permettront d'améliorer ces procédures. Les bilans de ces réunions seront transmis à l'ARS. Ces procédures concernent essentiellement :

- Le repérage de la fragilité et l'évaluation des personnes âgées au sein des établissements de santé ;
- Les modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- La préparation du retour à domicile ;
- Les échanges d'informations entre les établissements de santé, les EHPAD et les partenaires de ville ;
- La mise à disposition de l'expertise gériatrique des établissements de santé, dans l'idéal par des équipes mobiles de gériatrie intra et extra-hospitalières ;
- L'accès facilité aux structures de court séjour gériatrique par un numéro de téléphone d'accès direct au gériatre d'astreinte de la filière gériatrique.

Dans les mêmes objectifs, les SSIAD et les Services d'aides à domicile (SAD) devront être en mesure de proposer un service d'aide intégré du type Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

#### **6.5. Les outils de partage d'informations**

Le médecin traitant est chargé de permettre aux autres intervenants autour des personnes âgées, notamment aux services d'urgences ou à SOS médecins, d'accéder facilement aux informations médicales nécessaires à sa prise en charge. Pour cela il doit réaliser un volet de synthèse médicale (VSM) consistant en une photographie de l'état de santé actuel de son patient. Il en est de même pour les établissements de santé et les EHPAD avec la formalisation respective d'un compte rendu d'hospitalisation (CRH) et d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).

### **6.5.1. Les supports d'information numériques sécurisés**

- L'annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales :

La coordination territoriale d'appui assurera la mise au point d'un répertoire opérationnel des ressources du territoire (ROR). Il devra indiquer les coordonnées, les caractéristiques et les disponibilités des acteurs et structures sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. L'objectif est de permettre aux usagers et aux professionnels et établissements de chaque territoire de trouver le service ou la personne nécessaires à chaque instant du parcours.

- La messagerie sécurisée commune aux trois secteurs :

Elle devra équiper tous les acteurs autour de la personne âgée qu'ils soient du domaine sanitaire, social ou médico-social, pour favoriser leur coordination. Elle permettra d'échanger des informations ou des documents (VSM, CRH, DLU, PPS...) nécessaires à la prise en charge des personnes âgées.

### **6.5.2. Les logiciels métiers**

Les différents professionnels prenant part au parcours de santé des personnes âgées devront être équipés d'un logiciel métier :

- Capable de produire les 4 types de documents identifiés précédemment.
- Compatible avec le Dossier médical partagé (DMP) et ultérieurement avec la messagerie sécurisée.

Le cahier des charges préconise l'utilisation du DMP qui permet un partage des données médicales sécurisé et participe ainsi à la coordination des soins. Cependant son déploiement n'est pas opérationnel mais les retours d'expériences sur le DMP dans les projets pilotes permettront d'envisager des évolutions pour améliorer cet outil et favoriser sa montée en charge.

### **6.5.3. Législation pour la transmission d'information**

Un décret du 2 décembre 2013 autorise les professionnels de santé et du champ social et médico-social à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne âgée, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour déterminer la meilleure prise en charge. Le consentement de la personne ou de son représentant légal devra être recueilli et les professionnels concernés signeront une charte rappelant leurs obligations déontologiques et réglementaires. [40]

## **6.6. Les outils pour le maintien et le retour à domicile**

Pour limiter le recours à l'hospitalisation et aux services d'urgences, le cahier des charges des projets PAERPA prévoit la mise en place d'une astreinte infirmière la nuit et le week-end dans les EHPAD. Les EHPAD devront également s'organiser pour proposer des places d'hébergement temporaire d'accès facile et rapide pour répondre à l'urgence médico-sociale (carence ou répit de l'aidant) ou à la sortie d'hôpital si le retour à domicile est impossible dans l'immédiat et le recours à un service de soins et de réadaptation (SSR) non justifié. Le dispositif PAERPA mise aussi sur le développement de la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins

de premier recours mais aussi de second recours. Cet outil devra être déployé dans un premier temps dans les EHPAD et les structures de soins type hospitalisation à domicile (HAD). La télémédecine permettra de réaliser des téléconsultations spécialisées, notamment sur les thèmes de la psychiatrie, de la dermatologie et de l'orthopédie. Elle permettra aussi d'organiser de la téléexpertise en relation avec les centres mémoires experts pour établir certains diagnostics complexes concernant les troubles démentiels. Enfin, il sera possible d'expérimenter la télésurveillance médicale pour les patients atteints de maladies chroniques et vivant au domicile ou en EHPAD.

## **7. Les territoires pilotes PAERPA**

### **7.1. Présentation des différents territoires pilote**

L'expérimentation PAERPA a été conduite initialement sur 9 territoires pilotes. Au total 190 000 personnes âgées de plus de 75 ans et environ 7000 professionnels sont potentiellement concernés par l'expérimentation.[41,42] La mise en œuvre de ces 9 premiers territoires a été différée :

Cinq territoires pour une mise en œuvre en septembre 2013 :

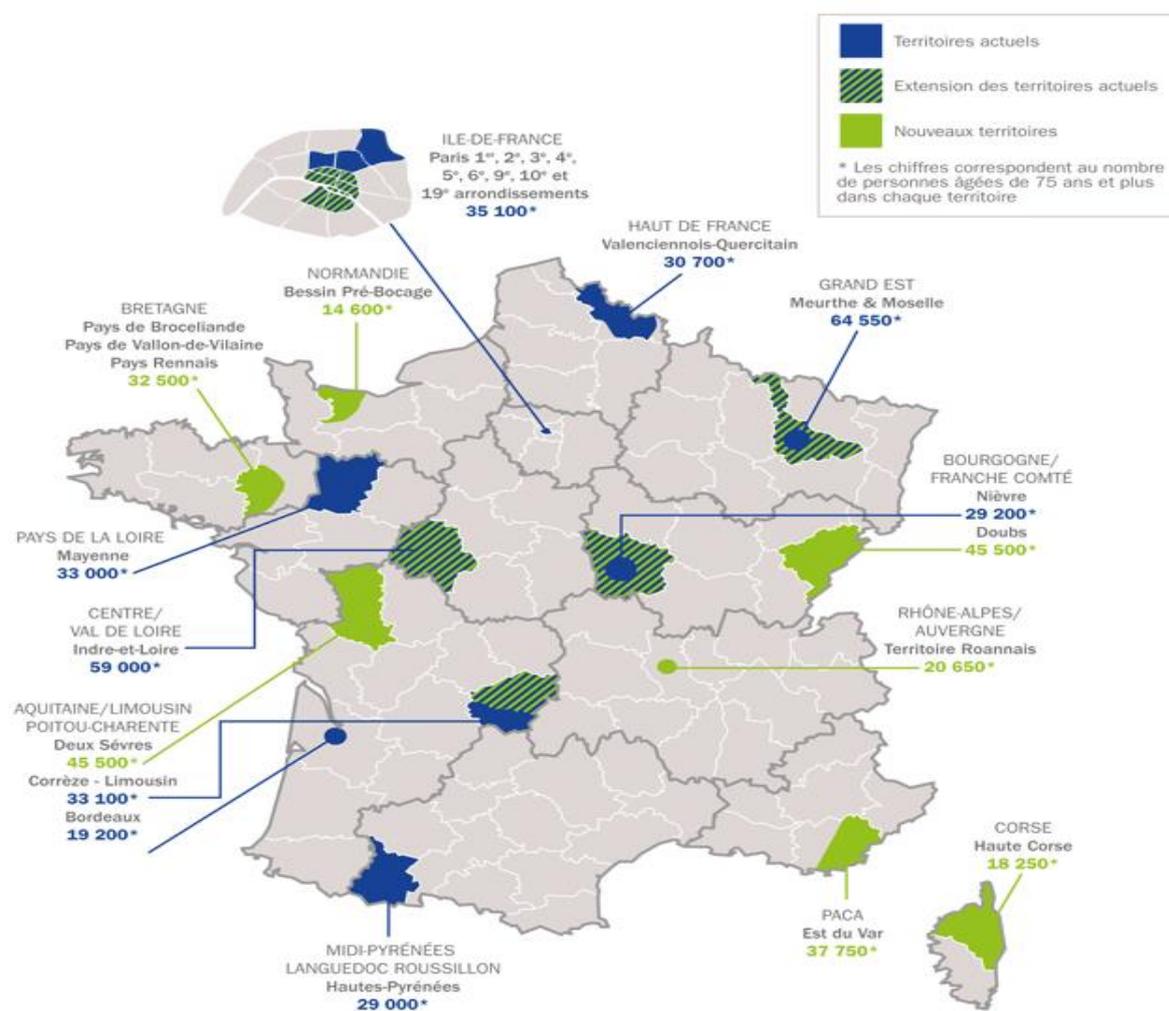
- Territoire du Lochois (Région Centre-Val de Loire, 97 communes dans le sud-est du département de l'Indre-et-Loire)
- Territoire des 9<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> et 19<sup>o</sup> arrondissements parisiens (Région Ile-de-France)
- Territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN) (Région du Grand-Est, 20 communes du département de Meurthe-et-Moselle)
- Territoire des Hautes-Pyrénées (Région Occitanie)
- Territoire de Mayenne (Région Pays-de-la-Loire)

Quatre pour une mise en œuvre début 2014 :

- Territoire de la ville de Bordeaux (Région Nouvelle-Aquitaine, département de la Gironde)
- Territoire du sud-ouest de la Corrèze (Région Nouvelle-Aquitaine, 99 communes de Corrèze)
- Territoire du Valenciennois-Quercitain (Région Hauts-de-France, 135 communes du département du Nord)
- Territoire du nord du département de la Nièvre (Région Bourgogne-Franche-Comté, 108 communes de la Nièvre)

Une extension de l'expérimentation a eu lieu en 2016, portant le dispositif dans 16 territoires. Cette extension prévoit l'inclusion de nouveaux territoires et l'agrandissement de certains des premiers territoires pilotes. Cette répartition des territoires pilotes permet d'expérimenter le projet PAERPA dans différentes conditions d'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Si le dispositif PAERPA dispose d'un cahier des charges national commun, l'adaptation des différentes actions proposées, aux spécificités territoriales, permettra de produire une plus grande diversité de solutions et d'outils. [43]

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



### 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 4 : Répartition des territoires pilotes PAERPA. Source : Ministère des solidarités et de la santé. 2016

## **7.2. Principaux points de distinction**

Les 9 premiers territoires se distinguent en de nombreux points que ce soit sur les caractéristiques de sa population âgée, sur les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ou concernant l'organisation du dispositif PAERPA. Ces caractéristiques sont présentées pour 2012 dans l'Atlas des territoires pilotes. [41,42]

### **7.2.1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques**

Le premier point de distinction est celui de leur dimension urbaine ou rurale. Les territoires de Bordeaux et d'Ile-de-France sont purement urbains avec respectivement une densité de 4 817 et 28 834 habitants par km<sup>2</sup>. Les territoires pilotes de la Nièvre et de la Corrèze sont à prédominance rurale forte avec respectivement une densité de 29 et 85 habitants par km<sup>2</sup>.

Les autres territoires ont des situations démographiques intermédiaires et hétérogènes et offrent ainsi des conditions d'expérimentation variées

Les territoires les plus urbains présentent une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans inférieure aux autres territoires et à la proportion nationale (9%). La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans varie de 5,5% pour le territoire d'Ile-de-France à 14,6% pour celui de la Nièvre.

Les deux territoires les plus urbains montrent une part de personnes âgées vivant seules la plus élevée : elle dépasse les 50% en Île-de-France et à Bordeaux pour un taux national de 43%.

Les niveaux de revenu, et surtout l'indice de défavorisation sociale de la population sont plus élevés dans les territoires pilotes urbains.

### **7.2.2. Etat de santé de la population âgée**

Les taux de mortalité des personnes âgées de plus de 75 ans sont globalement moins élevés dans les 3 territoires les plus urbains que dans les autres territoires pilotes. Concernant la dépendance des personnes âgées, la part de personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiant de l'APA varie de 6,9% sur le territoire du Lochois à 11,1% sur le territoire des Hautes-Pyrénées.

### **7.2.3. Offre sanitaire, sociale et médico-sociale**

Les territoires PAERPA les plus urbains bénéficient d'une offre globalement plus importante. Cependant l'offre proposée par les grandes aires urbaines s'adresse à une population plus large que la seule population de son territoire. En fonction du type d'offre considérée, l'équipement de tel ou tel territoire peut être plus ou moins conséquente par rapport aux autres territoires. Par exemple, le territoire de Bordeaux présente un taux d'équipement en lits de médecine et chirurgie parmi les plus élevés des territoires pilotes mais un taux d'équipement en lits de SSR le plus bas et nettement inférieur à la moyenne nationale.

### **7.2.4. Organisation de la CTA**

Le mode d'organisation de la CTA diffère selon les territoires. Il doit s'appuyer sur les ressources existantes du territoire considéré. Ainsi, sur le territoire de Bordeaux, la CTA est portée par le Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville et est intégrée au CLIC et à la MAIA. Ses locaux sont situés dans la cité administrative L'organisation est semblable sur le

territoire Parisien. En Corrèze, la CTA est portée par le conseil départemental, l'ARS et le centre hospitalier de Brive. Elle intègre la MAIA et l'équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière. Cette plateforme est située dans les locaux du centre hospitalier. Les différents modes d'organisation et de fonctionnement de la CTA sont décrits dans l'évaluation qualitative des projets PAERPA réalisée en mai 2017. [44]

### **7.2.5. Réalisation des PPS**

Sur le territoire de Bordeaux, le médecin traitant est le rédacteur et le référent du PPS. Il peut être assisté par la CTA pour élaborer le volet social et médico-social. Dans d'autres territoires, le PPS est seulement validé par le médecin traitant, la rédaction étant assurée par un médecin ou un autre professionnel de santé directement rattaché à la CTA. Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain une animatrice territoriale se charge de la coordination administrative liée à l'élaboration des CCP et des PPS. Dans d'autres territoires, certaines MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) disposent d'une secrétaire ou d'une coordonnatrice facilitant la constitution des CCP et la rédaction des PPS.

### **7.2.6. Déploiement des systèmes d'informations**

Les territoires PAERPA de Nouvelle-Aquitaine dispose du même outil numérique d'aide à la communication entre acteurs du parcours de santé des personnes âgées : l'outil Globule-PAACO (Plateforme Aquitaine d'aide à la communication en santé).

Les autres territoires disposent d'outils différents.

## **C. Le projet PAERPA sur le territoire de Bordeaux**

### **1. Mise en place du PAERPA sur le territoire de Bordeaux**

Le territoire de Bordeaux a été choisi en mai 2013, par le Ministère de la santé et des affaires sociales, pour être un des 9 territoires pilotes de l'expérimentation PAERPA. Dès septembre 2013, une équipe projet PAERPA bordelaise a commencé à mobiliser les différents acteurs pour établir une feuille de route commune.[45] En novembre 2014, la convention cadre, formalisant les objectifs et les actions à mener, ainsi que l'engagement des différents partenaires, était signée. Les différents dispositifs PAERPA ont progressivement été opérationnels à partir de fin 2014. La Plateforme autonomie seniors, dispositif central du projet PAERPA bordelais était fonctionnelle en avril 2015.

### **2. Acteurs engagés**

Comme dans chaque région engagée dans un projet PAERPA, l'ARS est le pilote du projet.

Les autres acteurs engagés peuvent être classés en 3 niveaux :

- Les acteurs institutionnels, signataires de la lettre d'engagement et de la convention cadre du projet PAERPA bordelais, sont représentés par les conseils régionaux d'Aquitaine et général de Gironde, la ville de Bordeaux, les organismes de sécurité sociale, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les associations de patients, l'université de Bordeaux (ISPED), GIP ESEA (Groupement d'Intérêt Public E-Santé En Action) ;
- Les acteurs de la coordination, incluant le CLIC de niveau 3 et la MAIA de la ville de Bordeaux ;
- Les acteurs de l'offre sanitaire et sociale. La réussite du projet PAERPA est intimement liée à la mobilisation de tous les professionnels de santé et du social de la ville de Bordeaux.

### **3. Objectifs**

Les objectifs du projet PAERPA bordelais sont guidés par les objectifs présentés dans le cahier des charges national du projet PAERPA. La feuille de route établie tient aussi compte des mesures liées aux personnes âgées et à la perte d'autonomie, déjà existantes dans la ville de Bordeaux. En effet, les objectifs du projet PAERPA bordelais s'articulent avec le projet régional de santé soutenue par l'ARS et le contrat local de santé de la ville de Bordeaux qui développe un axe « Bien vieillir ». Les acteurs de santé de la ville de Bordeaux se sont engagés sur quatre objectifs :

- Prévenir la perte d'autonomie par le développement des actions de prévention en amont du vieillissement et par la co-construction d'un outil d'évaluation et de repérage précoce de la perte d'autonomie utilisable par les professionnels de santé de proximité et les aides à domicile ;
- Éviter les hospitalisations inutiles en proposant un appui aux professionnels de santé libéraux (équipe psycho sociale, plate-forme de coordination), faciliter l'accès direct aux gériatres hospitaliers et les hospitalisations programmées, mettre en place des actions permettant de réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse, de chutes, de

dénutrition et de dépression, développer les consultations spécialisées en EHPAD notamment grâce au projet de téléconsultation ;

- Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation en améliorant les organisations et les pratiques professionnelles au sein du CHU et des établissements de santé, développer la réponse d'intervention à domicile à partir des services d'aide à domicile existants, des SSIAD et des EHPAD pour faciliter les premières heures voire jours de retour après hospitalisation, développer les réponses d'hébergement relais en urgence au sein des EHPAD du territoire ;
- Développer les systèmes d'information partagés simples, interopérables à partir des dispositifs existants.

Ainsi, le projet PAERPA devrait permettre de poursuivre et d'améliorer les nombreuses actions déjà engagées en apportant de la coordination entre les différents acteurs territoriaux. Le programme PAERPA s'engage aussi à apporter des innovations en fonction des besoins des professionnels et des patients.

#### **4. Population concernée**

La ville de Bordeaux comptait en 2011, 19232 personnes âgées de plus de 75 ans. Soit 8% de la population bordelaise. Taux légèrement inférieur, mais le plus proche du pourcentage national (9,1%) par rapport aux autres territoires pilotes. Les principales particularités de cette population en 2011 sont les suivantes [41,45] :

- Un isolement plus marqué : en 2011, plus de 53 % des Bordelais de plus de 75 ans vivaient seuls contre 43% au niveau national.
- Une population de plus de 75 ans favorisée socio-économiquement, par rapport à la population générale dans laquelle elle évolue et par rapport à la population française et d'Aquitaine. Mais avec des inégalités de richesse très importante au sein de cette population.
- Une forte proportion des plus de 75 ans bénéficiaires de l'APA : en 2014, 18,6 % des bordelais de plus de 75 ans contre 11,8% au niveau national.
- Un taux de mortalité des plus de 75 ans plus faible : second taux le plus faible par rapport aux autres territoires pilotes (579 décès pour 10 000 personnes âgées), et inférieur au taux national (626 / 10 000).
- Des prévalences des affections neurologiques (AVC et démences) et des ALD psychiatriques chez les plus de 75 ans, parmi les plus élevées.

#### **5. Particularités de l'offre et de la consommation en santé du territoire bordelais**

##### **5.1. Offre de soins**

La ville de Bordeaux dispose d'une offre de soin importante, ambulatoire et hospitalière. Il existe aussi une filière gériatrique structurée. Les deux principaux points faibles concernent l'équipement en lits de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. La ville de Bordeaux est la moins bien équipée parmi les territoires pilotes PAERPA. [41] Une offre en éducation thérapeutique du patient existe aussi, mais il n'existe pas de dispositif spécifique à domicile auprès des personnes âgées. [46]

## **5.2. Offre sociale et médico-sociale**

Elle est abondante. Elle comprend des acteurs d'information, de coordination et d'intégration avec la présence de CLIC de niveau I et III et d'une MAIA. Ces structures sont intégrées et fonctionnent en partenariat avec le principal service d'aide et de soins à domicile : AIDOMI. [46] Par contre, la ville de Bordeaux dispose d'un des plus faibles nombres de places disponibles en EHPAD et en SSIAD en comparaison avec les autres territoires pilotes. [41]

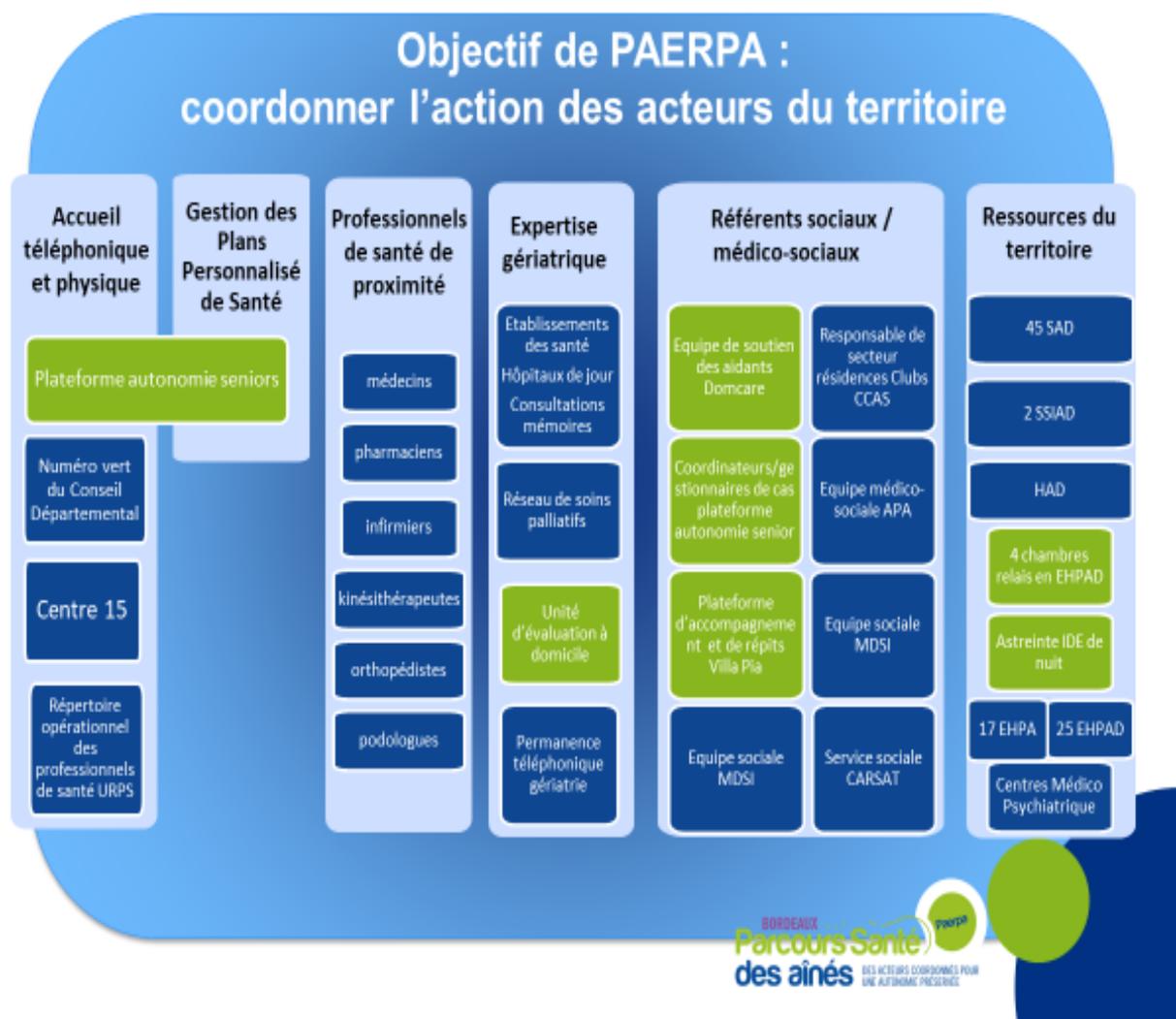
## **5.3. Consommation de soins et médicaments**

Sur le territoire bordelais, le montant remboursé par personne âgée de plus de 75 ans pour les hospitalisations est le plus faible des territoires pilotes, à l'inverse du montant concernant les soins de ville. Plus d'un tiers des bordelais âgés de plus de 75 ans a été hospitalisé pour une durée moyenne de 12 jours et près de la moitié sont passés par les urgences. Cependant, la part des hospitalisations non programmées des personnes âgées (44,3%) sur le territoire de Bordeaux est la seconde plus faible des territoires pilotes et est inférieure à la moyenne nationale (48,6%).

La consommation de médicament (867 euros par an et par personne âgée) et la polyprescription (22,8%) chez les personnes âgées résidant dans la ville de Bordeaux se situent en position intermédiaire par rapport à celle des autres territoires PAERPA. Elles sont inférieures aux moyennes nationales (882 euros et 24,5%). [41]

## 6. Dispositifs mis en place dans le cadre du PAERPA

Devant l'offre de santé conséquente sur le territoire de Bordeaux, le projet PAERPA a pour premier objectif de coordonner tous les acteurs ou dispositifs liés au parcours de santé des personnes âgées afin d'optimiser leur efficacité et leur efficience. Ce programme a aussi pour objectif d'apporter de nouveaux dispositifs pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées.



*Figure 5 : Présentation des différents structures et acteurs liés au parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de Bordeaux. En vert clair, les dispositifs expérimentaux PAERPA*

Source : ARS. 2015. Image issue d'un power point de présentation du projet PAERPA

### 6.1. Le repérage de la fragilité

Une grille de repérage de la fragilité, simple et utilisable par toute personne ou professionnel en contact avec les personnes âgées, a été mise en place en concertation avec les différents acteurs (Annexe 6). Cette grille a été élaborée sous l'expertise du Professeur Nathalie Salles, chef du pôle de gérontologie clinique du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, et s'inspire de celle créée par le Professeur Vellas, coordonnateur du gérontopôle de Toulouse.

Cette grille s'adresse aussi aux médecins généralistes et tient compte de leur propre évaluation de la fragilité.

## **6.2. La Plateforme autonomie séniors**

La Plateforme autonomie séniors est la CTA décrite dans le cahier des charges national des projets PAERPA, version bordelaise. Elément central du projet PAERPA, ce dispositif apporte une réelle innovation en ce qu'il propose d'intégrer les différents éléments des secteurs sociaux et médico-sociaux et de les coordonner au secteur sanitaire. Elle est portée par le CCAS de la ville de Bordeaux et s'intègre au CLIC de niveau III et à la MAIA. Elle est accessible pour les patients, leurs familles, les aidants et tout professionnel, de 8h30 à 18h, de 3 façons :

- Grâce à un accueil physique, situé à la cité municipale de Bordeaux (4 rue Claude Bonnier),
- Par téléphone, au 0 800 625 885 (N° vert gratuit),
- Par mail : [www.autonomieseniors-bordeaux.fr](http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr)

Les professionnels de la Plateforme autonomie séniors forment une équipe de 22 personnes et représentent 6 corps de métiers différents :

- 4 assistants de coordination dont la mission est de recueillir les appels téléphoniques et d'effectuer une première évaluation,
- 8 coordinateurs médico-sociaux qui travaillent en binômes sur des quartiers de Bordeaux pour évaluer et suivre la situation des personnes âgées au domicile,
- 1 coordinatrice de lutte contre l'isolement,
- 4 gestionnaires de cas MAIA,
- 3 agents administratifs chargés notamment du suivi des PPS,
- 2 cadres de proximité : responsable de la CTA et responsable du CLIC.

Ses missions sont nombreuses et complexes et visent à faciliter le parcours de santé des personnes âgées fragiles :

- Porte d'entrée unique dans le dispositif PAERPA et permettant aussi l'accès à toutes les ressources sociales et médico-sociales du territoire de Bordeaux
- Information, orientation et accompagnement des patients et des professionnels :
  - o Evaluation sociale des patients.
  - o Demande d'une expertise gériatrique.
  - o Activation de diverses aides sociales, humaines ou financières.
  - o Orientation vers une offre d'éducation thérapeutique ou vers une association.
  - o Activation des différents dispositifs PAERPA (Equipe de soutien aux aidants, EHPAD relais...).
  - o Soutien de la CCP, par exemple : aide à l'élaboration et au suivi d'un PPS, soutien pour les placements de patients en maison de retraite, rôle d'interface avec les établissements de santé pour l'organisation des retours à domicile...

### **6.3. La CCP et le PPS**

Comme la CTA, ces deux outils ne sont pas spécifiques au projet PAERPA de Bordeaux mais font partis des dispositifs imposés par le cahier des charges national des projets PAERPA. Leurs définitions et présentations sont donc semblables dans les différents territoires pilotes. Par contre, les modalités d'élaboration peuvent varier en fonction du territoire. À Bordeaux, le PPS (Annexe 10) est rédigé par le médecin traitant avec les autres membres de la CCP. La Plateforme autonomie séniors est à disposition des professionnels de santé pour l'aide à l'élaboration de ce document, notamment concernant le volet social. Au début de ce travail de thèse, les entretiens avec les responsables du projet PAERPA, au sein de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de la CPAM de la Gironde et de la Plateforme autonomie séniors, ont fait ressortir le fait que très peu de PPS avaient été réalisés à Bordeaux, y compris en comparaison avec les autres territoires pilotes. En décembre 2015, 46 PPS avaient été réalisés sur le territoire de Bordeaux contre près de 500 sur celui de Lorraine.[47] En juillet 2016, 90 PPS avaient été réalisés à Bordeaux. Plusieurs raisons étaient avancées : la condition de la population âgées bordelaise, plutôt aisée ou déjà suffisamment prise en charge et ne nécessitant pas l'élaboration d'un PPS ? Le manque d'adhésion des professionnels de santé pour cet outil ? [48]

### **6.4. Le système d'information PAACO-Globule (Plateforme Aquitaine d'aide à la communication en santé)**

L'expérimentation PAACO a débuté en 2012 et visait les structures d'appui à la coordination ainsi que leurs correspondants externes tels que les MAIA, les CLIC et certains réseaux de santé spécialisés.[49] L'application PAACO-Globule est ensuite développée en Aquitaine dans le cadre de 2 expérimentations nationales :

- Le projet PAERPA à Bordeaux.
- Le projet Landes Espace Numérique de Santé (XL ENS), dans les Landes pour le programme Territoire de soins numériques (TSN).

TSN a été lancé en 2014 dans 5 territoires. L'objectif était le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, au service du patient pour une meilleure orientation dans le système de santé et une meilleure coordination des professionnels de santé [50]. Le programme TSN a permis de faire évoluer PAACO-Globule dans le cadre d'un marché avec le consortium Capgemini-Orange-Ki-lab. Ainsi, il s'enrichit régulièrement de nouvelles fonctionnalités définies en co-construction avec ses utilisateurs. PAACO-Globule est développé et déployé par GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine en partenariat avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et son éditeur Ki-lab. C'est à la fois un logiciel collaboratif et communicant pour l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes âgées et un logiciel métier pour les professionnels de la coordination (MAIA, CLIC, Plateforme autonomie séniors). C'est l'outil qui a été choisi par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour équiper les futures Plateformes territoriales d'appui (PTA) et les équipes de soins de proximité (médecins, infirmiers, pharmaciens...) de la région. Il permet d'échanger des informations de façon sécurisée. Il s'agit d'une application accessible sur internet mais aussi en mobilité, sur tablette ou smartphone et donc au domicile des patients.

Ces principales fonctionnalités ont pour objectif de faciliter les échanges d'informations sécurisés entre professionnels, qu'ils soient du domaine sanitaire ou social :

- Suivre, coordonner et planifier la prise en charge de l'ensemble des parcours de santé ;
- Partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination avec des niveaux d'accès aux informations différents en fonction des professions ;
- Communiquer, avec plusieurs interlocuteurs en temps réel, au sujet d'un patient sous forme de messages écrits, de notes vocales, de partages de photos et de documents (SMS sécurisés) ;
- Saisir et organiser des documents métiers ;
- Saisir un PPS et un Plan de service individualisé (PSI) ;
- Notifier des alertes et des tâches ;
- Réaliser des actes de téléexpertise ;
- Suivre et organiser l'activité d'une structure de coordination ;
- Renforcer les liens ville-hôpital par une interface avec certains logiciels métiers hospitaliers tels que le dossier personnel informatisé « M-CrossWay ».

Cet outil est également ciblé pour l'usage de la téléexpertise

Une équipe de professionnels est dédiée à la formation des professionnels de santé pour son utilisation dans le cadre du PAERPA.

#### **6.5. L'Unité d'Évaluation Gériatrique Pluriprofessionnelle dans la Cité (UEGPC)**

L'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité est opérationnelle depuis septembre 2015. Elle a été mise en place dans le cadre du programme PAERPA et s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans résidant à Bordeaux. C'est une équipe pluriprofessionnelle composée d'un médecin gériatre, d'un pharmacien, d'un infirmier, d'un assistant social et d'un assistant médico administratif, qui travaillent tous à temps plein. Un psychiatre et un ergothérapeute sont également disponibles à mi-temps.

Ses locaux sont situés dans l'hôpital Saint-André du CHU de Bordeaux. Elle est joignable par téléphone au 05 57 82 18 71, par fax au 05 57 82 25 50 ou par mail ([emgdanslacite@chu-bordeaux.fr](mailto:emgdanslacite@chu-bordeaux.fr)). Elle a pour fonction principale de proposer une évaluation pluridimensionnelle au domicile des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Elle a comme objectifs de :

- Développer un travail en pluridisciplinarité
- Faciliter le maintien à domicile
- Améliorer ou restaurer le parcours de soins des personnes âgées
- Éviter le passage aux urgences
- Lutter contre la iatrogénie

L'unité se déplace à domicile, sur demande du médecin traitant ou d'un autre professionnel intervenant auprès des personnes âgées (infirmier, Plateforme autonomie sénior...). Dans tous les cas, l'accord du médecin traitant est nécessaire. L'unité peut être sollicitée pour des problèmes médicaux mais aussi des problèmes sociaux. Une évaluation médicale et sociale complète de la situation du patient est réalisée au domicile, comprenant une évaluation gériatrique standardisée (EGS) effectuée à l'aide d'outils validés. Le pharmacien réalise un bilan médicamenteux optimisé (BMO) grâce à la conciliation médicamenteuse. Une fois l'évaluation terminée, une fiche d'optimisation thérapeutique est élaborée. Celle-ci présente des

propositions de prise en charge qui peuvent être d'ordre diagnostique ou thérapeutique, ainsi que des propositions pour la mise en place ou le renforcement d'aides humaines, matérielles ou sociales. L'ensemble de l'évaluation et des propositions est adressé au médecin traitant, au pharmacien et à la Plateforme autonomie séniors par courrier postal ou par PAACO. L'unité fait ensuite un bilan de la situation du patient un mois après l'évaluation initiale.

### **6.6. La permanence téléphonique « gériatrie »**

Ce dispositif est antérieur au PAERPA, mais a été intégré dans le programme. Il s'agit d'un numéro de téléphone (05 57 82 22 22) qui fonctionne du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Il permet aux médecins libéraux de joindre directement un médecin sénior de gériatrie du CHU de Bordeaux. L'objectif est de diminuer la part des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. Une publication dans le Journal Américain de Gériatrie de 2014 montre que ce dispositif a permis d'éviter de nombreuses admissions aux urgences, notamment en délivrant des conseils, ou en programmant des consultations et des hospitalisations de jour ou traditionnelles. [51]

### **6.7. L'hébergement relais d'urgence en EHPAD**

Quatre chambres d'hébergement sont disponibles et réparties dans 4 EHPAD bordelais : le platane du Grand Parc, le Clos Serena, La Clairière de Lussy et l'EHPAD Henry Dunant. Ces chambres peuvent accueillir des personnes âgées de plus de 75 ans, dont le maintien à domicile n'est plus possible, et dont l'état de santé est stable. Elles sont accessibles aux patients sortant des urgences, d'une hospitalisation ou provenant du domicile. Ce dispositif peut être sollicité par un établissement de santé ou le médecin traitant, via la Plateforme autonomie séniors ou le centre 15. La durée maximale d'hébergement est de 7 jours, renouvelable une seule fois. Les frais d'hébergement à la charge du patient sont égaux à ceux d'une hospitalisation (18 euros par jour) auxquels s'ajoutent les frais relatifs aux soins de villes. Le reste est financé par l'ARS. Cet hébergement temporaire permet, de faire face à une perte d'autonomie transitoire ou définitive de la personne âgée, en donnant le temps d'adapter le logement ou d'organiser les aides à domicile, et d'éviter ainsi une éventuelle hospitalisation inadéquate ou prolongée. C'est aussi une solution à l'épuisement ou l'hospitalisation de l'aidant.

### **6.8. L'Equipe de soutien aux aidants (ESAD)**

Il s'agit d'un dispositif antérieur au projet PAERPA, déployé dans le cadre du programme DomCare développé par la Fondation Bagatelle en 2014, et secondairement intégré dans le PAERPA. Cette équipe d'intervient en dehors de la ville de Bordeaux (périmètre d'intervention intra-rocade) pour des personnes âgées de plus de 60 ans. L'ESAD forme une équipe pluridisciplinaire (secrétaire, psychologue, ergothérapeute et assistante sociale) comprenant aussi une Technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants (TCAPSA) chargée d'évaluer à domicile le fardeau de l'aidant et ses besoins. En fonction de cette évaluation, les autres membres de l'ESAD ou d'autres professionnels pourront intervenir. L'ESAD peut solliciter, via la Plateforme autonomie Séniors, la plateforme de répit de « Aide, soins et service à domicile » (ASAD). Cette dernière propose un accueil de jour dont le financement est partagé entre l'aidant, sa caisse de retraite et la plateforme de répit. L'ESAD peut être sollicité par tout professionnel, par l'intermédiaire de la Plateforme autonomie séniors.

## **6.9. L'équipe « Urgence Nuit »**

Ce dispositif est aussi issu du projet DomCare et secondairement redéployé par le programme PAERPA. Son objectif est d'éviter aux personnes âgées de plus de 75 ans de prolonger leur séjour aux urgences voire d'y passer une nuit, sous condition que le médecin urgentiste responsable de cette personne âgée juge son état de santé compatible avec un retour à domicile. Ce dispositif s'organise de la façon suivante :

- Sur demande d'un médecin urgentiste et avec l'accord du patient, un binôme infirmier/aide-soignant, disponible de 17 heures à 3 heures du matin, se déplace aux urgences et évalue la possibilité d'un retour à domicile sécurisé. En cas de faisabilité, le binôme est chargé d'accompagner la personne à son domicile, de dispenser les soins infirmiers et d'une première évaluation de l'environnement ;
- Le lendemain matin, un trinôme infirmier/aide-soignant/auxiliaire de vie se rend au domicile du patient pour évaluer les besoins de celui-ci. Si nécessaire, ce trinôme peut subvenir aux besoins du patient pour garantir un maintien à domicile sécurisé, pendant 3 à 4 jours, le temps que l'équipe de proximité habituelle prenne le relais sous la responsabilité du médecin traitant.

Cette équipe fonctionne avec les 6 services d'urgences présents sur la ville de Bordeaux. Cependant, lors du travail de préparation de cette thèse, au cours d'une réunion de formation sur ce dispositif, une information était rapportée par différents professionnels impliqués dans le projet PAERPA : cette équipe interviendrait de façon très régulière aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué et beaucoup moins dans les autres services d'urgence, en particulier celui de la Clinique Bordeaux Nord. L'hôpital Robert Picqué et la Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle, qui porte ce dispositif, sont très proches géographiquement et sont liés par d'autres conventions. La diffusion de l'information concernant l'existence de ce dispositif n'a peut-être pas été aussi facile vers les autres établissements de santé.

## **6.10. L'EHPAD dans et hors les murs**

Ce dispositif est uniquement présent au sein de l'EHPAD COS Villa Pia. Son principe est d'apporter, au domicile des patients âgés en perte d'autonomie, et à leurs aidants une assistance semblable à celle présente dans un EHPAD, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le domicile du patient est en lien permanent avec le service infirmier de l'EHPAD par phonie ou visiophonie, y compris la nuit. Ainsi, la personne âgée en perte d'autonomie et l'aidant proche bénéficient d'un suivi rapproché et d'une coordination des différents professionnels pour favoriser le maintien à domicile. Un dossier personnel informatisé est mis en place et permet un partage des informations entre les professionnels libéraux, les personnels de l'EHPAD et éventuellement le centre 15 et SOS médecins. En cas de situation de crise, ne nécessitant pas une hospitalisation, la personne âgée peut être accueillie de façon temporaire dans une chambre d'accueil d'urgence au sein même de l'EHPAD, après avis médical (médecin traitant, SOS, centre 15). L'objectif est d'éviter autant que possible une admission aux urgences ou une hospitalisation, inadaptées et délétères pour le patient.

## **6.11. La télémédecine en EHPAD**

Cette action est portée par le CHU de Bordeaux, l'ARS Nouvelle Aquitaine et le groupement de coopération sanitaire Télésanté Aquitaine (GCS TSA) qui a intégré depuis octobre 2017 le groupement d'intérêt public e-santé en action (GIP ESEA). Initiée en 2012 en Gironde, la télémédecine concernait la prise en charge des plaies chroniques des patients résidant en EHPAD, et était organisée dans 4 EHPAD Girondins. En 2014, la mise en place de la plateforme régionale sécurisée Téléa, outil permettant la réalisation de l'acte de télémédecine, a permis le lancement de nouveaux projets tels que la téléthrombolyse dans le cadre d'AVC aigues, la téléexpertise radiologique et le programme de télémédecine en EHPAD. Dans le cadre du projet PAERPA, un aspect de la télémédecine en EHPAD a été développé : la téléconsultation en EHPAD. Il s'agit d'une consultation virtuelle entre un médecin spécialiste appartenant à un centre expert (pôle de gérontologie clinique du CHU de Bordeaux, équipe de gérontopsychiatrie de Charles Perrens, service des plaies chroniques de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle) et un patient résidant en EHPAD, assisté par un professionnel de santé de l'EHPAD ou son médecin traitant. L'objectif est d'assurer des consultations spécialisées dans les EHPAD afin d'éviter des hospitalisations et d'améliorer l'accès aux soins de patients peu ou pas mobilisables. Plusieurs thématiques sont concernées : les plaies chroniques, la psychiatrie et les troubles du comportement liés aux démences et les situations palliatives. Actuellement, 39 EHPAD sont équipés en Gironde dont 10 sur le territoire de Bordeaux. [52]

## **6.12. L'astreinte des infirmiers de nuit en EHPAD**

Chacun des 4 EHPAD disposant d'une chambre d'accueil d'urgence, dispose aussi d'une infirmière de nuit d'astreinte. Ces infirmières assurent la permanence des soins, de nuit, pour 23 des 25 EHPAD bordelais, 2 disposants déjà d'une infirmière de nuit. Soit une infirmière de nuit pour 5 à 6 EHPAD correspondant à environ 400 résidents. L'infirmière de nuit organise, évalue et dispense les soins infirmiers, soit sur prescriptions médicales anticipées, soit sur prescriptions médicales du centre 15, dans l'EHPAD de rattachement ainsi que dans les structures partenaires de son secteur géographique. L'objectif est d'éviter le passage aux urgences en pleine nuit pour un soin réalisable en EHPAD et de sécuriser les retours à domicile.

## **7. Le déroulement du processus PAERPA**

### **– Première étape : le signalement**

Lorsqu'un professionnel de santé, du social ou un tiers aidant repère une personne âgée de plus de 75 ans et fragile, il contacte la Plateforme autonomie seniors et lui adresse une fiche d'orientation (Annexe 3).

### **– Seconde étape : coordination plateforme - médecin traitant**

Si la personne à l'origine du signalement n'est pas le médecin traitant, la Plateforme autonomie seniors doit le contacter afin de valider le repérage de la fragilité et obtenir son consentement pour une intervention.

– Troisième étape : recueil du consentement du patient

Le recueil du consentement écrit et signé du patient est nécessaire pour 3 raisons :

- L'inclusion dans le programme PAERPA et la transmission d'information aux services sociaux, médico-sociaux et à la Plateforme autonomie séniors ;
- La rédaction d'un PPS ;
- L'inclusion du patient et le partage d'informations le concernant dans l'outil PAACO-Globule.

– Quatrième étape : Evaluation de la situation du patient

Une évaluation sociale complète, si nécessaire à domicile peut être réalisée par l'équipe de la Plateforme autonomie séniors. L'intervention de l'unité de gériatrie au domicile ou d'une autre équipe peut compléter cette évaluation.

– Cinquième étape : Constitution de la CCP et rédaction du PPS

Suite à l'évaluation, différentes interventions et actions vont être mises en place pour la personne âgée et coordonnées par la Plateforme autonomie séniors et la CCP. Pour faciliter cette coordination et la communication entre tous les intervenants, le patient peut être inscrit dans l'application PAACO-Globule. En fonction de la complexité de la situation du patient, l'élaboration d'un PPS peut être recommandée.

– Sixième étape : le suivi

Le médecin traitant et la Plateforme Autonomie Seniors veillent à la bonne application et au suivi des décisions prises lors de l'élaboration du PPS. Le PPS devra être réévalué au moins une fois dans l'année.

## D. Question de recherche et objectifs

Du fait de la connaissance et de la relation de confiance que les médecins généralistes ont de leurs patients et de la place attribuée au médecin traitant dans le système PAERPA, le médecin généraliste est un des acteurs centraux du projet. Il paraissait donc primordial de s'intéresser à leur ressenti quant à ce programme innovant et d'en comprendre les atouts et les contraintes pour leur pratique. Plusieurs études ont déjà été réalisées sur ce thème dans différents territoires pilotes PAERPA. À Bordeaux, un mémoire de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) réalisé fin 2016 avait interrogé 14 médecins généralistes ainsi que d'autres professionnels par questionnaires adressés par mails.[48] Une nouvelle étude qualitative par entretiens permettrait de compléter et de préciser certaines informations.

La question de recherche de ce travail est donc : quels sont les avantages et les inconvénients du projet PAERPA pour la pratique des médecins généralistes bordelais ?

D'après les autres travaux réalisés sur ce thème et les recherches préalables à ce travail de thèse, différentes hypothèses sont proposées :

- Le dispositif PAERPA facilite certains aspects de la pratique des médecins et améliore la prise en charge de leurs patients âgés fragiles.
- Le dispositif PAERPA a un apport positif sur le décloisonnement et la coordination entre les médecins généralistes et les autres acteurs du parcours de santé des personnes âgées.
- Le dispositif PAERPA est aussi source de difficultés pour la pratique quotidienne des médecins qui pourraient entraîner une perte de temps et un désintéressement vis-à-vis du programme : certains aspects ou outils du programme pourraient être inadaptés et leurs objectifs mal compris.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence et de comprendre les facteurs déterminant l'implication des médecins généralistes dans le projet PAERPA.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Evaluer la connaissance des différents outils PAERPA par les médecins généralistes ;
- Evaluer l'intérêt de chaque dispositif proposé par le PAERPA pour les médecins généralistes ;
- Déterminer les principales difficultés des médecins généralistes concernant la prise en charge des personnes âgées fragiles ;
- Evaluer la communication et la coordination interprofessionnelle dans le cadre du projet PAERPA ;
- Proposer des voies d'amélioration pour le dispositif PAERPA ;
- Dévoiler de nouvelles pistes de travail sur le projet PAERPA ou ses outils ;
- Confronter les résultats des différentes études sur ce thème.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **1. Recherches préalables au travail de thèse**

Ce travail de thèse a débuté par des recherches approfondies sur le projet PAERPA et les travaux réalisés sur ce thème. Des recherches sur internet ont été complétées par des rencontres avec les représentants des principaux partenaires institutionnels PAERPA comme l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Gironde, ainsi qu'avec des professionnels participants au fonctionnement des principaux outils PAERPA comme la Plateforme autonomie séniors, la plateforme de communication Globule et l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière. Ce premier travail a permis de mieux comprendre le fonctionnement du dispositif PAERPA et des différents outils qu'il propose. Il a aussi permis d'identifier les problématiques principales du projet, les difficultés et les réussites.

## **2. Schéma d'étude**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale de type qualitative.

### **2.2. Population étudiée et méthode de recrutement**

Les médecins recrutés étaient des médecins généralistes exerçant une activité libérale dans la ville de Bordeaux. Pour être susceptible d'obtenir la plus grande diversité dans les données recueillies, l'échantillon de médecins interrogés a été constitué avec des médecins présentant des degrés divers d'utilisation et d'implication dans le dispositif PAERPA, y compris des médecins n'utilisant pas le dispositif PAERPA. Dans le même objectif, les médecins ont été sélectionnés pour obtenir des profils différents en termes d'âges, de sexes et de modes d'exercices (exercice individuel, en cabinet de groupe ou au sein d'une MSP). Les médecins utilisant le dispositif PAERPA ont été recrutés avec l'aide de la Plateforme autonomie séniors et de l'équipe TSA dédiée au projet PAERPA. Ces derniers ont fourni une liste de médecins ayant réalisé des PPS et indiqué quels médecins étaient les plus impliqués dans le projet PAERPA (participation à l'élaboration du projet PAERPA, nombre d'années d'utilisation, implication dans la réalisation des PPS, utilisation de PAACO-Globule). Les médecins n'utilisant pas le dispositif ont été recrutés par connaissance interprofessionnelle.

Les médecins ont été directement contactés par téléphone pour leur présenter l'enquête, et s'ils étaient intéressés, pour fixer un rendez-vous d'environ 1 heure dans le lieu de leur choix. Le thème et les objectifs de la thèse étaient présentés ainsi que certaines questions afin de préparer et faciliter l'entretien.

### **2.3. Mode de recueil des données**

Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés. Une disponibilité d'une heure était demandée aux médecins, au moment et dans le lieu qu'ils souhaitaient afin de pouvoir travailler sereinement. Au début de l'entretien, le thème et les objectifs de ce travail, ainsi que

le caractère anonyme de cette entrevue, étaient rappelés. Un exemplaire de la grille d'entretien était remis aux médecins. L'autorisation d'enregistrer avec un dictaphone était demandée. Il était souligné qu'ils pouvaient laisser libre court à leur pensée et nous faire part de remarques leur paraissant importantes même si cela leur semblait sortir du cadre du questionnaire. Lorsque les médecins généralistes avaient répondu aux questions par une réponse binaire, il leur était demandé d'explicitier leur réponse, aux moyens de relances, pour recueillir les remarques éventuelles qu'ils avaient sur les différents éléments de l'enquête. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

#### **2.4. Elaboration de la grille d'entretien**

La grille d'entretien initiale a été conçue en s'inspirant des données de la littérature. Elle a été adaptée aux problématiques relevées lors des recherches préalables. La grille devait permettre de recueillir les caractéristiques socio-démographiques des médecins et de leur pratique, leur connaissance et leur degré d'implication dans le dispositif PAERPA ainsi que leur opinion sur le dispositif en général et plus précisément sur chacun des outils proposés par le PAERPA.

Pour répondre à ces besoins, la grille a pris la forme d'un questionnaire structuré avec de nombreuses questions ouvertes mais aussi fermées. Le questionnaire comprenait quatre parties :

- Caractéristiques et pratique des médecins généralistes,
- Connaissance et utilisation du PAERPA,
- Vison globale du dispositif PAERPA,
- Avis sur les différents outils du dispositif PAERPA.

Les principales thématiques à aborder dans les 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> parties étaient les suivantes :

- Communication et coordination avec les intervenants (professionnels de santé de proximité, hospitaliers, travailleurs sociaux) du parcours de santé de la personne âgée.
- Repérage et prise en charge de la fragilité.
- Prévention de la perte d'autonomie et des facteurs de risque d'hospitalisation.
- Atouts et contraintes du dispositif PAERPA pour la pratique du médecin généraliste.
- Propositions d'amélioration du dispositif.

Le questionnaire a fait l'objet d'un entretien test ayant duré 1h30 à la suite duquel il a été modifié pour ne pas dépasser une heure. Au fur et à mesure des entretiens, il a été modifié. Des questions ont été adaptées et certaines ajoutées pour les entretiens suivants lorsque de nouvelles hypothèses étaient apparues dans l'entretien précédant. Le questionnaire est disponible en annexe 1.

#### **2.5. Méthode d'analyse des données**

L'analyse du verbatim correspondait à une analyse thématique manuelle suivant une approche hypothético-inductive progressive (ou théorisation ancrée). Elle a débuté dès le premier entretien et s'est déroulée tout au long de la collecte des données. Chaque entretien était retranscrit de façon fidèle et intégrale et analysé une première fois le jour même ou le lendemain de l'entrevue. L'analyse a suivi un processus circulaire ou d'allers-retours permanents : chaque nouvelle donnée collectée influençait l'analyse des données précédentes et la collecte des suivantes. Chaque information relative aux objectifs de recherche était classée dans une

catégorie conceptuelle. Si une nouvelle idée apparaissait au cours de l'analyse d'un entretien, elle était recherchée parmi le verbatim des entretiens précédents et pouvait permettre de modifier le questionnaire. Les différentes catégories obtenues étaient ensuite mises en relation afin d'essayer de les intégrer à un concept plus général ou au contraire de les diviser si plusieurs thèmes, idées ou hypothèses pouvaient s'en dégager. Une fois ce codage terminé, les catégories qui présentaient le plus grand volume de verbatim, autrement dit, les concepts qui étaient rattachés au plus grand nombre de dires provenant de médecins différents pouvaient être présentés dans les résultats et participer à l'élaboration de l'opinion générale des médecins interrogés. Seuls les verbatims les plus compréhensifs et illustrant le mieux le contenu des données ont été présentés.

Pour renforcer la validité interne de cette étude, sachant qu'aucune procédure de triangulation n'avait été réalisée, une seconde retranscription intégrale des entretiens et un second codage ont été réalisés par l'auteur. C'est la synthèse de ses deux travaux qui est présentée dans les résultats.

# RESULTATS

## A. Les entretiens

### 1. Nombre et durée des entretiens

Au total 15 médecins généralistes ont été interrogés entre août et septembre 2017 : 12 d'entre eux utilisaient le dispositif PAERPA et 3 ne l'utilisaient pas. En premier lieu, ont été interrogés des médecins fortement impliqués dans le dispositif PAERPA. Ensuite les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que plus aucune nouvelle information ou idée n'apparaissent. Après 13 entretiens, la saturation des données était obtenue. Les 2 derniers entretiens ont tout de même été réalisés pour s'en assurer.

Les entretiens ont duré entre 25 et 67 minutes pour une moyenne de 41 minutes. Au total, près de 14 heures d'entretien ont été enregistrées.

### 2. Lieux des entretiens

La majorité des entretiens se sont déroulés au cabinet médical des médecins. Un entretien s'est déroulé dans un lieu public.

## B. Caractéristiques et pratique des médecins interrogés

### 1. Sexe

Les hommes représentaient les deux tiers des médecins interrogés.

### 2. Âge

Les médecins avaient entre 33 et 70 ans, pour une moyenne d'âge de 52 ans.

### 3. Durée d'installation

Le nombre d'année d'installation en cabinet de médecine générale allait d'1 an et demi pour le plus jeune à 42 ans pour le plus âgé, pour une moyenne de 20 ans.

### 4. Mode d'exercice

Neuf des médecins interrogés travaillaient en cabinet de groupe allant de 2 à 5 médecins généralistes associés ; 4 d'entre eux (M1, M3, M5 et M6) faisaient partie du même cabinet situé dans le quartier test ayant inauguré le projet PAERPA sur le territoire de Bordeaux.

Trois médecins (M7, M11 et M12) exerçaient au sein de 3 différentes MSP.

Les 3 autres médecins exerçaient seuls (M8, M9 et M10).

Leur temps de travail en tant que médecin généraliste allait de 25 à 65 heures par semaines, pour une moyenne de 43 heures par semaine.

Trois des médecins ont participé à l'élaboration du projet PAERPA en tant qu'élus URPS (M1, M2 et M9).

Un des médecins était titulaire d'une capacité de gériatrie (M 3).

### 5. Pourcentage de patients de plus de 75 ans.

Le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans dans leur patientèle a pu être obtenu pour 12 des médecins, les 3 autres ne le connaissent pas. Le chiffre présenté dans ce travail correspondait à une estimation des médecins à cause de l'impossibilité de consulter leur RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescription) durant l'entretien. Quand ils y parvenaient, celui-ci ne mentionnait pas le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, mais plutôt le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans. Ce pourcentage variait de 5% à 35%, pour une moyenne de 23%.

Tableau 1 : Caractéristiques et pratique des médecins généralistes (MG) interrogés

	H/F	Âge	Date d'installation	Mode d'exercice	Heures hebdomadaires	Pourcentage de PA > 75 ans
M1	H	62	1990	Groupe de 5 MG	30	?
M2	F	65	1986	Groupe de 2 MG	52	30%
M3	H	50	1997	Groupe de 5 MG	48	5%
M4	F	38	2014	Groupe de 3 MG	40	15%
M5	H	61	1985	Groupe de 5 MG	50	30%
M6	F	45	2005	Groupe de 5 MG	25	?
M7	F	52	2000	MSP	40	15%
M8	H	45	2003	Seul	30	10%
M9	H	57	1989	Seul	40	35%
M 10	H	70	1975	Seul	50	35%
M 11	H	53	1993	MSP	55	22%
M 12	F	37	2015	MSP	30	?
M 13	H	33	2016	Groupe de 2 MG	35	35%
M 14	H	61	1988	Groupe de 3 MG	65	25%
M15	H	60	1990	Groupe de 3 MG	55h	20%

## C. Les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans

### 1. La prise en charge sociale des personnes âgées

Pour l'ensemble des médecins interrogés, le versant social de la prise en charge des personnes âgées était ce qui leur posait le plus de difficultés.

*M 3 : « Les problèmes médicaux, on les identifie, le problème pour nous n'est pas purement médical, il est plutôt sur le côté social. »*

Ces difficultés étaient majorées si la personne âgée était isolée sur le plan social et/ou familial et de surcroît si une perte d'autonomie s'installait.

*M 2 : « La personne âgée qui commence à être dépendante et qui vit seule et pour laquelle, il faut tout organiser. »*

Ces situations rendaient certaines prises en charge difficiles pour les médecins : le maintien à domicile pouvait devenir très complexe du fait des nombreux intervenants impliqués et des nombreuses aides à solliciter. Les médecins avaient aussi cité d'autres procédures les mettant en difficulté comme l'institutionnalisation de patients, l'entrée en convalescence ou SSR, la mise en place de mesures de protection juridique ou encore la logistique pour organiser certains soins ou évaluations.

*M 13 : « Le problème, c'est quand ils n'ont pas de famille, ça c'est sûr et quand vient le moment de, éventuellement une institutionnalisation, c'est difficile très, très clairement, ça c'est vraiment le plus difficile. »*

*M 12 : « J'ai une dame qui est rentrée à domicile après une fracture. On fait des demandes par Via Trajectoire pour trouver des établissements ou parfois même, j'appelle les maisons de convalescences mais bon, c'est compliqué. »*

*M 2 : « La personne âgée isolée, dépendante et menacée de spoliations diverses et variées, voilà, ça prend un temps fou. Moi, pour mettre sous protection une vieille dame, ça m'a pris 2 ans. »*

*M 3 : « Non, après il y a le problème du médico-légal et des tuteurs, on ne comprend plus rien. »*

*M 4 : « Les problèmes d'autonomie, les problèmes de déplacement à l'extérieur pour faire des examens complémentaires, une radio ou des choses comme ça, s'ils ne sont pas pris en charge à 100 %, c'est compliqué. »*

L'opposition des patients à certaines aides vécues comme intrusives compliquait aussi le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

*M 3 : « Par exemple, typique, c'est des gens qui commencent à avoir une démence et qui sont très sur la défensive et on se dit : Bon, il faudrait remonter les aides et qui refusent tout, ils refusent l'infirmier, ils refusent tout ! »*

## 2. La prise en charge sociale associée aux notions de manque de connaissance, de lisibilité et de temps

Les raisons évoquées par les médecins afin d'expliquer les difficultés pour gérer de telles situations étaient les suivantes :

- Une mauvaise connaissance de l'offre et du fonctionnement du système social et médico-social les mettant en difficulté pour identifier la bonne structure ou le bon interlocuteur pour répondre aux besoins de leurs patients.
- Un manque de formation et de temps pour évaluer de façon approfondie la situation sociale de leurs patients.
- Des démarches complexes et chronophages pour avoir recours à une aide sociale ou médico-sociale qui pesait sur leur temps de soins et leur temps personnel.

*M 4 : « Je n'ai pas de contact avec le social donc je ne connaissais pas, le CLIC, la MAIA tout ça, etc... Je me débrouillais toute seule, j'avais réussi à trouver les numéros des associations d'aide à domicile, donc ça me prenait un temps fou. »*

*M 8 : « C'était ça, effectivement, vous me demandez quelles étaient les difficultés que j'ai rencontrées avec des personnes âgées. Oui, le social, et typiquement, chercher les portes où sonner. »*

*M 10 : « J'essaie d'avoir l'assistante sociale du quartier ou des postes sociaux (...) Ce n'est pas très simple, puisque ça prend du temps sur ton temps de travail, sur ton temps de détente aussi. C'est compliqué. »*

## **D. Le dispositif PAERPA dans la pratique des médecins**

### **1. Niveaux d'implication dans le dispositif PAERPA**

Trois des médecins interrogés avaient participé à l'élaboration du projet PAERPA. Ils faisaient partie de la gouvernance du projet en tant que membre de l'URPS des médecins libéraux.

En tout, 7 médecins (M1, M2, M3, M4, M5, M9 et M11) utilisaient le projet PAERPA depuis son lancement et sa mise en œuvre progressive dans les différents quartiers bordelais entre fin 2014 et début 2015. Trois de ces médecins (M1, M3, M5) faisaient partie du même cabinet médical situé dans le quartier du Grand-Parc, quartier test ayant inauguré la mise en œuvre du projet PAERPA.

Cinq médecins (M6, M7, M12, M14 et M15) l'utilisaient depuis environ 18 mois. Un de ces médecins utilisait seulement l'outil PAACO-Globule et ne connaissait pas PAERPA et ses autres dispositifs (M12).

Trois médecins ne l'utilisaient pas du tout (M8, M10 et M13). Deux de ces médecins ne connaissaient pas bien les objectifs et le fonctionnement du PAERPA, ils n'avaient pas eu le temps de s'impliquer dans ce nouveau projet. Le troisième (M10) après une prise de connaissance et une brève formation sur le projet n'était pas intéressé. Non pas parce qu'il n'approuvait pas tel ou tel principe ou mode de fonctionnement du PAERPA, mais certainement du fait de la proximité de sa cessation d'activité, il avait peu de motivations pour s'impliquer dans un nouveau projet et changer sa pratique.

- Nombre de patients inclus dans le projet PAERPA, de PPS réalisés et de rémunérations obtenues par les médecins interrogés :

Environ 200 patients ont été inclus dans le projet PAERPA par les médecins interrogés dans ce travail, avec de forts écarts entre les médecins.

Environ 100 PPS ont été réalisés par l'ensemble des médecins au moment des entretiens. Là encore, de forts écarts existaient entre les médecins : aucun PPS élaboré pour certains d'entre eux, y compris des médecins utilisant PAERPA depuis son lancement (M9 et M11) et jusqu'à plus de 60 PPS pour un des médecins (M5).

Sur les 100 PPS réalisés, seulement 7 demandes de rémunération ont été faites par 2 médecins (M2 et M4) et seulement 5 ont abouti pour M4.

- Utilisation de l'application PAACO-Globule par les médecins interrogés :

Parmi les 15 médecins interrogés, 13 étaient équipés de l'application PAACO-Globule et avaient un identifiant et un mot de passe pour y accéder ; 10 d'entre eux l'utilisaient plus ou moins régulièrement.

Tableau 2 : Connaissance et utilisation du dispositif PAERPA par les médecins interrogés.

	Mode de connaissance du PAERPA	Utilisation PAERPA	Utilisation PAACO	Nombre patients inclus	Nombre de PPS réalisés	Demande de Rémunération
M1	Elu URPS	Depuis le lancement	Oui	15	4	Non
M2	Elu URPS	Depuis le lancement	Oui	18	5	2, non abouties
M3	Par un associé	Depuis le lancement	Non	20	13	Non
M4	Courrier de la CTA	Depuis le lancement	Oui	13	5	5
M5	Par un associé	Depuis le lancement	Oui	> 60	> 60	Non
M6	Par un associé	Depuis 1 an et demi	Non	9	4	Non
M7	Mail de la CTA	Depuis 2 ans	Oui	5	3	Non
M8	Connaissances professionnelles	Non	Non	0	0	Non
M9	Elu URPS	Depuis le lancement	Oui	10	0	Non
M10	Par délégué CPAM	Non	Non	0	0	Non
M11	CTA	Depuis le lancement	Oui	15	0	Non
M12	Equipe PAACO	Non	Oui	0	0	Non
M13	Non	Non	Non			Non
M14	Connaissance professionnelle	Depuis 2 ans	Oui	35	5	Non
M15	SSIAD	Depuis 1 an	Oui	7	0	Non

## 2. Modalités d'inclusion des patients dans le dispositif PAERPA

### 2.1. Inclusion des patients pas différents biais

Tous les médecins ont signalé eux-mêmes la majorité de leurs patients âgés fragiles inclus dans le dispositif PAERPA, en prenant contact avec la Plateforme autonomie séniors.

Les autres modes d'inclusion étaient les suivant :

- Par les patients eux-mêmes ou leur famille en appelant la CTA,
- Par l'infirmier libéral ou le SSIAD,
- Par la Plateforme autonomie séniors directement,
- Plus rarement, à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.

Dans tous les cas, l'accord du médecin était sollicité pour finaliser l'inclusion.

*M 1 : « C'est divers, tu as personnellement surtout, j'ai fait des courriers, j'ai envoyé des fax, j'ai téléphoné, c'est aussi des retours d'hospitalisation ou par la plateforme, c'est divers. »*

*M 4 : « En fait je donne aussi souvent le numéro aux familles. »*

*M 15 : « Souvent c'est par le SSIAD, ou c'est sur mes propositions ou proposition de l'infirmier qui intervenait. »*

### 2.2. Les raisons d'inclusion des patients

- Travailler en équipe pluriprofessionnelle pour mieux évaluer la situation des patients âgés fragiles et prévenir la perte d'autonomie

La principale raison rapportée par les médecins était d'agir en amont de la dépendance.

S'ils considéraient un patient comme fragile, ils le signalaient à la plateforme afin que sa situation soit évaluée de façon plus approfondie. Ils attendaient aussi des propositions de mesures préventives qu'ils n'avaient pas pu mettre en place. Cette association avec les services sociaux et de coordination dans la prise en charge des patients fragiles était pour les médecins la garantie, d'une part pour une prise en charge plus complète, plus adaptée et d'autre part pour une capacité de réaction plus rapide en cas d'évènement défavorable.

*M 1 : « Quand j'avais repéré une personne fragile, isolée, j'appelais la plateforme autonomie pour ne pas attendre que les gens soient en situation de dépendance pour faire intervenir les services sociaux »*

*M 2 : « Elle est déjà dans ma file active de PAERPA donc, automatiquement, s'il y a un problème et que les aides doivent être renforcées, ça va être rapide parce qu'elle est connue. »*

*M 14 : « C'est surtout la communication avec les gens qui peuvent intervenir pour m'aider dans les démarches sociales. »*

- Les autres raisons évoquées par les médecins
  - Organisation d'un maintien à domicile complexe,
  - Mise en place d'aides financières ou humaines telles que l'APA ou l'aide-ménagère,
  - Recherche d'une place en institution ou en hébergement temporaire,
  - Faciliter la communication avec les infirmiers grâce à l'inclusion d'un patient dans l'application PAACO-Globule.

*M 1 : « Donc, c'est les situations les plus complexes qui étaient envoyées (...) qui nous posaient le plus de problèmes pour le maintien à domicile. »*

*M 2 : « Chercher une auxiliaire de vie, faire venir les repas à domicile »*

*M 7 : « La dernière fois que je les avais appelés, c'était pour une APA. »*

*M 14 : « Pour placer les gens en maison de retraite. »*

*M 4 : « Et l'intérêt du PAERPA c'est qu'on peut se rencontrer maintenant sur PAACO. »*

## **2.3. Les raisons de non-inclusion des patients**

### **2.3.1. Refus des patients**

La seule raison pour laquelle les médecins n'avaient pas inclus un patient était le refus de ces derniers. Les médecins rapportaient ces refus à 3 situations :

- Les patients âgés fragiles, cibles du projet PAERPA, qui ne présentaient pas de perte d'autonomie et qui ne se sentaient pas concernés par ce dispositif.
- Les patients réticents pour donner des informations personnelles aux services sociaux et de coordination.
- Les patients qui ne voulaient pas avoir à faire à d'autres intervenants, hormis leur médecin traitant. La démarche proposée par le PAERPA était trop intrusive.

*M 3 : « Je leur ai proposé, mais en fait, ils ont été en contact avec la plateforme, mais finalement, ils n'étaient pas tellement demandeurs parce qu'ils ne se sentaient pas en fragilité. »*

*M 1 : « Selon l'adhésion des patients et des familles, parce que ce n'est pas si facile que ça. Il y a des familles qui sont très réticentes à donner des informations aux services sociaux. »*

*M 3 : « Souvent, c'est senti un peu comme une intrusion aussi. Nous, on a le droit de rentrer dans l'appartement pour discuter, mais je pense que ce n'est pas vrai pour tous les professionnels. »*

### **2.3.2. Pratique des médecins**

Les médecins utilisant le PAERPA ont rencontré plusieurs contraintes et difficultés pour concilier ce dispositif et leur pratique (voir les parties suivantes). Cependant ils n'évoquaient pas de raisons suffisantes pour abandonner cette expérience ou ne pas inclure tel ou tel patient du fait des améliorations que PAERPA pouvait apporter à leurs patients. Concernant les médecins n'utilisant pas le PAERPA, leurs principales réticences pour participer au projet PAERPA, hormis leur méconnaissance du projet, étaient liées au fait qu'ils avaient leurs propres habitudes de fonctionnement, avec des réseaux d'intervenant déjà en place, avec certes leurs défauts mais aussi leurs qualités. Ils n'avaient pas non plus le temps de s'intéresser et s'impliquer dans un nouveau projet.

*M 8 : « Chaque généraliste a un réseau de spécialistes, d'infirmiers, d'assistantes sociales, qui fonctionnent comme ça, avec mon annuaire, enfin mes contacts. »*

*M 10 : « Je fais ça avec l'ESTEY aussi tu sais, ce n'est pas tout à fait ça mais enfin. Ils envoient rapidement un médecin, un infirmier, il y a des suites, des mises en place soit en maison de retraite ou en centre de suivi. Cela marche pas mal l'ESTEY, c'est plus ancien. »*

*M 13 : « Ça me coûterait du temps, de l'énergie de me mettre à la page de quelque chose et qui en plus, c'est quand même assez nouveau. »*

## E. Les différents dispositifs PAERPA : atouts et inconvénients pour les médecins

### 1. La Plateforme autonomie seniors (PAS)

#### 1.1. Un soutien nécessaire

La Plateforme autonomie seniors était pour l'ensemble des médecins interrogés un véritable atout dans leur pratique et pour leurs patients. Si pour tous les médecins c'était une aide appréciable, pour certains d'entre eux, elle leur était même indispensable dans certaines situations.

*M 14 : « Ce qui m'aide le plus c'est surtout la plateforme qui me permet de communiquer avec tout ce qui n'est pas médical. »*

*M 15 : « Dans l'organisation des soins, dans ce qu'elle sera dans le futur, le fait que l'on travaille avec les services sociaux, c'est une organisation des soins sur un bassin de santé qui paraît absolument nécessaire. »*

#### 1.2. Ses atouts

- Un dispositif facile à solliciter,
- Un dispositif réactif,
- Un dispositif offrant un accès unique à l'ensemble des ressources sociales et médico-sociales du territoire.

*M 1 : « C'est pratique, c'est un seul numéro de téléphone. »*

*M 4 : « Je trouve qu'ils sont assez réactifs justement, quand ils ne répondent pas au téléphone, on peut laisser un message et ils rappellent dans l'après-midi. »*

*M 9 : « La plateforme a les connaissances de l'offre, des choses qu'on ne savait pas où ni quand ni comment les joindre, mais là, on a une espèce de centre qui centralise tout. »*

#### 1.3. Les solutions apportées aux médecins

- Une communication et une coordination entre le sanitaire et le social qui soulage les médecins

*M 2 : « Moi, je dis que ça commence bien à changer la donne dans nos relations avec le médico-social. »*

*M 4 : « Ça m'a permis d'être en contact avec la partie sociale, de travailler en coordination. »*

Les notions de décharge, de soulagement, d'allègement ou de gain de temps étaient souvent associées à la Plateforme autonomie seniors. Les médecins pouvaient davantage se concentrer sur le médical.

*M 2 : « Ce que je vous ai dit, c'est me décharger du côté médico-social. »*

*M 3 : « Cela me fait gagner du temps, puisque là je délègue. »*

*M 4 : « Tout ce qui n'est pas médical, je ne m'en occupe plus. Ça allège la charge de travail du médecin »*

En sollicitant les familles, en les impliquant et en les aidant à mettre en place et à organiser les différentes aides, la Plateforme autonomie seniors soulageait les médecins de tâches qu'ils devaient parfois accomplir eux-mêmes.

*M1 : « Ça améliore la coordination avec les services sociaux, avec les aidants, avec les familles. C'est une aide pour faire le lien avec les familles. »*

*M 3 : « Quand les patients ou leur famille ont des demandes, je leur donne le numéro de la plateforme pour les problèmes de prise en charge sociale. Je leur dis : « Vous appelez la plateforme et ils vous donneront les renseignements. »*

- Une aide pour l'évaluation sociale des patients, la coordination des actions à mettre en place et leur suivi

- Une approche complémentaire dans la prise en charge des patients.

*M 14 : « Peut-être mettre en évidence des choses que je n'ai pas vues ou apporter des choses dont je n'aurais pas eu l'énergie ou l'idée de mettre en place. »*

*M 15 : « Je pense que ça amène quelque chose dans le sens où, l'intervention à domicile de tiers, notamment d'un personnel social qui est mieux formé amène un plus parce qu'ils sont vraiment quotidiennement sur le champ. »*

- Une aide pour la mise en place d'une prise en charge globale comprenant une évaluation complète à domicile, la mise en place des aides nécessaires et le suivi de ces prestations.

*M 3 : « Je n'y connais rien, je n'ai aucune formation pour la prise en charge sociale. (...) Je demandais à la plateforme pour évaluer précisément la situation »*

*M 1 : « C'est une aide pour les demandes de tutelles, pour les aides à domicile, pour les aides financières, pour les placements en maisons de retraite. Et puis, quand on dit le social, c'est l'associatif aussi, le bénévolat. »*

*M 2 : On est complètement déchargé de cela. Et ça, c'est tout nouveau pour nous parce qu'on n'a personne qui le faisait avant. »*

*M 3 : « Il y a quand même plus de suivi qu'avant, je pense, et puis tu as un peu plus de retour que quand tu es tout seul. »*

- Une diminution de l'isolement de certains patients...

*M 7 : Cette patiente-là qui est incluse dans le PAERPA, le fait qu'il y ait des visites régulières qui sont faites par la plateforme je pense qu'elle se sent moins isolée. »*

- ...Avec l'animation d'un réseau social autour des personnes âgées connecté aux professionnels de santé

*M 14 : « Depuis plusieurs mois quand même, la plateforme passait voir un de mes patients et je pense que ça a évité quand même que ça se dégrade trop vite. »*

- Un intermédiaire entre les médecins et les établissements de santé

Un autre point apprécié par plusieurs médecins était l'aide que pouvait leur apporter la plateforme pour organiser le retour à domicile d'un patient suite à une hospitalisation.

*M 7 : « C'est forcément mieux parce qu'il y a plusieurs acteurs qui sont là et qui savent que madame untelle a été hospitalisée et qui préparent le retour à domicile. »*

*M 14 : « Une responsable, qui est dans le projet PAERPA a été voir une patiente à l'hôpital dans le service de rééducation aujourd'hui, et je vais la rappeler pour lui demander ce qu'ils pouvaient faire pour le maintien à domicile... Donc ça c'est bien, ça m'aide. »*

#### 1.4. Les inconvénients de la Plateforme autonomie séniors

Parmi les 12 médecins utilisant le PAERPA, 5 ont cité des points négatifs concernant la Plateforme autonomie séniors. Ils pensaient que certains points pouvaient être améliorés, mais globalement la plateforme était bien plus un avantage qu'une contrainte pour leur pratique.

##### – L'absence de réponse dans l'urgence et des horaires trop restreints

Parmi les inconvénients cités par les médecins concernant le fonctionnement de la plateforme, trois d'entre eux trouvaient que le temps de réponse apporté par la plateforme était parfois trop long.

*M1 : « Ce n'est pas tout le temps réactif. J'ai fait plusieurs signalements pour des problèmes d'aidants mais, j'ai l'impression que la plateforme autonomie n'a pas encore pris en compte ma demande. »*

*M 5 : « A répondre oui, à intervenir pas encore assez rapide. »*

Certains auraient souhaité que la plateforme développe une cellule d'urgence capable d'apporter une réponse adaptée dans l'immédiat.

*M 5 : « La deuxième chose qui manque c'est la cellule d'intervention d'urgence dans les deux-trois heures, ça c'est un truc qui serait génial. »*

D'autres médecins regrettaient que ce service ne soit pas fonctionnel dans des horaires plus étendus.

*M 9 : « Si on voulait être critique, on pourrait espérer qu'elle ouvre un peu plus tard le soir. »*

Sur ces points, certains médecins étaient assez compréhensifs. Ils reconnaissaient que même si la plateforme avait été joignable en permanence, les services ou les structures qu'elle sollicitait pour activer certaines aides, eux n'étaient pas fonctionnels tout le temps.

*M 9 : « Ils ont des arguments qu'on peut entendre. Il faut qu'ils reçoivent le message pour transmettre aux services qui vont faire les repas par exemple. Ils seront quand même obligés d'attendre que ça soit ouvert et il y aura un délai de trois jours. »*

Quant à la réponse d'urgence, d'autres dispositifs PAERPA pouvaient apporter une réponse adaptée.

*M 2 : « Je crois qu'on ne peut pas demander à la plateforme d'intervenir du matin au soir. Et puis de toute façon, il y avait la chambre d'hébergement et l'équipe urgence nuit qui peuvent être une solution »*

##### – Des difficultés de communication et de compréhension avec les professionnels de la plateforme

Ces difficultés se traduisaient par l'impression qu'avaient les médecins de ne pas avoir été écoutés ou compris par les professionnels de la plateforme qui avaient peut-être des objectifs différents de prise en charge pour les patients. Mais aussi, par un manque de retour sur les interventions menées auprès des patients et sur l'évolution de leur situation. Et enfin, par un manque de connaissance réciproque du travail de chacun et un manque de personnalisation dans leurs relations.

*M1 : « Nous, on avait l'impression qu'on pouvait continuer le maintien à domicile, mais les services sociaux, par solution de facilité, les ont placés en EHPAD. Et puis, le placement dans*

*les EHPAD qu'on n'aimait pas. Donc avec une perte du suivi du patient. À la limite on n'était peut-être pas d'accord sur les objectifs. »*

*M 3 : « L'évaluation sociale de la plateforme, des fois, on n'a pas trop de retour, on ne sait pas trop ce qui a été fait ou pas »*

*M 10 : « Ça peut rendre service (...) mais tu rencontres rarement les intervenants. »*

*M 5 : « C'est encore nébuleux dans le réseau d'intervention des partenaires. Je connais pas du tout les intervenants, je ne les ai jamais rencontrés. (...) Ce n'est pas assez personnalisé parce que moi j'ai besoin de stabilité et de référents. »*

## **2. L'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité (UEGPC)**

### **2.1. Une réelle plus-value pour la pratique des médecins**

L'UEGPC était un dispositif approuvé par tous les médecins généralistes interrogés, y compris ceux n'utilisant pas le PAERPA. Ces derniers ont pu y avoir recours en contactant la plateforme téléphonique gériatrique (dispositif antérieur au PAERPA) ou par l'intermédiaire d'une structure telle que l'HAD par exemple. Pour citer certains médecins, elle était qualifiée « d'indispensable » ou « précieuse ».

*M 5 : « C'est grâce au PAERPA que j'ai découvert l'équipe mobile. Et Dieu sait que je m'en sers et qu'elle est précieuse. (...) L'équipe mobile de Marie-Neige VIDEAU, ça c'est du bonheur ça. »*

### **2.2. Ses atouts**

Ce qui était d'abord apprécié par les médecins, c'était la facilité pour joindre cette équipe, sa réactivité pour prendre en compte leurs demandes et pour intervenir. La communication avec l'équipe mobile était aussi appréciée, que ce soit par téléphone ou via PAACO.

*M 11 : « L'équipe mobile de gériatrie, je fais appel relativement souvent à eux (...) Les relations sont bonnes et même parfaites. (...) Et puis l'équipe mobile de gériatrie, on est très bien reçu au téléphone, la prise en charge est hyper rapide.*

*M 12 : « L'équipe mobile de gériatrie par exemple, elle est souvent connectée sur PAACO, ils laissent des messages, le compte rendu, c'est vraiment simple pour communiquer avec eux. »*

### **2.3. Les solutions apportées aux médecins**

- Un soutien fort pour la pratique des médecins concernant la prise en charge de malades complexes à domicile

*M 3 : « J'appelle l'équipe du Docteur Videau, je lui dis : « Ecoute, là, je suis au bout de mes capacités médicales, il faut que tu ailles évaluer et me dire ce qu'on peut faire en plus (...) L'évaluation est faite rapidement et ils ont une fiche retour, ils proposent des choses sans les imposer. »*

*M 2 : « Et combien de fois ça m'a permis de modifier un traitement ou de me conseiller, et d'éviter l'hospitalisation, moi, ça m'a évité au moins deux hospitalisations. »*

*M 6 : « Ils rencontrent aussi la famille, et souvent les familles sont très satisfaites. Et quand il faut envisager peut-être un placement ce qui n'est pas certes des fois, ce qu'ils voudraient, l'équipe mobile est un facteur important d'aide à la prise de décision. »*

M 3 : « Ça te conforte et ça conforte aussi la famille. Par exemple quand la famille dit : « il faut aller aux urgences ou il faut hospitaliser » alors que moi je pense que ce n'est pas nécessaire, là, l'équipe mobile use de son autorité en ma faveur et apporte du poids dans mes décisions. »

- Avec une aide logistique pour réaliser une évaluation complète

M 11 : « Je fais appel à l'équipe mobile quand la situation devient complexe. A ce moment-là tout est pris en charge, je n'ai pas de papiers à faire, je n'ai pas de trucs... Et ils me téléphonent pour me tenir au courant. »

- Une aide médicale dans une approche complémentaire à celle des médecins

M 6 : « Toujours par rapport à cette unité, je trouve que l'avantage c'est d'avoir un regard extérieur puisque quand on connaît les personnes, quand on suit les gens depuis longtemps, d'un côté, on n'est plus trop objectif. »

- Et des propositions de prise en charge pertinentes

M 10 : « Ça c'est performant, ils viennent vite, ils donnent des idées assez précises sur ce qu'on peut faire ce qu'on ne peut pas faire. »

M 11 : « S'il y avait des problèmes psychiatriques, j'ai le psychiatre qui m'appelle donc c'est hyper bien. »

M 2 : « L'équipe mobile de gériatrie nous fait des suggestions intéressantes concernant les risques liés aux médicaments. »

M 6 : « Sur la fiche qu'ils font à la fin, sur le récapitulatif du traitement avec, ce qui est conseillé de poursuivre, de modifier ou d'arrêter, c'est très utile. Et pour nous aussi, pour notre pratique, c'est des conseils que l'on pourra appliquer chez d'autres patients. »

- Un lien efficace entre les médecins généralistes et la filière gériatrique du CHU de Bordeaux

M 1 : « Pour avoir un avis, on peut joindre l'équipe de gérontologie directement. Cela facilite les liens avec les services de gériatrie. »

M 3 : « Alors moi, ça me permet souvent de différer les hospitalisations et surtout d'essayer de trouver des places quand il faut vraiment hospitaliser dans les 24-48 heures. »

M 4 : « J'appelle quand j'ai besoin d'une hospitalisation. Alors ça me permet de ne pas envoyer les patients aux urgences. »

## 2.4. Les points négatifs de l'équipe mobile

L'ensemble des médecins interrogés étaient satisfaits de l'existence d'un tel dispositif.

À la question, « quels sont les points faibles de ce dispositif ? », la plupart des médecins n'avaient aucune critique à signaler. Leur seule crainte concernait les difficultés de l'équipe mobile pour répondre aux sollicitations de plus en plus nombreuses et qui pourraient affecter sa disponibilité.

M 4 : « À part le fait que l'équipe mobile soit un peu victime de son succès donc que les délais soient plus longs, je ne vois pas grand-chose non. »

Le seul point négatif signalé par les médecins était le manque ou l'absence de communication avec les intervenants de l'UEGPC qui avaient évalué certains de leurs patients. L'équipe mobile de gériatrie avait adressé un compte rendu de son passage avec des propositions thérapeutiques sans les avoir informés et donc sans prendre en compte leur connaissance et leur expertise du patient.

*M 1 : « S'ils n'ont pas tous les éléments du dossier c'est dommage, parce qu'ils te donnent des choses, ils te simplifient les ordonnances que tu es obligé de réactiver des fois parce que tu as l'état du patient qui se dégrade dans les quelques jours qui suivent. »*

*M 15 : « Ils sont passés voir mes patients mais moi, jamais. Si vous voulez, c'est quand même des patients dont on s'occupe, dont on a une certaine connaissance. Et j'ai peut-être quelque chose à apporter là-dessus. C'est qu'on a aussi notre idée du patient qui se voit un petit peu plus clair et précise que la leur et qui je pense est nécessaire lorsque l'on veut adapter un traitement ou mettre en place telle ou telle prise en charge. »*

### **3. Le système de communication PAACO-Globule dans la pratique des médecins**

Les 12 médecins utilisant le dispositif PAERPA étaient équipés de la plateforme de communication PAACO ainsi qu'un des médecins n'utilisant pas le PAERPA (M 10). Parmi ces 13 médecins, 10 l'utilisaient de façon plus ou moins régulière et soutenue et 3 ne l'utilisaient pas du tout. (M 3, M 6 et M 10).

#### **3.1. La communication avec les intervenants autour des personnes âgées**

##### **3.1.1. Un outil intéressant...**

Cet outil offrait aux médecins un espace de communication sécurisé facilitant les échanges d'information avec la Plateforme autonomie seniors, l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière et certains professionnels de santé de proximité tels que l'infirmière, le kinésithérapeute ou le pharmacien.

- Un mode de communication qui favorise la coordination et améliore le suivi des patients.

*M 4 : « Et l'intérêt du PAERPA c'est qu'on peut se rencontrer maintenant sur PAACO. J'ai des infirmières qui mettent les constantes dessus. C'est d'avoir une messagerie sécurisée, c'est bien. »*

*M 5 : « Parce que c'est peut-être plus rapide, on se parle davantage maintenant, il y a peut-être plus de réactivité, de complicité avec les infirmières. C'est efficace pour communiquer. »*

*M 11 : « Je m'en sers pour le suivi d'un certain nombre de choses sur les patients. »*

*M 15 : « C'est un travail d'équipe, c'est tout. Et ça, c'est intéressant. »*

– Un gain de temps

*M 11 : « Ça fait gagner du temps, on n'a pas besoin de passer du temps au téléphone et on a besoin de repasser voir le patient moins souvent. »*

- Grâce à une communication en temps réel et simultanée entre plusieurs interlocuteurs

*M 9 : « Ça me permet de le partager immédiatement avec n'importe qui et puis l'intérêt, c'est le temps réel, dans PAACO. C'est-à-dire que quand je suis chez mon patient et que, par exemple, l'infirmier passe tous les matins, et que je veux que là, il repasse aussi tous les soirs, il est averti immédiatement. Je n'ai pas à lui téléphoner pour lui dire ceci ou cela. »*

*M 15 : « Quand vous avez une remarque à faire à tout le monde, au lieu d'envoyer un SMS à tout le monde, vous faites une équipe qui reçoit le sms. »*

- Et à une réduction des appels téléphoniques et un archivage direct des messages dans le dossier patient

*M 2 : « Au lieu de se téléphoner, on communique par là avec la plateforme. C'est bien parce qu'ils ne m'appellent pas pendant mes consultations et moi, je ne les appelle pas pendant leurs interventions donc, c'est bien. »*

*M 9 : « Ça permet de ne réserver le téléphone qu'à l'urgence et de mettre tous les messages non urgents, c'est la grande majorité des cas, directement dans le dossier du patient que le professionnel va pouvoir consulter quand il aura un moment. »*

### **3.1.2. ...Mais pas assez déployé parmi les professionnels et établissements de santé**

– Un manque d'utilisateurs parmi les professionnels de santé de proximité et hospitaliers

*M 2 : « C'est ça qui m'embête c'est-à-dire que quand j'ai fait rentrer un patient dans le processus PAACO, j'aimerais bien qu'automatiquement, la plateforme puisse faire rentrer les autres professionnels de santé dans PAACO. »*

*M 11 : « Après c'est vrai que, quand on envoie aux spécialistes, si eux aussi étaient liés et qu'ils envoyaient leurs courriers tout de suite dessus, ça serait aussi plus simple. Même pour les urgences ou l'hôpital ça serait parfait ça. »*

*M 14 : « Il faut vraiment que tout le monde soit dessus. Vous voyez, je parle de ce duo d'infirmiers compétents, Cécile et Fabien et je ne savais pas, mais Fabien ne se connecte pas à PAACO. C'est important parce que moi je discutais sur PAACO avec Cécile et puis la semaine où c'était Fabien il fallait que j'écrive aussi sur le cahier de liaison. Et pareil pour les kinés, il y a très peu de kinés dessus. »*

– Une absence d'utilisation par d'autres intervenants plus ponctuels comme SOS médecins ou le centre 15

*M 1 : « Il faut faire un travail d'interopérabilité avec les logiciels métiers. Et puis, aussi avec la régulation au centre 15 et SOS, parce que l'on ne peut pas continuer à utiliser le cahier de liaison pour les uns, PAACO pour les autres etc... »*

*M 8 : « Si je dois utiliser cet outil, c'est pour qu'un médecin qui intervient la nuit ou le week-end voit ce qu'on a déjà fait, ce qui est déjà arrivé au patient et qu'on n'aille pas l'hospitaliser pour rien. Or, le médecin qui viendra la nuit, il n'aura peut-être pas l'idée d'aller sur PAACO. Donc, finalement je ne sais pas si ça peut être utile cet outil. »*

- Une multiplication des modes de communication et donc une perte d'efficacité et de temps

La communication que les médecins avaient avec les autres professionnels de santé était d'ailleurs bien en place et opérationnelle sans l'outil PAACO, qui n'était donc pas indispensable pour leur pratique. Les médecins avaient déjà des habitudes de communication et utilisaient le téléphone, les mails, le fax, ou encore un cahier de liaison laissé au domicile du patient. Certains utilisaient aussi d'autres messageries électroniques sécurisées.

*M 3 : « Il a un système très simple de cahier à domicile, c'est très simple, ça fonctionne très bien, parce que tout le monde peut voir les informations et marquer quelque chose. »*

*M 6 : « Le système PAACO je trouve était séduisant mais, on a aussi nos habitudes de fonctionnement. Je n'aurais eu aucun moyen de communication avant mais, c'est que j'ai un moyen de communiquer avec les infirmiers. Les infirmiers sont dans le quartier, ils peuvent passer ici, on peut s'appeler. Et puis je ne suis pas sûre que tous soient équipés de PAACO.*

Les outils de communication étaient alors multipliés, parfois pour un seul et même patient, et donc la charge de travail et les sollicitations étaient aussi augmentées pour les médecins. Sans être exhaustif, les médecins devaient donc jongler entre le téléphone mobile, le carnet de liaison au domicile, la messagerie sécurisée permettant de recevoir les biologiques et les comptes rendus de certains spécialistes et enfin PAACO.

Le gain de temps apporté par PAACO dans certaines situations pouvait alors être perdu à cause de cette grande diversité d'outils de communication.

*M 3 : « Je l'ai utilisé PAACO mais, nous avons un logiciel. Nous avons une connexion à la Sécu. Nous avons un retour des bilans biologiques par APICRYPT. Nous avons une messagerie sécurisée Orange, quand on va dans la maison de retraite, on utilise un autre logiciel. Donc, si tu veux, c'est simple, c'est super c'est tout ce que tu veux, mais le problème, c'est que le temps informatique nous bouffe la vie. »*

*M 7 : « C'est un outil en plus, encore un autre qu'il faut ouvrir. Alors, quand on arrive le matin, on va ouvrir notre boîte à lettres, on doit ouvrir Doctolib pour les rendez-vous, on doit ouvrir notre logiciel et puis là normalement, je devrais ouvrir aussi PAACO. (...) Non, ce qu'il faudrait, c'est avoir un outil intégré, au moins je me familiarise toujours avec le même outil, parce que là, ça fait des doublons. »*

## 3.2. Le dossier en mobilité

### 3.2.1. Très intéressant en théorie...

Trois des médecins interrogés avaient intégré l'outil PAACO dans leur pratique de façon plus poussée. Ils s'en servaient de dossier patient à part entière avec comme avantage par rapport au dossier papier et aux logiciels métiers présents à leur cabinet :

- D'être mobile et utilisable en visite au lit du patient.
- De pouvoir stocker divers documents et surtout de pouvoir les partager avec d'autres professionnels à n'importe quel moment.

*M 9 : « L'intérêt pour moi, c'est d'avoir un outil au lit du patient. Ce que je trouve très bien, c'est qu'avec PAACO, quand j'ai fait mon ordonnance, au lieu d'écrire sur le cahier de liaison je photographie l'ordonnance. Je photographie un compte-rendu, je photographie une analyse que j'ai reçue, la lettre du cardio qu'il est allé voir, etc... Donc, je stocke quand même tout ça dans PAACO, ce qui me permet de l'avoir quand je suis au domicile du patient. »*

*M 12 : « Pour moi, c'est un dossier médical personnalisé, c'est un outil où les spécialistes pourraient mettre leur compte-rendu, on peut inclure des documents, on a le compte-rendu d'hospitalisation, on met tout dessus. Enfin, on part en visite avec notre téléphone, on a tout ce qu'il faut. »*

### 3.2.2. ...Mais complexe à utiliser au quotidien

D'autres médecins pensaient au contraire que les multiples fonctionnalités de PAACO rendaient son utilisation complexe par rapport à la formation qu'ils avaient eue. Son utilisation en mobilité sur smartphone, par rapport à l'utilisation sur ordinateur, n'était pas intuitive pour eux et était sujette à de nombreux problèmes techniques pouvant en décourager certains.

*M1 : Au début, moi, je trouvais qu'il était très bien. Et après, ils l'ont compliqué, ils ont introduit des tas de choses. (...) Et surtout, ils n'ont pas pris le temps de nous former. »*

*M 1 : « Ce n'est plus accessible sur tous les Smartphones. Moi, par exemple, j'ai un 4S, je ne peux plus m'en servir, je n'ai plus PAACO-Globule parce que la dernière version n'est pas téléchargeable. »*

*M 4 : « Je suis d'accord que le site il est assez complet, mais encore il n'est pas très fonctionnel, ce n'est pas très intuitif, je mets toujours du temps à trouver. D'ailleurs, ça n'a pas marché pendant je ne sais pas combien de temps. C'est hyper lourd en fait. »*

## 3.3. Les suggestions des médecins

- La nécessité d'un plus grand déploiement de PAACO parmi les autres professionnels pour diminuer le nombre de supports de communication à utiliser et apporter un réel gain de temps

*M 5 : « Je pense qu'il faut le faire fonctionner, il faut le diffuser à tous les partenaires, les pharmaciens, les infirmiers, les kinés, ils ne s'en servent pas beaucoup non plus. »*

*M 6 : « Ce qui pourrait me motiver pour l'utiliser, peut-être si l'on pouvait communiquer avec plus de professionnels de santé, s'il était opérationnel avec l'hôpital ou SOS médecins par exemple. »*

*M 9 : « PAACO, les médecins, ou d'ailleurs les autres professionnels de santé ne l'utiliseront que s'ils y trouvent un intérêt pour eux, que ça leur fait gagner du temps, que c'est plus simple pour gérer les trucs au lit du patient. »*

- Un outil plus adapté à leur pratique avec :
  - o Une compatibilité avec leur logiciel métier

Pour les médecins, le fait que PAACO ne soit pas compatible avec leur logiciel métier générerait des doublons d'écriture. Ainsi, lorsqu'ils recevaient ou notaient des informations sur l'un, ils perdaient un temps précieux pour mettre à jour le second. S'ils pouvaient synchroniser les deux plateformes par une procédure simple et rapide, ce serait pour eux un gain de temps important et un frein en moins pour son utilisation.

*M1 : « Ce qui est gênant, c'est que PAACO-Globule ça ne peut pas rentrer dans le dossier médical patient, pourquoi je suis encore obligé de recopier sur mon dossier patient ?*

*Ce qui serait intéressant c'est que le logiciel métier puisse être récupéré sur PAACO, et dans l'autre sens, c'est pareil, tout ce que je récupère sur PAACO, si je pouvais le mettre dans le dossier... »*

*M 6 : « Et effectivement s'il était compatible à mon logiciel métier et si l'on pouvait prescrire avec, ce serait pas mal oui. »*

*M 14 : « Ça fait un peu doublon que ça soit pour Arnaud mon jeune associé et moi ou ma femme aussi. On a les dossiers informatisés mais aussi on écrit sur GLOBULE, je ne peux pas m'en empêcher de faire les deux. Et il y a aussi le logiciel de la maison de retraite, mais là, j'ai résolu, je ne fais plus rien sur les dossiers. »*

- o La possibilité de prescrire sur PAACO

Cette plateforme de communication étant sécurisée, les médecins voudraient effectuer avec PAACO leurs prescriptions médicamenteuses, de soins infirmiers ou de kinésithérapie. Cela leur permettrait de gagner du temps en leur évitant de retranscrire plusieurs fois la même chose sur différents supports et de pouvoir stocker et partager facilement ces informations avec leurs collaborateurs.

*M1 : « C'est dommage de dire au kiné sur PAACO-Globule qu'il faudrait renforcer la kiné, et de devoir en plus établir une ordonnance, même chose pour l'infirmière ou les prescriptions médicamenteuses. Pourquoi ça n'a pas valeur de prescription ? Puisque c'est sur un site sécurisé qui est contrôlable par l'assurance maladie. »*

*M 4 : « Effectivement si on pouvait faire les ordonnances dessus facilement, moi je serais tout à fait preneuse et l'envoyer directement à l'infirmière, au pharmacien ce serait pas mal. »*

### **3.4. La formation et l'assistance technique pour l'utilisation de PAACO**

Sur ces points, les avis des médecins étaient divers. Certains étaient satisfaits de la disponibilité de l'équipe PAACO, surtout parce qu'elle se déplaçait au cabinet pour accompagner les médecins dans l'utilisation de cet outil.

*M 2 : « Je vais encore avoir la visite de TSA (Télésanté Aquitaine) qui va venir voir où j'en suis de l'outil. Ils viennent régulièrement, ça, c'est sûr. »*

M14 : « Pour ce projet-là, c'est surtout la dame de Télésanté Aquitaine qui vient nous voir. »

D'autres médecins pensaient au contraire que la formation initiale ainsi que le suivi pour l'utilisation et la gestion des problèmes techniques étaient insuffisants.

M 1 : « Je trouve que la formation sur l'outil PAACO-Globule, on ne l'a pas suffisamment bien faite parce qu'au début, c'était très facile, et après, c'est devenu très compliqué. J'ai assisté à des soirées où on devait parler de PAACO, mais, en fait on a parlé d'autres choses. »

M 5 : « J'ai dû assister à une ou deux formations mais pas assez, on pourrait nous solliciter pour qu'on soit plus dégourdi pour s'en servir. J'ai 60 patients en file active dans PAACO mais je connais mal et je ne l'utilise pas à fond. »

M 4 : « Ce n'est pas génial. J'ai été bloquée tout un temps et en fait, quand j'appelais l'assistance technique je n'ai jamais eu de réponse et j'ai laissé tomber PAACO pendant un moment. »

## 4. Le système CCP et PPS

### 4.1. Un dispositif peu intéressant pour la pratique des médecins.

Lorsque le terme de CCP était évoqué avec les médecins, de façon unanime, la réponse était la suivante : « Qu'est-ce que c'est ? » Cela montrait l'intérêt et l'apport de ce concept pour les médecins. Il était alors rappelé aux médecins que la CCP représentait les interactions entre les professionnels de santé de proximité tels que les médecins, les infirmiers, les kinés, les pharmaciens.

#### 4.1.1. Quelques avantages pour certains médecins

- Une incitation et une aide pour communiquer et travailler en équipe

M 3 : « Ça te resensibilise à te dire : « on pourrait faire un peu plus de coordination », ça c'est sûr, parce que c'est vrai que ce n'est pas le truc qui est très sympa à faire. »

M 7 : « C'est bien parce que quand on a le PPS, on sait qu'il y a un lien, le pharmacien ne va pas hésiter à nous appeler, il se dit qu'on a un outil commun. »

M5 : « Tout le monde a accès aux données. Cela permet de partager des informations, de mettre un projet en commun, et de savoir si on l'atteint ou si on ne l'atteint pas. »

- Un temps de réflexion, de synthèse sur les situations des patients

M 4 : « Je trouve ça assez intéressant puisque quand je le fais, ça m'aide à formaliser un peu mes idées, à un peu mieux cibler les besoins de mes patients. Ça m'a permis un peu de lister les problèmes, pour les cas complexes. »

M 14 : « Cela ne m'aide pas vraiment à part au moment où je le rempli, c'est un moment de réflexion, cela permet de faire une synthèse. »

– Une meilleure formalisation et codification de la prise en charge des patients

*M 9 : « Alors dans l'idée c'est bien parce qu'il y a des objectifs, il y a tout dans le temps, la plateforme peut les vérifier. (...) Il y a des fois où ça peut être bien que les choses soient écrites et qu'il y ait des repères. »*

Peu de médecins semblaient sensibles à l'intérêt de cet outil pour la Plateforme autonomie séniors et les acteurs sociaux : le PPS était une sorte de feuille de route commune, il permettait d'identifier clairement les acteurs de la CCP et renforçait ainsi les liens avec les acteurs sociaux et ceux de la coordination.

*M 5 : « Moi, je pense que c'est un support incontournable au démarrage du système parce que c'est quand même un répertoire, une codification, une organisation qui amène de la communication et donc de l'efficacité et de la réactivité. »*

#### **4.1.2. Une contrainte supplémentaire pour l'ensemble des médecins.**

Les avantages du PPS vus par les médecins étaient peu nombreux au regard des contraintes qu'il apportait. L'avis des médecins était assez unanime sur le fait que ce système de CCP et de PPS n'apportait pas de plus-value évidente pour leur pratique quotidienne ou pour leurs patients.

*M 2 : « Je le fais à l'écrit, par téléphone avec l'infirmière, après les consultations et ça demande quand même du temps, ça me fait perdre du temps et ça ne me rapporte rien de particulier pour ma pratique ou mes patients. »*

*M 3 : « J'ai commencé, j'en ai fait, puis après, j'ai un peu lâché. Cela ne m'aide pas pour ma pratique et j'ai l'impression que c'est ce qu'on faisait déjà. »*

*M 4 : « C'est lourd à mettre en place et en fait on l'utilise pas du tout au quotidien. »*

#### **4.1.3. Un réseau de professionnels de santé déjà bien en place**

Les médecins avaient déjà un réseau de professionnels de santé qui était opérationnel. Ce réseau était certes plus informel mais la communication et la coordination entre les différents intervenants étaient bien présentes.

*M 1 : « La coordination avec les infirmières et les kinés, on en a toujours fait, la preuve c'est que déjà, tu fais des prescriptions médicales, tu remplis un dossier médical au cabinet, tu as le carnet de liaison au domicile et avec les pharmaciens, on se téléphone. »*

*M 3 : « Donc, ce réseau, il est informel, il n'est pas matérialisé par le PAERPA ou autre, mais il existait déjà, et tu l'utilises. »*

*M 14 : « Je ne vois pas trop de différence avec cette CCP et le PPS, on s'entendait très bien au départ déjà avec les kinés du coin ou les infirmières, on avait une très bonne relation. »*

#### 4.1.4. Une charge de travail supplémentaire

- La formalisation de ce que les médecins faisaient déjà

M1 : « C'est pareil. J'ai l'impression qu'on le faisait déjà ce PPS mais on ne l'écrivait pas comme ça mais on le faisait. (...) C'est beaucoup de paperasses et ça prend du temps. »

M 9 : « Pour formaliser des choses qu'on dit ou qu'on fait déjà, voilà, c'est écrire noir sur blanc des choses et ça prend du temps. »

- Une double saisie des informations

M 2 : « C'est un système que je ne continuerais pas à utiliser le PPS. On transcrit sur du papier ou dans l'informatique un plan de soins que l'on doit après transcrire sur des ordonnances de prescription, donc, ça fait une double saisie pour le même projet de soins. »

- Un document complexe à remplir et chronophage

M 4 : « D'abord c'est très compliqué et pénible à faire, parce qu'il y a quand même plein de cases à remplir et on ne sait pas à quoi ça correspond, ce n'est pas très compréhensible. »

M 8 : « Je suis sûr que je verrais trois ou quatre patients le temps que je mettrais pour remplir un PPS correctement. Je persiste à penser effectivement que les médecins vont avoir du mal à adhérer au PAERPA du fait de devoir remplir vos PPS. Si ça continue, on ne va faire plus que ça, de la coordination, des réunions, de la formalisation. »

M 15 : « En soi, c'est intelligent le PPS. Mis à part que c'est quelque chose qui doit être nécessairement évolutif et révisé très régulièrement. A-t-on le temps de le faire ? Non, non, on n'a pas le temps. »

Le PPS était donc vu par les médecins comme une nouvelle part de leur temps consacré à de l'administratif ou pour citer plusieurs d'entre eux de « la paperasserie ».

M 12 : « C'est du redondant de ce qu'on fait déjà. A mon avis, c'est le problème d'un plan d'action, c'est de la paperasserie en plus. »

M 15 : « Il faut arrêter de demander aux généralistes de faire de la paperasse ou alors, le généraliste n'est plus un soignant, c'est juste un type qui va organiser du haut de son trône et ce seront les infirmières ou SOS MEDECINS qui feront de la médecine. »

#### 4.1.5. Un outil qui n'est pas adapté à la pratique des médecins généralistes

Son contenu ne leur était pas utile au quotidien et comportait trop d'informations superflues.

M 4 : « C'est un peu éloigné de la vraie pratique, c'est un peu compliqué, ce n'est pas tellement notre façon de penser. »

M 5 : « Alors maintenant, je reçois ça, je vais lire, je n'avais même pas lu : « Mise en place du repas, le dîner, vitamine, nutritionniste, action acceptée puis refusée par madame insatisfaite. Action refusée par madame. Action atteinte. Mise en place d'un plan d'aide à domicile, téléassistance action interne. » Non mais c'est une usine à gaz ça ! D'accord, ça a l'avantage d'être propre, évalué, d'accord mais après ce n'est pas moi qui vais le remplir. »

Par ailleurs, le mode de fonctionnement qu'il implique avec la nécessité de réunions entre professionnels pour des réévaluations régulières rompt avec leur propre mode de fonctionnement plus informel mais aussi plus souple et modulable.

*M 4 : « En réalité, on n'arrive pas à se réunir, on ne fera pas de réunion, on n'a pas le temps. »*

*M 11 : « C'est une logique de gens qui sont dans une structure dans laquelle ils ont des horaires bien déterminés, pour laquelle ils font des réunions des choses comme ça. Ce qui n'est pas du tout le cas dans ma pratique libérale. »*

*M 15 : « Et puis cette démarche de PPS, ça s'impose, ça n'a pas la souplesse, si vous voulez en ambulatoire c'est extrêmement souple. »*

## 4.2. La rémunération du PPS

Sur les 8 médecins ayant fait au moins un PPS, soit plus de 90 PPS au total, seulement 2 médecins (M 2 et M 4) avaient fait une demande de rémunération en envoyant une feuille de soin, pour 7 PPS au total. Seul 1 de ces médecins (M 4) avait finalement perçu la rémunération pour ses PPS.

- Une rémunération correcte mais non incitative

*M 4 : « Elle n'est pas très importante si on le fait bien. C'est-à-dire, pour les patients où on s'est réuni avec l'infirmière au domicile du patient, le travail de coordination devrait être mieux rémunéré. Après pour les autres patients quand je le fais toute seule, oui c'était largement suffisant. »*

*M 15 : « Ce n'est pas incitatif du tout, si c'est une heure de temps, je n'ai pas une heure de temps à passer. »*

- Une rémunération presque jamais demandée

*M 1 : « Parce qu'on n'a pas le temps ou parce qu'on ne connaît plus la procédure, on ne sait plus comment il faut demander. »*

*M 3 : « Je n'ai jamais été rémunéré et ça c'est de ma faute. Je n'ai jamais envoyé les bons papiers et pourtant, ils m'ont relancé. C'est tellement compliqué, et j'ai autre chose à faire, que je n'ai pas demandé mes restes »*

*M 5 : « On est rémunéré, je sais ça très bien, mais comme on ne sait pas comment on se fait rémunérer. Moi j'ai fait une cinquantaine, soixantaine de PPS, je n'ai jamais été rémunéré. »*

En tout cas, c'était pour eux une autre démarche administrative qu'ils n'avaient pas envie de faire.

## 4.3. Les suggestions des médecins concernant le PPS

- Simplifier le PPS

*M 1 : « Moi je me dis que, pour que ça soit attractif ce PAERPA, il ne fallait surtout pas faire les PPS comme ils nous les ont montrés, neuf pages, au début, il y avait neuf pages ! Donc là, ils l'ont simplifié, mais même ça, il faut encore le simplifier. »*

– Pouvoir le remplir facilement sur smartphone

Il serait beaucoup plus intéressant pour les médecins de remplir le PPS sous forme dématérialisée sur PAACO. Ce serait plus facile pour le transmettre, le modifier et même pour le consulter. De plus, les médecins remplissaient souvent le PPS au domicile des patients pour des raisons d'accès aux informations nécessaires ou parce qu'ils y rencontraient les infirmiers.

*M 2 : « Bon, on pourrait le faire différemment, il faut le simplifier à l'extrême pour qu'on puisse le mettre sur le portable et que l'on communique avec la plateforme grâce à PAACO. »*

*M 9 : « Sur le mode papier, c'était insupportable, donc, on comprend que personne ne s'y intéresse. Il faudrait pouvoir le compléter à tout moment sur le smartphone. »*

– Le faire rédiger par un autre professionnel de santé et valider par le médecin traitant

*M 6 : « Il faudrait que ça soit fait par une autre personne et puis que nous, on n'ait qu'à le valider, que ça soit déjà préétabli et qu'on ait juste à donner notre avis. »*

*M 9 : « Alors, moi, j'ai toujours pensé que ce n'était pas forcément à nous de le faire et dans la Nouvelle-Aquitaine, ce qui se fait dans les Deux-Sèvres, c'est la plateforme qui fait les PPS. Voilà, et la plateforme construit, en gros, le PPS, et il y a les médecins quand même qui le valident, et surtout qui le signent. »*

– Obtenir une rémunération automatique

Les médecins auraient voulu que la réalisation d'un PPS pour un patient déclenche une rémunération automatique, au même titre qu'il existe un forfait pour les patients qu'ils ont déclaré en ALD.

*M 5 : « Ça devrait être un peu automatique dans la mesure où il y a un PPS transmis, on devrait dire : « Monsieur, vous avez rempli tel PPS, on vous paie. »*

– Supprimer le PPS

Plusieurs médecins voulaient tout simplement supprimer le PPS, en tout cas dans sa version actuelle.

*M 2 : « Si on me demande mon avis quand on évaluera le PAERPA moi, je dirais qu'on peut le stopper ce PPS, le supprimer. (...) Je n'ai pas besoin de ce PPS, ce n'est pas indispensable. »*

Pour conclure cette partie, il était important de signaler qu'aucun médecin n'a proposé comme solution de majorer cette rémunération. Leur souci prioritaire était en rapport avec leur manque de temps, avec une activité de soin de plus en plus réduite, leur surcharge administrative quotidienne et le fait que ce PPS ne soit pas un outil indispensable pour leur pratique ou leurs patients.

## 5. Les dispositifs mis en place en EHPAD

### 5.1. L'hébergement relais d'urgence en EHPAD (HRUE)

Ce dispositif était assez bien connu et très apprécié par les médecins généralistes. C'était pour eux une solution innovante qui répondait à de réelles attentes, pour leur pratique, leurs patients et surtout qui prenait en compte les aidants.

*M 2 : « La chambre relais par exemple, c'est des possibilités que nous offre le PAERPA maintenant qu'on ne nous offrait pas avant. (...) Ça sert pour les aidants. »*

*M 5 : « Il faudrait multiplier par 10. Je m'en sers toutes les semaines. »*

En plus du fait de pouvoir être déclenché très rapidement, ce dispositif avait plusieurs atouts selon les médecins :

- Il pouvait permettre de sécuriser le retour à domicile suite à une hospitalisation en offrant du temps pour adapter le domicile.

*M 7 : « Au moins, on sait qu'on a quelque chose qui vient en soutien le temps de mettre en place le domicile. »*

- Il offrait une solution pour éviter certaines hospitalisations. Par exemple dans le cas où l'autonomie d'un patient se dégradait mais qu'il n'y avait pas de soins médicaux à apporter.

*M 5 : « Ça m'aide quand Madame untelle, elle est tombée, elle a mal au dos, elle n'a pas besoin de soins médicaux mais elle est en perte d'autonomie quand même. »*

- Il permettait aussi de pallier à une défaillance de l'aidant qu'elle soit psychologique ou physique.

*M 1 : « Alors c'est important pour la personne âgée elle-même et pour les aidants surtout. Parce que dans des situations de crise médicale ou d'instabilité de l'état de santé de l'aidant, c'est bien pratique. »*

*M 15 : « Je l'ai utilisé pour une patiente qui avait Alzheimer. Sa fille a dû s'absenter et on a eu besoin d'un hébergement. C'est très intéressant pour nous et pour les aidants surtout. »*

### 5.2. L'infirmière de nuit d'astreinte en EHPAD

L'infirmière de nuit en EHPAD restait un dispositif assez mal connu des médecins. Leur opinion sur cette astreinte infirmière était tout de même plutôt favorable. Un des médecins était convaincu que cette action proposée par le PAERPA avait permis d'éviter le passage inutile d'un patient aux urgences.

*M 2 : « J'ai un exemple très précis où une patiente insuffisante cardiaque réclamait du Lasilix parce qu'elle ne se sentait pas bien. L'aide-soignante de nuit de la maison de retraite a appelé l'infirmière de nuit qui est basée dans l'EHPAD ressource et ça s'est soldé par la prise d'un anxiolytique, et la nuit s'est hyper bien passée. Qu'est-ce qui se serait passé s'il n'y avait pas eu l'infirmière de nuit ? L'aide-soignante aurait peut-être appelé le 15 ou SOS MEDECINS. Peut-être qu'il y aurait eu une hospitalisation ? »*

### 5.3. La téléconsultation en EHPAD

La téléconsultation en EHPAD constitue pour les médecins une aide certaine pour leur pratique et leurs patients :

- Pour améliorer le suivi des plaies chroniques.
- Pour éviter les déplacements des patients âgés et fragiles.

*M 2 : « C'est pour les patients que c'est bénéfique. Quel est l'intérêt de la télémédecine ? C'est d'éviter des hospitalisations, c'est d'éviter surtout des déplacements de personnes âgées. »*

*M 3 : « C'est bien, surtout pour la dermatologie, les protocoles pansements sont établis par un hospitalier et ils sont donc mieux appliqués que si c'était moi qui les avais demandés.*

Pour certains médecins la téléconsultation était un dispositif nécessaire et présentant un fort potentiel, qu'il fallait continuer à développer. La principale suggestion était de rendre accessible la téléconsultation aux médecins de ville.

*M 9 : « Alors, la téléconsultation, moi, je suis très favorable sauf qu'elle n'existe pas, pour l'instant, ce qu'il y a c'est le suivi des plaies par l'hôpital. Point barre. (...) Moi, ce que je veux, c'est une téléconsultation, en fait, qui pourrait être accessible aux médecins de ville. »*

### 5.4. L'EHPAD « dans et hors les murs »

Ce dispositif n'avait été utilisé par aucun des patients des médecins interrogés et seulement 3 d'entre eux connaissaient son principe. En effet, le secteur d'activité de l'EHPAD « dans et hors les murs » était en dehors de celui des médecins interrogés. Les avis des médecins étaient assez partagés sur ce dispositif. Certains trouvaient « l'idée intéressante » et d'autres se posaient la question de sa réelle utilité.

*M 4 : « Alors ça à mon avis ce n'est pas très intéressant parce qu'en général les patients qui sont déments à domicile, ils ont des équipes infirmières qui les connaissent et donc le week-end, elles gèrent. Si elles ont besoin, elles appellent le médecin de garde mais être en lien avec l'infirmière de l'EHPAD qu'ils ne connaissent pas, franchement je ne crois pas que ce soit très intéressant. »*

## 6. L'équipe de soutien aux aidants (ESAD)

Sept des douze médecins utilisant régulièrement le PAERPA connaissaient cette équipe. Parmi eux, cinq l'avaient sollicité. Cette équipe était très appréciée par les médecins qui disposaient alors d'une aide et se trouvaient moins démunis pour prendre en charge l'aidant. Cette équipe pouvait aussi apporter son expertise et ses conseils lorsqu'une décision difficile était à prendre, comme un placement en maison de retraite.

*M4 : « Effectivement dans les moments d'épuisement de l'aidant ou dans les moments plus difficiles, c'est une équipe médico-psychologique qui peut être utile. »*

*M 5 : « J'ai eu affaire deux fois à cette équipe. C'est encore une équipe qui permet de prendre en compte l'aidant. (...) Mettre une valeur objective sur la souffrance de l'aidant et ainsi permettre de prendre une décision : là c'est trop, il faut arrêter, il faut placer le patient en maison de retraite. »*

## 7. L'équipe urgence nuit (EUN)

Concernant ce dispositif, seulement trois des médecins interrogés avaient connaissance de son existence et aucun d'entre eux n'avait un patient qui y avait eu recours. Bien que cette équipe n'intervienne pas à la demande des médecins généralistes, ces derniers y trouvaient des atouts certains, pour leur pratique et leurs patients. C'était pour eux une aide pour un retour à domicile dans de bonnes conditions.

*M1 : « Tu comprends, si tu as le relais qui est assuré pendant trois, quatre jours, ça te change la vie. »*

Plusieurs médecins critiquaient le fait que cette équipe, portée par la maison de santé de Bagatelle, fonctionnait essentiellement avec les urgences de Robert Picqué.

*M2 : « Je n'en ai pas l'expérience du tout, j'ai l'impression que c'est accaparé par Bagatelle et Robert Picqué. »*

Au total, les dispositifs mis en place en EHPAD et l'équipe urgence nuit étaient utiles aux médecins et à leurs patients et n'engendraient pas de contraintes particulières même si quelques améliorations étaient suggérées par les médecins. Ses dispositifs apportaient aux médecins un certain gain de temps et une amélioration dans la prise en charge des patients âgés grâce à :

- Une amélioration du suivi de certains patients,
- Une aide pour le maintien à domicile et pour éviter des hospitalisations et des passages aux urgences inadaptés,
- Une aide pour l'organisation du retour à domicile,
- Une meilleure prise en compte et prise en charge des difficultés de l'aidant.

## **F. Le projet PAERPA en général : points positifs et négatifs**

### **1. Des médecins généralistes plutôt favorables au projet PAERPA et à sa généralisation**

Le dispositif PAERPA était approuvé par l'ensemble des médecins généralistes qui l'utilisaient, comme en témoignait leur volonté de poursuivre et même d'intensifier leur participation. Certains médecins allaient jusqu'à dire que cette prise en charge, en coordination avec les services sociaux, devrait s'étendre et profiter à d'autres catégories de patients. Plusieurs médecins étaient prêts à s'impliquer dans une nouvelle expérience similaire.

*M1 : « Je pense que cette coordination qu'on fait au profit des personnes âgées, on devrait la faire au profit de tout le monde. »*

*M5 : « Bien sûr, parce que c'est la suite, l'avenir est à l'extension d'un tel programme à l'ensemble de la population. »*

Les entretiens avaient permis d'apporter des précisions sur le projet PAERPA aux médecins qui ne l'utilisaient pas. Ces derniers reconnaissaient alors l'utilité de certains des outils proposés pour leur pratique et leurs patients. Et malgré certains aspects contraignants, ils semblaient intéressés par le programme et motivés pour y participer.

*Enquêteur : « Donc, vous allez y participer ? »*

*M 8 : « Ça c'est clair. Je vois déjà trois patients là. »*

*M 13 : « Je tenterais un peu, je demande à voir. La plateforme, ça c'est un vrai plus. Tout le reste peut-être, alors c'est très personnel mais c'est peut-être un peu gadget. Mais c'est vrai que je connais mal, donc je ne peux pas donner mon avis définitif. »*

*M 10 : « Je crois que c'est un beau projet, ça pourrait être utile. »*

### **2. Une réelle amélioration de la prise en charge de patients âgés et un potentiel pour améliorer la pratique des médecins**

Les résultats présentés dans les parties précédentes montraient les avantages et inconvénients des différents dispositifs PAERPA pour la pratique des médecins : la balance entre points positifs et négatifs semblait être à l'équilibre. La principale raison pour laquelle les médecins participaient au PAERPA était le bénéfice que ce projet apportait à leurs patients.

*M 2 : « Majoritairement parlant, on peut dire que les patients âgés sont quand même satisfaits de l'attention qu'on leur porte dans ce dispositif. »*

*M1 : « Dans le PAERPA, tu as besoin de tous les éléments, c'est-à-dire tous les éléments qui ont été mis en place me paraissent très intéressants pour les patients. Je trouve que tout est complémentaire. Mais il faut qu'on continue à améliorer le fonctionnement, pour nous faire gagner du temps. »*

*M 5 : « J'attends plus du PAERPA. Pour l'instant c'est plus une charge par rapport au service rendu [pour ma pratique]. Vous savez, ce n'est pas pour moi, c'est pour les patients. Mon temps appartient aux autres. »*

### 3. Un projet en cohérence avec la vision des médecins concernant la prise en charge des patients âgés

Les objectifs du PAERPA étaient d'améliorer la qualité de vie à domicile et de prévenir la perte d'autonomie des patients âgés fragiles. La méthode employée était de promouvoir le travail en équipe en essayant d'apporter des outils pour améliorer la communication et la coordination entre les médecins et les autres intervenants. Ces objectifs et cette méthode étaient en accord avec ce que les médecins pensaient de la prise en charge des patients âgés.

*M 4 : « C'est intéressant et puis je pense que les personnes âgées en ont besoin. »*

*M 15 : « Pour moi, c'est quelque chose de cohérent, c'est quand même le fait, malgré tout, on travaille avec les services sociaux, ce qui notamment pour ce qui est de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant seules à domicile, est quelque chose d'extrêmement important. »*

#### 3.1. Une incitation au travail en équipe

Chacune des actions mises en place dans le cadre du PAERPA a conforté les médecins sur la nécessité d'un travail en équipe et coordonné. D'abord, en organisant des réunions de quartier regroupant différents professionnels de santé et du social. Ensuite, en développant la Plateforme autonomie seniors, un outil de coordination pour rapprocher les secteurs sanitaires et sociaux. Enfin en proposant aux médecins et aux autres professionnels des outils de communication et de coordination communs, tels que le PPS ou PAACO-Globule.

*M 1 : « Cela n'a fait que conforter ce que je faisais déjà ou que j'essayais de faire. (...) Les réunions ont suscité de l'intérêt et chaque profession a compris que si tu consacres un peu de temps à la coordination, tu as moins de problème après. Donc, le fait que l'on ait le même outil avec les kinés, les infirmiers, on se connaît un petit peu mieux. »*

*M 2 : « Moi je pense que tous les médecins généralistes qui ont l'habitude des personnes âgées sont capables de faire un diagnostic de fragilité mais le PAERPA nous a appris qu'il fallait partager cette impression de fragilité pour qu'il y ait une véritable prise en charge. »*

*M 4 : « Ce que m'a apporté ce programme, c'est vraiment le fait de travailler en coordination. Ça mutualise les besoins et ça diffuse les responsabilités aussi. Je pense que les médecins généralistes, il faut qu'ils se rendent compte qu'ils ne sont pas tout seuls avec leurs patients, et qu'ils peuvent se faire aider. »*

### 3.2. Une aide pour prendre en charge la fragilité et la dépendance

– La démarche empirique des médecins pour dépister la fragilité

*M 1 : « Uniquement en voyant entrer les gens, tu sais très bien que tu n'as pas forcément besoin de la définition pour savoir s'il est fragile ou pas. »*

*M 12 : « La grille PAERPA de dépistage de la fragilité reflète assez bien la fragilité. Après, je n'ai pas forcément besoin d'outil pour me le rappeler. »*

– Le manque de temps pour réaliser une évaluation approfondie

*M 2 : « Pour la fragilité, je crois que tout médecin généraliste est capable de dépister la fragilité. Maintenant de la dépister avec précision, de la quantifier, non. »*

*M 7 : « C'est toujours compliqué en 15 minutes de visite d'avoir une vision complète et globale de la situation d'un patient. On n'a pas le temps d'évaluer précisément et de quantifier la fragilité. »*

– Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé et du social sur la fragilité

Pour certains médecins, le PAERPA a permis une réelle sensibilisation des différents intervenants autour des personnes âgées sur les problématiques telles que la fragilité, les facteurs de risque d'hospitalisation et la prévention.

*M 2 : « Le PAERPA c'est quand même une grosse communication autour de la personne âgée, et moi, je pense que le PAERPA introduit auprès des professionnels de santé et du social, qui veulent bien adhérer, une réflexion autour des personnes âgées fragiles. Et donc, il y a certainement une amélioration dans la prise en charge de la fragilité. »*

– Des outils PAERPA qui incitaient les médecins à dépister et signaler la fragilité

La grille de repérage de la fragilité PAERPA confortait l'intuition des médecins et les incitait à signaler cette fragilité pour déclencher une prise en charge. Cependant, cet outil ne leur apportait pas d'aide technique supplémentaire pour dépister ou quantifier la fragilité par rapport à leur démarche empirique.

*M 5 : « C'est inutile pour dépister la fragilité mais ça conforte notre impression de fragilité et la nécessité de le signaler. C'est un peu caricatural. »*

*M 4 : « Je trouve que ça fait un papier en plus à remplir. Parce que c'est, je ne sais pas, ça me paraît un peu évident en fait. »*

Pour les médecins, la diffusion de cette grille participait à l'effort de sensibilisation générale sur les problématiques liées à la fragilité des personnes âgées.

*M 4 : « Je pense qu'elle peut être intéressante pour les familles mais pas pour les professionnels de santé. »*

*M 1 : « Par contre, pour celui qui n'est pas forcément sensibilisé, c'est une bonne idée de lui donner des critères. »*

Les différents outils proposés par le PAERPA, et notamment la Plateforme autonomie seniors, avaient créé une véritable incitation chez les médecins pour repérer la fragilité et surtout pour engager une procédure de signalement. Les médecins pouvaient ainsi proposer à leurs patients

une prise en charge plus complète grâce au PAERPA, allant de l'évaluation à la mise en place d'aides qu'ils ne connaissaient pas ou qui nécessitaient des démarches complexes pour être activées.

*M 2 : « Le PAERPA, en mettant en place plusieurs outils, nous aide à partager et à prendre en charge la fragilité des patients âgés. »*

*M 1 : « J'ai fait un signalement une fois pour un couple de personnes âgées de 90 ans qui s'occupait de leur fils trisomique de 60 ans parce que les uns et les autres se mettaient en danger. J'ai été embêté pendant 15 jours. Dès que tu faisais un signalement, tu avais 15 personnes ailleurs qui te téléphonaient pour te demander ce qu'il s'était passé, on savait que si jamais, on voyait quelque chose, on était mort. »*

*M 1 : « Maintenant, tu fais un seul signalement et puis tu n'es plus embêté, c'est eux qui gèrent. Donc, ça c'est le grand changement. »*

- Des patients moins isolés et une amélioration de la coordination entre les médecins et les professionnels du social.

Les médecins assimilaient le PAERPA à une sorte de réseau, constitué par les aidants médicaux, sociaux, la famille et certains proches de patients, qui permettait de détecter mieux et plus précocement les situations à risque et de mieux faire circuler les informations.

*M 7 : « Il y a des choses aussi pour lesquelles on ne va pas être alerté parce qu'on passe très vite, 15 minutes. Donc dans la mesure où à la plateforme, ils ont plusieurs acteurs qui peuvent passer pour évaluer, ça permet d'être complémentaire, d'avoir une prise en charge plus globale. »*

*M 14 : « Je reviens toujours à tous ces gens de la ville de Bordeaux qui ne sont pas des médicaux, qui interviennent et essaient d'avoir des entretiens avec les patients dont certains se laissent aller. Le passage des gens autres que l'infirmière et moi-même, font que le patient se ressaisit et on arrive mieux à organiser les choses à domicile. »*

*M 11 : « Donc il y a toute une structure qui est mise autour des personnes âgées. C'est-à-dire qu'il y a une structure médicale, moi, les infirmiers...Et il y a aussi toutes les structures sociales. Il y a comme une espèce de barrière ou de maintien qui va permettre d'abord que l'information circule mieux. »*

### **3.3. Une aide pour prolonger le maintien à domicile**

Selon les médecins, un des principaux atouts du PAERPA pour leurs patients, était que toutes les actions développées par ce programme permettaient d'une façon ou d'une autre de favoriser le maintien à domicile des patients dans les meilleures conditions possibles.

*M 4 : « Je pense que c'est le genre de dispositif qui permet de maintenir les gens plus longtemps chez eux. »*

*M 9 : « La solution c'est bien d'essayer de maintenir chez eux les personnes âgées et en effet personne ne va de bon gré dans une maison de retraite, c'est la punition. Alors, les pouvoirs publics, ils se sont un peu rendus compte de ça et donc, d'essayer d'organiser ça au mieux, ça me paraît quand même être une bonne idée. »*

## 4. Les inconvénients du dispositif PAERPA pour les médecins généralistes

### 4.1. Une charge de travail supplémentaire pour des médecins qui ont peu de temps

Si le programme PAERPA apportait certains atouts pour la pratique des médecins et des améliorations dans la prise en charge de leurs patients, ce dispositif était aussi source de contraintes pour les médecins. Rappelons les inconvénients liés au PPS et à la CCP. Il y avait aussi l'outil Globule-PAACO, séduisant en théorie mais pas encore opérationnel pour la pratique quotidienne des médecins. Lorsque les médecins évoquaient les inconvénients du dispositif PAERPA, leurs critiques étaient principalement liées au temps que leur demandait l'implication dans le programme PAERPA.

*M 4 : « Moi je pense qu'il y a beaucoup de choses qui ne servent à rien. Il y a trop de papiers à remplir, il faut faire signer un accord aux patients pour pouvoir les rentrer dans PAACO pour communiquer entre nous, il faut remplir telle et telle grille, il faut faire une coordination clinique et il faut remplir le PPS. C'est trop compliqué. Enfin c'est toujours plus de papiers et moins de temps. »*

*M 10 : « Ça risque d'être un peu comme avec l'HAD. Ils vont t'appeler, ils vont te demander de remplir un tas de papier et de faxer tout ça. On remplit tellement de papiers et ça, ça me gêne un peu. »*

*M 11 : « PAERPA ça engendre un certain nombre de paperasses de demandes de choses complémentaires pour lesquelles on a du mal à suivre parce qu'on n'a pas de temps. »*

*M 14 : « C'est lourd. Je prends beaucoup de temps pour travailler avec le projet PAERPA et m'améliorer mais ça fait perdre beaucoup de temps. »*

### 4.2. Un manque de formation et d'accompagnement pour l'utilisation du programme PAERPA

#### – Une connaissance perfectible du fonctionnement du PAERPA et de ses différents outils

Peu de médecins connaissaient l'ensemble des outils et actions développés dans la cadre du PAERPA, y compris certains des médecins ayant participé à l'élaboration du projet. Un des médecins expérimentateurs (M 5) ne savait pas que la Plateforme autonomie séniors proposait un guichet d'accueil physique pour les patients et leurs familles.

*M 5 : « La troisième chose qui manque et j'espère que l'ARS va le faire, c'est une cellule de renseignement, d'orientation, un endroit où les gens pourraient avoir un rendez-vous, en disant : « voilà, maman elle est comme ça, où est-ce que je peux m'adresser, à quoi j'ai droit ? »*

Un autre médecin (M 12) utilisait PAACO depuis plus d'un an sans connaître le projet PAERPA et son fonctionnement.

*M 12 : « Pour moi, le dispositif PAERPA en lui-même, je ne vois pas trop ce que c'est en fait. »*

Les dispositifs comme l'équipe de soutien aux aidants, l'équipe urgence nuit, l'infirmière de nuit d'astreinte en EHPAD ou l'EHPAD « dans et hors les murs », étaient inconnus de la plupart des médecins interrogés.

*M 3 : « La mamie qui se casse la tête humérale le vendredi soir, qui va aux urgences de bordeaux nord qui ressort avec son écharpe contre écharpe. Si tu veux avoir une infirmière le week-end, de l'aide à domicile pour les repas, sortir le chien, les médicaments, ce n'est pas simple. »*

*M 5 : « Je suis expérimentateur, je ne sais même pas que ça [l'Equipe Urgence Nuit] existe, pas d'information. »*

– Un manque de personnalisation dans le fonctionnement du PAERPA

Les médecins regrettaient de n'avoir peu ou pas rencontré les différents professionnels intervenant dans ce dispositif, que ce soit, ceux de la Plateforme autonomie séniors ou de l'équipe mobile de gériatrie par exemple.

*M 5 : « Ce n'est pas assez personnalisé parce qu'on a l'impression que ça se met en place, qu'il y a un vrai projet, il y a un vrai travail mais c'est encore flou. »*

*M 15 : « C'est ça qui est dommage. C'est qu'on ne les connaît même pas. Voilà. Le problème c'est ça, si vous voulez. Vous avez l'organisme PAERPA qui fait ça, et vous, on vous dit : « Allez ! Au fait, il faut que vous alliez voir quelqu'un, etc... Pour telle et telle raison. » S'ils venaient nous voir, si on les connaissait, ce serait vachement bien. »*

– Un manque de formation et d'accompagnement

Les médecins soulignaient l'insuffisance de formation et d'accompagnement pour une connaissance et une utilisation optimale du dispositif PAERPA et de ses différents outils.

*M 3 : « Oui l'accompagnement est présent mais pas assez intensif et nous on n'a pas le temps de faire plus non plus. »*

*M 4 : « C'est un outil qui est complet mais qui est un peu complexe aussi. Le problème c'est que pour me faire comprendre son fonctionnement, il a fallu quand même au moins deux réunions de trois heures de présentation ! »*

*M 7 : « Je ne suis pas forcément tenue informée mais quelquefois, il y a des outils qui se mettent en place chez un de mes patients et c'est comme ça qu'on obtient l'information. Les réunions, il faut y aller. Moi, je suis allée à deux réunions, j'ai fait des efforts mais ça prend beaucoup de temps. »*

Ils étaient demandeurs de plus d'information et de rencontres malgré le temps nécessaire à prendre sur leur temps médical ou personnel. Ils pensaient qu'une meilleure connaissance de ces partenaires et des services proposés serait un gain pour leur pratique et leurs patients.

*M 1 : « A mon avis, il faut de l'information et puis des rencontres entre les acteurs, c'est-à-dire une meilleure connaissance de ce que chacun peut apporter. Et puis, il faudrait que nous, on puisse aussi participer mieux mais en même temps, on n'a pas beaucoup de temps. »*

*M 5 : « Il faudrait plus de communication pour avoir une meilleure visibilité du fonctionnement. L'accompagnement, la formation, l'information sur le PAERPA ça me manque. »*

– Une responsabilité partagée entre des médecins qui avaient peu de temps et une organisation de la communication parfois inadaptée

Les médecins reconnaissaient les efforts de la plateforme pour les accompagner et leur expliquer le fonctionnement de leurs services. Ils étaient très satisfaits du fait que certaines équipes se déplaçaient pour les rencontrer.

*M 2 : « On va le dire et c'est encore positif pour la plateforme, ils sont quand même venus sur le terrain au contact des professionnels puisqu'on a quand même fait je ne sais combien de*

*réunions le soir. (...) Mais les médecins sont sollicités de part et d'autre pour plein, plein de choses. (...) Ils sont difficiles à mobiliser mais parce qu'ils ont beaucoup de boulot. »*

*M 11 : « Enfin à priori on est mis au courant du fonctionnement de la plateforme et des nouveautés. Quelqu'un vient nous voir donc ça c'est bien. »*

*M 14 : « C'est surtout l'équipe Télésanté Aquitaine qui vient régulièrement nous voir. »*

Ils reconnaissent leur responsabilité dans ces difficultés de communication : ils n'avaient pas le temps de participer à toutes les réunions organisées en semaine ou même le soir.

*M 6 : « Je pense que l'information et la communication sur le PAERPA est bien. (...) La plateforme était venue m'en parler. Après, c'est plus de mon fait de ne pas avoir pris le temps pour plus m'investir. »*

*M 9 : « C'est compliqué de communiquer avec les professionnels de santé, en général, et les médecins en particulier parce qu'ils sont très pris, très sollicités. »*

Certains temps de communications, d'échanges et de rencontres proposés par les promoteurs du projet PAERPA pouvaient aussi traduire un manque de compréhension sur les fonctionnements respectifs, d'une part des médecins libéraux et d'autre part des autres acteurs du programme PAERPA. En effet, certains médecins pensaient que les organisateurs ne se mettaient à leur portée et ne prenaient pas en compte leur mode d'activité libérale, en proposant des réunions en pleine journée. Par ailleurs, si les réunions organisées en soirée étaient plus accessibles pour les médecins, elles leur demandaient un certain effort.

*M 2 : « Les réunions dans la journée, c'est impossible pour tous les professionnels et les réunions le soir, une fois qu'ils ont mis le pied à la maison après une bonne journée de boulot, il faut de l'énergie pour repartir. »*

*M 14 : « Disons que tous les intervenants sociaux voudraient qu'on aille aussi à des réunions. Mais venir à 14h15 le vendredi à la réunion ce n'est pas possible. Si c'est pour faire des réunions à n'en plus finir cela ne m'intéresse pas. »*

*M15 : « On nous a proposé des réunions, mais c'étaient des réunions par exemple lundi après-midi. C'est charmant à 14 heures. C'est mignon, mais nous on a autres choses à faire le lundi après-midi à 14 heures généralement. Si vous voulez, on reste toujours finalement dans un administratif qui ne fait aucun effort pour essayer de se mettre finalement à la portée du libéral. »*

Enfin, la documentation explicative sur les fonctionnalités du projet PAERPA, reçu par les médecins par mail ou courriers, était peu efficace, peu compréhensible au premier regard et donc peu incitative pour les médecins. (Annexe 2)

*M 4 : « Je pense que ce qui empêche les médecins de rentrer c'est quand on reçoit la documentation explicative, qu'est-ce que c'est que le PAERPA ? L'organigramme est hyper compliqué quand on le regarde en fait, et il faut vraiment y passer du temps pour comprendre. »*

Tous ces inconvénients, présentés avec insistance durant les entretiens, notamment par les médecins ayant participé au PAERPA depuis son lancement, ont amené certains médecins à penser que le programme PAERPA a été, pour une part du moins, élaboré sans prendre en compte leur avis ou sans les avoir assez écoutés.

*M 1 : « Je pense avoir une place active et centrale, mais essentiel, c'est encore autre chose, tu vois ? Tu peux être actif et central mais pas être forcément écouté. »*

*M 3 : « En tant que premiers médecins ou en tout cas parmi les premiers à avoir expérimenté le PAERPA, on a fait de multiples réunions et fait remonter des informations sur ce qui n'allait pas et on n'a pas été très entendu par les institutions. »*

*M15 : « Si c'est pour nous dire, parce que c'est un peu ce qui s'est passé, voilà de facto, c'est ça qui sera en place, sans nous avoir demandé, sans finalement tellement se poser la question de savoir est-ce que c'était adapté à nous, à notre pratique. »*

#### **4.3. Un manque de programmes innovant pour la prévention de la perte d'autonomie**

Pour la plupart des médecins interrogés, les différents dispositifs PAERPA permettaient d'une part, une meilleure communication et coordination entre les différents intervenants autour des personnes âgées et d'autre part, une sensibilisation de l'ensemble des professionnels et non professionnels sur les facteurs de risque d'hospitalisation et la fragilité. Pour ces médecins, ces mesures favorisaient la prévention de la perte d'autonomie et permettaient de mieux prendre en charge la fragilité des personnes âgées. Cependant, les médecins pensaient que ce programme avait « *dévié de son objectif initial* » : il bénéficiait beaucoup aux personnes âgées déjà entrées dans la dépendance, ce qu'ils appréciaient, mais n'apportait pas assez d'outils nouveaux pour prévenir la dépendance chez les personnes âgées fragiles encore autonomes. Ainsi, pour certaines personnes âgées fragiles qu'ils faisaient entrer dans le PAERPA, ils ne pouvaient pas leur proposer d'actions spécifiques. Ils pensaient notamment à la création de nouveaux programmes disponibles en ville pour lutter contre l'isolement et la dénutrition.

*M 9 : « Je trouve que le programme s'est dévoyé par rapport à son idée qui était la prévention de la perte d'autonomie et qu'on en a fait très vite, un outil pour prendre en charge les patients ayant déjà perdu mais plus du tout en risque de perte. (...) Tout un tas de programmes pour revenir en arrière par rapport à l'isolement ou la dénutrition, le développement du contact social... Là, tout ça, ça n'a pas été mis en place. Ça serait important qu'il y ait des ateliers quand même, mais je pense qu'il y en a mais on ne le sait pas assez, mais la plateforme pourrait nous aider pour orienter. »*

Concernant l'éducation thérapeutique personnalisée, encouragée dans le cahier des charges national du PAERPA ainsi que dans la feuille de route du projet PAERPA de Bordeaux, aucun des médecins n'avaient participé aux formations pour l'élaboration d'une éducation thérapeutique du patient. Ils étaient également assez septiques sur son efficacité après 75 ans.

*M 6 : « En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le PAERPA ne m'a rien apporté de plus. »*

*M 9 : « Si vous voulez, l'éducation thérapeutique à proprement parler, je trouve que ce n'était pas le terme qu'il fallait choisir parce que je ne vois pas l'intérêt après 75 ans pour commencer l'éducation thérapeutique. Les jeux sont faits. »*

## DISCUSSION

Les résultats de ce travail montraient un avis largement favorable des médecins interrogés pour le dispositif PAERPA. Le projet apportait une aide qui améliorait la prise en charge de leurs patients âgés fragiles et dépendants à domicile. Ce dispositif répondait à de réelles attentes des médecins généralistes concernant leurs difficultés pour la prise en charge des personnes âgées. Ces améliorations étaient surtout liées à une meilleure coordination entre les professionnels intervenants auprès des personnes âgées grâce aux différents outils proposés par le PAERPA, et en premier lieu, la Plateforme autonomie séniors. Cette dernière améliorait les liens entre les médecins généralistes et « le monde du social et du médico-social » qui pouvaient souffrir d'un manque de lisibilité et de difficultés d'accès. L'UEGPC avait aussi une grande part dans la satisfaction des médecins. Cependant, les entretiens ont montré que le PAERPA n'était pas toujours adapté à la pratique des médecins généralistes et pouvait apporter différentes contraintes devenant des freins pour une plus grande implication des médecins dans ce projet. C'est le cas du rôle de coordinateur de proximité, attribué aux médecins généralistes, qui n'était pas adapté à leur pratique en ce qu'il demandait un trop grand investissement en temps et essentiellement pour de la formalisation et de l'administratif. Le système d'information PAACO-Globule était pour les médecins un outil intéressant et une évolution nécessaire dans la coordination et la communication. Mais par son manque de déploiement et sa redondance avec les autres outils de communication et de coordination utilisés par les médecins, il n'apportait pas une simplification et une amélioration suffisantes de leur pratique. Le manque de connaissance des médecins sur le fonctionnement du PAERPA et de ses différents outils était aussi un frein pour leur investissement. Les médecins étaient donc en accord avec les principes du PAERPA et prêts à soutenir ce genre d'initiative. L'intensité de leur implication et leur potentiel d'ambassadeur pour porter de tels projets seraient fonction des atouts apportés pour leurs patients, pour faciliter leur pratique et pour leur faire gagner du temps.

Dans cette discussion, seront présentées dans un premier temps les forces et limites de la méthode d'étude. Dans un second temps, les principaux résultats seront confrontés à ceux de travaux similaires afin de les conforter ou d'en comprendre les divergences.

## **A. Forces et limites de l'étude**

### **1. Forces de l'étude**

#### **1.1. La méthode qualitative**

Pour répondre à la question de recherche qui vise à connaître et à comprendre les atouts et les inconvénients du projet PAERPA pour la pratique des médecins, le choix d'une méthode qualitative paraissait le plus adapté. En effet, la méthode qualitative permet l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus et permet de les comprendre. A la différence d'une méthode quantitative qui permet de mesurer, de quantifier et qui est moins pertinente pour explorer et comprendre les raisonnements ou les comportements humains.

#### **1.2. L'entretien semi-dirigé**

Un entretien physique était plus adapté qu'un entretien par téléphone ou qu'un questionnaire envoyé par mail ou courrier pour saisir le réel ressenti des médecins et toute la complexité de leur pensée. Cette méthode d'entretien garantissait d'une part, une meilleure implication et concentration des interviewés et d'autre part, elle permettait de retranscrire les expressions non verbales. De plus, une relation de confiance pouvait s'installer plus facilement entre les deux parties et contribuer à améliorer l'exactitude et l'intégrité des réponses. Les entretiens collectifs ou focus group n'ont pas été envisagés pour leurs difficultés d'organisation. Par ailleurs, cette méthode apportait le risque d'influence des réponses de certains participants sur celles des autres. Ce biais aurait pu être contrôlé en instituant des groupes de niveaux d'implication, de connaissance ou de satisfaction homogènes. Mais, cette technique demandait en amont un travail de connaissance des participants et d'organisation comportant trop de difficultés. Sans compter la difficulté pour recruter suffisamment de médecins et l'inexpérience de l'enquêteur pour mener à bien des entretiens de groupes. La grille d'entretien utilisée se situait à mi-chemin entre le guide d'entretien classique comportant un nombre de questions ouvertes très limité et le questionnaire directif, plus précis et plus exhaustif, avec davantage de questions fermées. L'avantage était de pouvoir aborder tous les thèmes souhaités pour explorer l'ensemble du sujet, sans oublis, mais aussi de laisser aux participants une certaine liberté de parole et ainsi capter leur réel ressenti. L'inconvénient majeur était qu'elle demandait un temps d'entretien long. Un autre point fort des entretiens réalisés pour ce travail était le fait que les médecins avaient stoppé totalement leur activité pour cette rencontre et il a été exceptionnel d'être interrompu pendant une des entrevues.

#### **1.3. La population de médecins interrogés**

La population des médecins interrogés, selon la méthode et l'objectif de l'étude, n'avait pas à être représentative de la population des médecins bordelais. Au contraire, cet échantillon devait être assez varié pour être susceptible de capter toute la diversité de la pensée des médecins généralistes bordelais. Ce travail a permis d'interroger des profils différents de médecins concernant leur caractéristiques socio-démographiques et professionnelles ainsi que leurs niveaux d'implication dans le projet PAERPA.

## **1.4. La méthode d'analyse**

L'analyse des données a été menée de la façon la plus rigoureuse possible. L'auteur s'est d'abord formé aux principes de la recherche qualitative grâce aux nombreux ouvrages présents dans la littérature et sous le contrôle du directeur de thèse et du président du jury. Pour limiter la subjectivité et les mauvaises interprétations lors de l'analyse, une double retranscription des entretiens et un double codage du verbatim ont été réalisés. L'analyse des données a été manuelle, aucun logiciel n'a été utilisé. Cela pouvait être vu comme une limite pour l'étude. Mais, cette méthode manuelle, si elle est rigoureuse, ne diminue en aucun cas la qualité de l'analyse. L'utilisation d'un logiciel, pour les enquêteurs formés à leur maniement, permet d'augmenter la vitesse d'analyse lorsque la quantité de données est importante mais aucun logiciel n'améliore la validité des études par rapport à une analyse manuelle rigoureuse. [53] Et l'utilisation d'un logiciel pour la première fois, par un chercheur non ou peu habitué à son maniement, pouvait induire une plus grande réserve quant à la qualité de l'analyse.

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1. L'inexpérience de l'enquêteur**

La méthode de recherche réalisée a été utilisée pour la première fois par l'auteur pour ce travail. Cette inexpérience a été comblée autant que possible par l'aide apportée par le directeur de thèse, l'apprentissage théorique sur la méthode qualitative et l'appui sur les travaux ayant une méthode de travail similaire. Sur le plan pratique, le questionnaire et la méthode d'entretien ont été testés avec le directeur de thèse ainsi qu'en conditions réelles, auprès d'un médecin.

### **2.2. Biais de recrutement**

Un des principaux points faibles de cette étude était le biais de recrutement. Il était évident que les médecins les plus impliqués dans le projet PAERPA seraient plus enclin à participer à cette enquête et à y participer mieux. Mais le risque était qu'ils offrent un point de vue unique. C'est pourquoi, ce travail a essayé d'interroger des médecins plus ou moins impliqués dans le PAERPA, ainsi que des médecins ne l'utilisant pas. Les listes de médecins fournies par la Plateforme autonomie séniors et l'équipe TSA ne permettaient pas d'identifier les médecins réticents au projet PAERPA. Au total, malgré les nombreuses sollicitations téléphoniques, parmi les 15 médecins interrogés aucun n'avait le profil du médecin ayant utilisé le dispositif PAERPA puis abandonné cette initiative pour telle ou telle raison. Un de ces médecins avait été contacté mais il n'a pas souhaité participer à l'enquête. Cependant, même si les médecins qui ont participé à ce travail étaient favorables au programme PAERPA, ils n'étaient pas pour autant avares en critiques. Par ailleurs, la confrontation des résultats présentés dans cette thèse aux autres travaux similaires permettra d'évaluer la répercussion de ce biais de recrutement.

### **2.3. Qualité des entretiens**

La qualité des entretiens pouvait être remise en question, notamment pour deux raisons. Tout d'abord, en raison de l'inexpérience de l'enquêteur qui a pu avoir des difficultés pour mener à bien les entretiens, pour savoir comment faire développer, ou préciser les réponses des médecins, au moyen de relances adaptées sans les influencer. Ensuite, en raison de la longueur

des entretiens avec des médecins qui pouvaient montrer leur impatience et qui étaient désireux de terminer rapidement l'entretien en prenant moins de temps pour réfléchir aux questions et à leurs réponses. Cela a pu induire un biais d'information. Même si cette situation a été assez rare lors des entretiens, parce que les médecins avaient été prévenus à l'avance et avaient accepté de bloquer 1 heure de temps, elle a nécessairement eu des répercussions sur la qualité de l'entretien et donc de l'analyse. Pour minimiser l'impact de cette pression de temps, lorsque cela était nécessaire, le questionnaire a été adapté durant l'entretien pour aborder les points essentiels en conservant une certaine qualité des données recueillies.

L'entretien en face à face, par rapport à une méthode plus anonyme, comme l'entretien téléphonique ou le questionnaire adressé par mail, pouvait introduire le risque d'une moindre sincérité dans les réponses des participants en entraînant un biais de désirabilité sociale. Les personnes interrogées veulent de façon plus ou moins consciente satisfaire l'enquêteur et chercher à apporter la « bonne réponse ». Ce biais a pu être limité par le fait que l'enquêteur était aussi médecin et n'avait aucune part dans la réalisation ou l'organisation du dispositif étudié dans ce travail.

#### **2.4. Absence de procédure de triangulation**

L'autre limite majeure de cette étude était l'absence de triangulation pour conforter la validité interne de cette étude. En effet, une seule méthode de collecte et une seule méthode d'analyse ont été réalisées par un seul enquêteur. De même, les résultats n'ont pas été soumis à la vérification des médecins interrogés. Cette limite a été atténuée autant que possible par la réalisation d'une double retranscription et d'un double codage des données. Par ailleurs, tous les résultats obtenus ont été interprétés en fonction des recherches que l'auteur avait effectué sur le projet PAERPA. Ils ont notamment bénéficié des discussions réalisées avec plusieurs professionnels impliqués dans l'élaboration du projet PAERPA. Il s'agissait de membres de la CPAM de la Gironde, de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, de la Plateforme autonomie seniors, de l'équipe TSA et de l'équipe de l'UEGPC. Ainsi qu'avec le directeur de thèse, en tant que médecin généraliste utilisateur du PAERPA, mais aussi en tant que participant au lancement du projet dans sa qualité d'Adjoint au Maire de Bordeaux pour la santé et les seniors et de Vice-Président du CCAS de la ville de Bordeaux. Tous ces professionnels ont eu, à un moment ou un autre, de façon plus ou moins formelle, des retours d'expériences de médecins généralistes sur le projet PAERPA, et ont pu donner leur avis sur la pertinence des informations recueillies dans ce travail.

## **B. Discussion des principaux résultats**

### **1. Un projet qui répond à certaines attentes des médecins généralistes**

La prise en charge sociale nécessaire au maintien à domicile des personnes âgées isolées, en perte d'autonomie, était ce qui posait le plus de difficultés aux médecins généralistes interrogés dans ce travail. Leur manque de connaissance concernant le système social et médico-social rendait complexe l'identification et l'activation des ressources adaptées à leurs patients, ce qui leur demandait beaucoup de temps. L'obtention de ce résultat amène à s'interroger sur l'existence d'un biais d'influence durant les entretiens qui a pu orienter les réponses des médecins. En effet, sachant qu'ils étaient interrogés sur le projet PAERPA dont l'objectif était de coordonner les acteurs des systèmes sanitaires et sociaux pour favoriser le maintien à domicile, les médecins ont pu, consciemment ou non, apporter en priorité des réponses en rapport avec ces problématiques. D'après des thèses de médecine générale réalisées entre 2010 et 2015 [54–57], ainsi qu'un article de la DREES de 2014 [58] : la polypathologie des personnes âgées, entraînant des difficultés diagnostiques, thérapeutiques et de coordination avec les multiples professionnels intervenants, était sans doute la principale problématique pour les médecins généralistes. La complexité de la situation médicale des personnes âgées demandait beaucoup de temps aux médecins, que ce soit pour les consultations au cabinet, à domicile, ou pour la coordination des soins. Ces problématiques médicales n'ont pas été évoquées dans les résultats de cette thèse, ce qui présume de la présence d'un facteur qui a influencé les réponses des médecins. Cependant, les travaux cités précédemment parlaient systématiquement de la complexité du maintien à domicile des personnes âgées et faisaient directement référence aux difficultés d'une prise en charge globale, incluant le versant social et médico-social, très chronophage pour les médecins. Le manque de connaissance des médecins concernant les services d'aides, les difficultés liées à l'isolement, à l'évaluation sociale des patients et à la mise en place des aides étaient des notions omniprésentes dans ces travaux.

L'isolement des personnes âgées, la perte d'autonomie, le maintien à domicile et la distance ou le cloisonnement entre les médecins généralistes et les structures sociales et médico-sociales étaient de réelles difficultés exprimées par les médecins interrogés dans cette thèse, mais aussi dans de nombreux autres travaux. Le programme PAERPA répondaient donc à de réelles attentes des médecins généralistes non seulement du territoire bordelais mais aussi d'autres régions. Ces résultats étaient donc encourageant quant à l'intérêt et à la légitimité d'un tel dispositif de coordination pour les médecins généralistes.

## **2. La Plateforme Autonomie Séniors**

### **2.1. Principaux résultats de l'enquête**

La Plateforme autonomie séniors était un confort pour la pratique des médecins et une amélioration dans la prise en charge globale des patients âgés présentant des situations sociales complexes. Ce dispositif répondait en grande partie aux difficultés exprimées précédemment par les médecins en améliorant la coordination avec le secteur social et médico-social. Les points négatifs étaient négligeables par rapport aux améliorations apportées par ce dispositif. Le souhait des médecins de pouvoir solliciter la plateforme autonomie séniors, en urgence ou sur des horaires plus étendus, montrait son utilité pour eux. Certains problèmes de communication ou de compréhension entre les médecins et les professionnels de la plateforme

révélaient des possibilités d'amélioration concernant l'information des médecins sur ce dispositif et l'organisation davantage de rencontres.

## **2.2. Résultats d'autres travaux**

Cette réussite dans le renforcement de la coordination entre médecins généralistes et « le monde du social » était aussi observée dans d'autres études concernant la ville de Bordeaux et d'autres territoires pilotes. Une étude qualitative réalisée par Estelle Brémaud montrait que la Plateforme autonomie seniors améliorait la coordination avec le secteur social et soulageait les médecins. Parmi les inconvénients, les horaires d'ouvertures insuffisants et le manque d'une cellule d'urgence étaient aussi cités. Les difficultés de communication et de compréhensions n'étaient pas clairement retrouvées.[48] Une thèse réalisée en 2015 sur le territoire de Nancy par Clotilde Huzar montrait que les médecins appréciaient la coordination faite par la CTA qui déchargeait les médecins et permettait une prise en charge plus complète. Sur ce territoire, la création d'une cellule d'urgence semblait aussi être une attente des médecins.[59] Sur le territoire PAERPA du Valenciennois-Quercitain, la thèse de Claire Ramez publiée en mars 2018, montrait les bénéfices que l'animatrice territoriale (coordonnatrice de la CTA locale) apportait en termes de décharge de certaines tâches, de lisibilité et de centralisation des ressources sociales du territoire.[60] Enfin, ces différents résultats territoriaux étaient appuyés par la conclusion de l'étude qualitative nationale des projets PAERPA qui confirmait la réalité du soutien de la CTA aux professionnels libéraux. [44]

## **2.3. Perspectives**

L'utilité de la Plateforme autonomie seniors était certaine pour les médecins. D'après les entretiens menés dans ce travail, le rapprochement entre les médecins et le secteur social était effectif et profitable aux patients. Concernant les inconvénients de la Plateforme autonomie seniors, ces résultats apportaient certaines interrogations. La création d'une cellule d'urgence dotée des capacités de la Plateforme autonomie seniors semblait être une réelle attente des médecins généralistes. Mais, n'existait-il pas déjà des alternatives ? L'équipe urgence nuit, l'hébergement relais d'urgence étaient des réponses concrètes. Ces deux dispositifs pouvaient en effet être activés dans l'urgence par l'intermédiaire du centre 15. En sachant cela, y-a-t-il un réel intérêt à créer une cellule d'urgence satellite de la Plateforme autonomie seniors ? Et dans ce cas, comment rendre opérationnel, pour l'urgence, toutes les structures d'aides coordonnées par la plateforme ?

Miser sur la poursuite d'une communication et de rencontres entre : les professionnels du social, de la coordination, les médecins et les autres professionnels de santé permettrait peut-être d'améliorer encore la connaissance, par les médecins, des différents acteurs de la Plateforme autonomie senior, du PAERPA et du système social et médico-social en général.

### **3. L'Unité d'Evaluation Gériatrique Pluriprofessionnelle dans la Cité (UEGPC).**

#### **3.1. Principaux résultats de l'étude**

Cette unité s'est très bien intégrée dans la pratique des médecins généralistes. C'était un soutien fort pour la pratique des médecins avec une approche complémentaire pour la prise en charge de patients aux situations médicales et sociales complexes. Cette équipe permettait aux médecins un usage plus adapté des médicaments, des recours aux services d'urgences et d'hospitalisation grâce à ses propositions et son rôle d'intermédiaire avec les services de gériatrie, les patients et leurs familles. Le seul point négatif et peu cité, concernait le manque de communication avec certains médecins généralistes, en amont de l'évaluation de certains de leurs patients.

#### **3.2. Résultats d'autres travaux**

La thèse de Jérôme Brasseur réalisée en 2017 à Bordeaux, proposait une approche quantitative de la satisfaction des médecins quant à l'UEGPC. Les résultats montraient que plus de 90% des 64 médecins interrogés étaient globalement satisfaits voire très satisfaits, qu'ils aient été à l'origine ou non de la demande d'intervention de l'unité. Les points positifs cités par les médecins dans les commentaires libres de cette étude quantitative étaient similaires à ceux cités dans cette thèse. Dans les points négatifs, les médecins critiquaient le manque de concertation avec l'équipe mobile avant leurs interventions et certaines propositions qui n'étaient pas applicables. [61]

#### **3.3. Perspectives**

La concordance de deux thèses aux méthodes d'études différentes permet d'attester une certaine réalité à la satisfaction des médecins concernant cette équipe mobile et à son utilité pour améliorer la prise en charge, par les médecins généralistes, des patients âgés. Ces résultats incitent à déployer davantage l'UEGPC, que ce soit en termes géographiques ou de population cible. Pour améliorer ce dispositif et sa coordination avec les médecins libéraux, davantage de rencontres devraient être organisées. Cela permettrait de corriger certains problèmes de communication, de diffuser auprès des médecins certaines recommandations de bonne pratique et de les impliquer davantage dans le programme PAERPA et l'utilisation de ses outils, notamment l'outil PAACO-Globule. En effet, l'utilisation d'un système de partage d'information commun à tous les professionnels de santé pourrait faciliter et améliorer la prise en charge des patients avec entre autres, une réduction des complications liées à la iatrogénie en facilitant la conciliation médicamenteuse. [62]

### **4. Le système de communication PAACO-Globule dans la pratique des médecins**

#### **4.1. Principaux résultats de l'étude**

Treize médecins étaient équipés de l'application PAACO-Globule. Certains s'en servaient simplement d'outil de communication, d'autres utilisaient davantage de fonctionnalités pour en faire un dossier patient numérique, mobile et permettant le partage d'informations. Enfin 3 d'entre eux avaient abandonné son utilisation. Tous les médecins avaient été séduits par le fait

que c'était un outil commun aux différents professionnels de santé et de la coordination et par son potentiel pour améliorer la communication. Cependant, en pratique, cet outil n'apportait pas un réel gain de temps aux médecins et pouvait être complexe à utiliser au quotidien. Il pouvait apporter une certaine redondance dans la communication faite par les médecins et son faible déploiement réduisait son intérêt. Plusieurs difficultés rendaient cet outil inadapté à la pratique des médecins et étaient donc un frein à son utilisation, au profit des modes de communication habituels et maîtrisés par les médecins. Les médecins y voyaient tout de même un potentiel pour améliorer leur pratique sous réserve de quelques améliorations :

- Augmenter son déploiement, notamment auprès de l'ensemble de professionnels de santé,
- Poursuivre et intensifier la formation sur cet outil et ses nombreuses fonctionnalités,
- Mettre en place une interopérabilité PAACO-logiciels métiers,
- Pouvoir réaliser des prescriptions dématérialisées via PAACO.

#### **4.2. Résultats d'autres travaux**

Une thèse de médecine publiée en 2006 traitait des outils de communication et de coordination entre les différents intervenants au domicile des patients chroniques. Trois cents médecins généralistes girondins ont été interrogés. Les résultats de l'étude montraient que les médecins généralistes utilisaient pour près de 80 % d'entre eux, la combinaison de plusieurs outils pour communiquer avec les différents intervenants autour d'un patient suivi au long cours. Les outils privilégiés étaient le cahier de liaison au domicile du patient, suivi du téléphone et des ordonnances. L'utilisation combinée de ces outils permettaient aux médecins d'avoir, selon eux, un mode de communication suffisamment performant. Ils n'étaient cependant pas opposés aux changements, notamment à l'intégration de l'informatique, pour améliorer la coordination autour des patients, à condition, qu'il y ait pour eux, un gain de temps, et que ce nouvel outil soit déployé auprès de tous les intervenants. [63]

Deux autres thèses étaient des études qualitatives réalisées à Bordeaux qui évaluaient l'intérêt de l'application PAACO Globule pour les médecins généralistes, l'une dans le cadre du PAERPA et l'autre dans le cadre des soins palliatifs.

La première montrait des avis partagés concernant l'outil PAACO Globule. Seulement 3 des 7 médecins généralistes utilisant l'outil en étaient satisfaits. Son principal intérêt était sa mobilité. Les limites de cet outil concernaient sa complexité d'utilisation suites aux nombreuses mises à jour. [48]

La seconde relevait de nombreux avantages : PAACO Globule permettait d'augmenter la communication entre les différents intervenants, de diminuer la perte d'information et de centraliser ces informations. Le fonctionnement en mobilité était apprécié par les médecins, que ce soit pour consulter ou pour transmettre des informations du domicile des patients. Pour certains médecins, PAACO améliorait la coordination entre les différents acteurs autour d'un patient et pouvait apporter un gain de temps. Les inconvénients cités dans cette étude étaient aussi nombreux, et rejoignaient ceux exprimés dans cette thèse :

- Le faible déploiement de PAACO parmi les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers.
- La mauvaise connaissance de l'outil et le manque de formation étaient aussi rapportés.
- La non interopérabilité de cet outil avec les autres outils des médecins entraînant doublons d'écriture et une perte de temps supplémentaire.
- L'impossibilité de prescrire avec l'outil PAACO.

- La grande quantité d'information retranscrites mal hiérarchisées et mal classées, dégradant la lisibilité du système [49]

### 4.3. Perspectives

L'intérêt d'une meilleure communication et coordination entre les différents acteurs de la prise en charge d'une personne âgée est admis, que ce soit pour le bénéfice du patient, ou pour celui de la pratique du professionnel. L'évolution des pratiques professionnelles montre que la plupart des professionnels de santé l'ont compris, comme en témoigne leur organisation de plus en plus fréquente en cabinets de groupe ou en MSP. L'innovation proposée par l'outil PAACO Globule est intéressante et semblait approuvée pour la plupart des professionnels l'utilisant,[49] y compris les médecins interrogés dans cette thèse. Cependant, du point de vue des médecins généralistes bordelais, PACCO Globule demandait du temps, pour se former à son utilisation et pour son utilisation quotidienne, au même titre que de nombreux autres outils : la messagerie sécurisée, le DMP, la télémédecine (web conférence), le logiciel métier, le téléphone portable...De multiples outils pour un même objectif : améliorer la communication et la coordination dans la prise en charge des patients. Le défaut d'intégration de ces différents outils est un frein important à l'utilisation de PAACO Globule, qui pourrait être le « produit d'appel » idéal pour l'adhésion des médecins au programme PAERPA.

Les professionnels de la Plateforme autonomie séniors se servent de PAACO comme logiciel métier et comme outil de communication. Utiliseraient-ils PAACO s'ils disposaient d'un logiciel métier différent ? S'ils devaient retranscrire leurs recommandations et conseils sur PAACO mais aussi sur un autre document, numérique ou papier comme le font les médecins ? Les possibilités de rendre interopérable PAACO avec les logiciels métiers des médecins, de pouvoir prescrire sous forme dématérialisée avec PAACO ont été abordées avec certains responsables du projet PAERPA. Cependant elles se heurtaient à de nombreux obstacles législatifs, financiers, techniques et humains et nécessitaient l'entente des nombreux éditeurs des multiples logiciels métiers médicaux existants pour élaborer une solution de compatibilité entre PAACO et ces logiciels.

Il peut être légitime de penser que, si l'outil PAACO Globule pouvait être intégré aux différents outils des médecins, s'ils pouvaient prescrire avec, ils seraient plus volontaires et disponibles pour être formés et pour utiliser cet outil. Ils pourraient alors devenir des ambassadeurs extrêmement efficaces, auprès des autres professionnels de santé, afin d'accélérer le déploiement d'une part, de l'outil PAACO Globule et d'autre part, du dispositif PAERPA.

L'intégration de PAACO dans le DMP serait aussi une avancée dans la simplification de l'évolution des pratiques des médecins.

Les difficultés concernant les multiples fonctionnalités de PAACO Globule par les médecins bordelais peuvent être expliquées par au moins deux raisons :

- Par le manque de temps des médecins pour se former à l'utilisation d'un nouvel outil qui ne leur est pas indispensable.
- Par le manque de disponibilité des équipes de formation de TSA qui devaient assurer le déploiement de PAACO dans de nombreux sites en Aquitaine. Notamment sur le territoire des Landes, lieu d'expérimentation du projet TSN. En effet cette expérimentation est à l'origine de nombreuses adaptations et évolutions de l'outil PAACO, en lien avec les professionnels du territoire des Landes. Ces évolutions ont pu être vécues comme une complexification de l'outil par les médecins bordelais qui ne pouvaient pas être formés à un rythme assez soutenu.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude quantitative afin de savoir si les médecins généralistes et les autres professionnels de santé bordelais seraient prêts à s'emparer de cet outil sous réserve des améliorations proposées.

## **5. Le système CCP / PPS**

### **5.2. Principaux résultats de l'étude**

Cette organisation proposée par le programme PAERPA ne semblait pas approuvée et parfois même rejetée par les médecins généralistes interrogés dans cette thèse. La plupart des médecins n'avaient pas voulu rédiger le PPS ou avaient abandonné son élaboration après quelques tentatives. L'intérêt et l'utilité de la CCP et du PPS pour les médecins paraissaient très faibles. Ce mode de fonctionnement était très contraignant pour eux et il paraissait difficile de l'intégrer dans leur pratique parce que les interactions qu'ils avaient avec les autres professionnels de santé de proximité étaient, certes plus informelles, mais déjà opérationnelles et performantes selon eux. Pour résumer leur pensée, ces dispositifs étaient une perte de temps médical et parfois personnel, consacrée à de la formalisation peu utile ou « paperasseries ».

Certains médecins avaient perçu l'intérêt de ces outils pour la Plateforme autonomie seniors ou d'autres professionnels de santé et avaient décidé de ne pas exclure totalement ces dispositifs de leur pratique sous réserve de certaines améliorations.

### **5.3. Résultats d'autres travaux**

#### **– Résultats d'une étude qualitative réalisée sur le territoire de Bordeaux**

Les avantages cités étaient une amélioration des liens avec le secteur social, un meilleur partage des informations, une meilleure prévention des situations à risque et un meilleur suivi des patients. Cependant, seulement la moitié des médecins interrogés y voyaient un avantage. Et seulement 2 des 14 médecins interrogés ne voulaient pas que le PPS soit initié par un autre professionnel (dont un n'ayant jamais réalisé de PPS). Le PPS était pour la plupart un document de plus à remplir, une formalité administrative. Plus de la moitié des médecins n'étaient pas satisfaits de la rémunération. La principale demande des médecins était de pouvoir intégrer le PPS dans PAACO. Ils souhaitaient aussi mieux comprendre l'intérêt du PPS pour les autres intervenants. Un autre point intéressant était que l'ensemble des professionnels du social interrogés dans cette étude étaient volontaires pour initier les PPS. Les autres professionnels de santé (infirmiers, psychologue, ergothérapeutes) étaient plus partagés sur cette question. Enfin, les professionnels de la Plateforme autonomie seniors n'y semblaient pas opposés. [48]

#### **– Résultats d'une étude qualitative, réalisée sur le territoire pilote de la Nièvre et interrogeant 14 professionnels de santé libéraux, dont 9 médecins généralistes, sur les freins à leur adhésion au PPS [64]**

Les infirmiers avaient une opinion plutôt favorable quant au PPS mais pas unanime. C'était pour la majorité, un outil pratique au quotidien et adapté à leur mode de fonctionnement, mais pour d'autres, un document fastidieux à remplir et une charge administrative supplémentaire. Il n'était pas rare que certaines infirmières initient un PPS en lien avec la CTA sans avoir le consentement du médecin traitant.

L'avis des médecins était encore plus partagé. Certains y voyaient une aide à la coordination pour une prise en charge améliorée et d'autres trouvaient cet outil complexe, chronophage et peu utile, que ce soit sur format papier ou informatique. Certains médecins y voyaient même une remise en question ou un jugement de leur pratique par les professionnels de la coordination, du social et l'ARS. La plus grande difficulté était le manque de temps, notamment pour remplir les PPS et donner vie à la CCP en organisant des réunions, ce qui était irréalisable pour les médecins et les autres professionnels de santé. Les professionnels réalisaient les PPS sur leur temps libre et refusaient de s'investir davantage dans le fonctionnement des PPS tant qu'ils ne seront pas intégrés dans leurs systèmes d'information quotidiens. L'incompatibilité de la plateforme informatique servant au remplissage des PPS avec leur logiciel métier était aussi un frein important. Comme le fait de ne pouvoir accéder et remplir les PPS en mobilité. La majorité des professionnels interrogés (29 sur les 35 participants) étaient d'accord sur le fait que l'outil PPS pouvait améliorer la coordination de la prise en charge globale des patients. Par contre, 20 d'entre eux auraient refusé d'être le référent du PPS. Quant à la rémunération, elle est au mieux jugée correcte mais souvent insuffisante et jamais incitative par rapport au travail fourni.

Les suggestions pour améliorer l'adhésion au PPS étaient les suivantes :

- Comme dans certaines MSP du territoire de la Nièvre ou de Mayenne, une coordonnatrice pourrait être chargée d'initier, de remplir et d'assurer le suivi des PPS, ainsi que d'aider à la coordination entre les participants. [65]
- Augmenter la rémunération pourrait être un facteur nécessaire mais non suffisant avec par exemple une rémunération au temps passé pour la réalisation d'un PPS.
- Simplifier le PPS.

Concernant les formations délivrées pour l'apprentissage à la réalisation des PPS ou pour l'utilisation du PAERPA en général, les médecins les jugeaient insuffisantes et inadaptées. En effet, les réunions en pleine journée sont inenvisageables, celles, organisées le soir, demandaient aux médecins beaucoup d'effort et puisaient sur leur peu de temps personnel.

Les visites programmées au cabinet étaient plus appréciées.

- Bilan national de la HAS, 6 mois après la mise en œuvre du PPS

Des professionnels de santé provenant des 9 premiers territoires pilotes PAERPA ont pu exprimer leur opinion quant au PPS dans ce rapport. La synthèse de ces avis était plutôt favorable au PPS. Les inconvénients étaient aussi nombreux. Il était retrouvé le manque de temps, pour que les professionnels de la CCP se réunissent, pour qu'ils élaborent puis réévaluent correctement le PPS, pour expliquer la démarche au patient et recueillir son consentement. Le format papier et l'absence de PPS opérationnel sur une plateforme informatique interfacée avec le logiciel métier était aussi un frein important. Le manque de connaissance par les professionnels de santé de l'intérêt du PPS, pour eux, mais aussi pour les autres intervenants était préjudiciable à son déploiement. Quant à la rémunération, la proposition d'un paiement au temps passé était aussi formulée, ainsi que l'abandon de la demande de rémunération en envoyant une feuille de soin, jugée « archaïque ». Fin novembre 2015, moins de 30 % des PPS ont été rémunérés au niveau national, et 1 sur 46 à Bordeaux. [47]

## 5.4. Perspectives

Malgré certains apports du PPS, les médecins généralistes le voyaient plus comme une contrainte qu'un outil améliorant leur pratique. Ce ressenti était renforcé par le fait que les médecins jugeaient leurs modes et leurs outils d'interactions avec les autres professionnels de santé efficaces et suffisants. Les médecins manquaient de temps pour se réunir avec les autres professionnels de santé et rédiger ce genre de dossier. D'une façon générale, ils demandaient à être soulagés de ce type de charges administratives et à retrouver du temps de soins. Il semblerait qu'il existe aussi une certaine méconnaissance chez les médecins de l'intérêt du PPS pour les autres professionnels de santé, du social ou de la coordination qui eux, pouvaient trouver une réelle utilité à ce document. Pour la majorité des médecins, le PPS tel que fonctionnant actuellement, pouvait être considéré comme un frein à l'adhésion au projet PAERPA. Cependant, pour d'autres professionnels et certains médecins, cet outil a une réelle utilité et un potentiel pour améliorer la communication et la coordination autour des patients. Pour cela, il serait intéressant d'essayer d'apporter des modifications. Peut-être pourrait-on simplifier la tâche des médecins ? Par exemple en optant pour une initiation et une rédaction du PPS par un autre professionnel, comme c'est le cas sur certains territoires pilotes. Une étude réalisée au niveau national [44] et d'autres thèses citées précédemment montraient que d'autres professionnels de santé étaient intéressés pour réaliser ces PPS. Les médecins traitants seraient alors disponibles pour compléter certaines informations et valider le PPS. Une autre possibilité serait de donner aux médecins les moyens de s'impliquer plus fortement : mettre en place ou poursuivre un appui fort de la CTA pour les médecins en exercice individuel et favoriser la création ou la pérennisation de postes de coordonnateurs au sein de MSP pourrait accroître le nombre et la qualité des PPS.[44] Concrètement, les médecins bénéficieraient de formations et d'un accompagnement continu pour la mise en place des CCP et la rédaction des PPS : aide à la coordination et à l'organisation de réunions entre professionnels de santé, du social et de la coordination, aide au remplissage des PPS ainsi qu'à leur suivi et réévaluation. Ces temps de rencontres, dont la valeur est inestimable pour mener à bien un projet tel que le PAERPA, pourraient alors allier : la prise en charge pluriprofessionnelle des patients en activant une CCP, la réalisation des PPS, la formation continue sur le projet PAERPA et l'amélioration de la connaissance de chaque acteur, dans un cadre beaucoup plus personnalisé. Cette proposition nécessite tout de même réflexion. En effet, elle pose les problèmes du maintien du secret médical et d'une grande difficulté d'organisation avec la nécessité de la mise en jeu de nouveaux moyens humains et financiers dans un programme où l'efficacité reste un critère de réussite important. De plus, y aurait-il un réel gain de temps pour les médecins ? Et, est-ce que les médecins ne vivraient pas cela comme une intrusion dans leur pratique ? Augmenter la rémunération pourrait rendre la réalisation des PPS plus attractive, mais cela ne semblait pas être une revendication des médecins et cela ne permettrait pas de résoudre le problème de la diminution de leur temps de soins et de leur temps personnel. L'opérationnalité de l'application PAACO Globule ou d'un autre système informatique collaboratif, en mobilité, pourrait aussi être un élément décisif pour l'adhésion au PPS.

## **6. Les autres atouts et inconvénients du projet PAERPA pour les médecins généralistes**

La majorité des médecins interrogés dans cette thèse étaient favorables au projet PAERPA. Pour eux, ce programme était réellement bénéfique pour leurs patients, ce qui était leur première motivation pour poursuivre cette expérimentation. La coordination avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux apportée par la CTA, le soutien de l'UEGPC et certaines solutions innovantes proposées par les dispositifs mis en place en EHPAD facilitaient leur pratique. Cependant, les médecins demandaient des modifications dans le fonctionnement du PAERPA afin qu'il soit plus facilement intégré à leur pratique et qu'il leur apporte un gain de temps. Et sous ces conditions, imposées par leur pratique et leur manque de temps, ils seraient prêts à s'investir davantage pour faire évoluer leur implication. Cette opinion était d'ailleurs relayée par d'autres travaux réalisés en 2016 sur le territoire de Bordeaux [48], sur le territoire pilote de la CUGN en 2015 [59], de Mayenne en 2016 [66], ou de Bourgogne en 2016. [67] D'autres atouts du dispositif PAERPA étaient rapportés par les médecins sans que ceux-ci puissent être rattachés à un dispositif en particulier.

### **6.1. Une prise en charge pluriprofessionnelle facilitée et une meilleure prise en compte de la fragilité.**

#### **– Une incitation pour le repérage de la fragilité des personnes âgées**

Les médecins bordelais ont aussi remarqué que la communication autour du programme PAERPA avait permis de sensibiliser et parfois d'impliquer certains professionnels et non professionnels autour du repérage de la fragilité et de la prévention de la dépendance. Associée à la grille de repérage de la fragilité et à l'aide apportée par la Plateforme autonomie seniors, cette communication aurait soit incité, soit conforté les médecins pour continuer à dépister puis signaler la fragilité. Cette incitation était retrouvée chez les médecins Nancéens, comme décrit dans la thèse de Clotilde Huzar : certains médecins interrogés se disaient plus vigilants aux points de fragilités des personnes âgées et plus efficace dans le repérage, grâce au PAERPA. [59] Selon l'évaluation nationale qualitative réalisée par la DREES, le PAERPA aurait aussi eu des effets positifs quant au repérage de la fragilité des personnes âgées au sein des établissements de santé, notamment dans les services d'urgences. [44]

#### **– Une prise en charge coordonnée avec les professionnels social et les services de gériatrie qui facilite le maintien à domicile**

Tous les médecins interrogés dans cette thèse et utilisant le programme PAERPA reconnaissaient que ce dispositif les aidait à maintenir leurs patients âgés à domicile. Les médecins citaient alors les évaluations sociales ou médicales à domicile, organisées respectivement par la CTA et l'UEGPC, et qui permettaient parfois de mettre en évidence des choses que les médecins n'avaient pas repérées souvent par manque de temps ou de recul. Ces évaluations débouchaient ensuite sur la mise en place d'actions, y compris des mesures de prévention, que les médecins n'avaient pas le temps d'organiser ou tout simplement qu'ils ne connaissaient pas. Les médecins pouvaient aussi parler d'un certain décroisement entre ville et hôpital grâce à l'UEGPC. L'amélioration de la prise en charge de la fragilité et des conditions de maintien à domicile étaient aussi exprimées par des médecins généralistes participant au

projet PAERPA d'autres territoires. Dans la plupart des territoires c'était le soutien apporté par la CTA qui permettait de mieux organiser l'évaluation et la prise en charge au domicile :

- Une prise en charge enrichie, complète, plus axée sur la prévention et améliorant le confort des patients au domicile pour les médecins du territoire pilote de la CUGN. [59]
  - Sur le territoire de Bordeaux, l'aide apportée par la Plateforme autonomie séniors pour le maintien à domicile était confirmée par les personnes âgées et leur famille. [48]
  - PAERPA, un outil offrant des possibilités pour améliorer le confort du patient afin qu'il reste le plus longtemps au domicile, selon les médecins du territoire pilote de Mayenne. [66]
  - Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, la réalisation du PPS au domicile du patient par l'infirmier, en coordination avec l'animatrice territoriale de la CTA permettait, selon les médecins, une prise en charge globale et multidisciplinaire du patient tout en les déchargeant de certaines tâches. [60]
- La diminution de l'isolement et l'amélioration du suivi de certains patients

Pour les médecins bordelais, certains outils développés dans le cadre du PAERPA ont contribué à renforcer le suivi des patients âgés fragiles et dépendants en diminuant leur isolement et en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels. Ces améliorations étaient en grande partie permise par le travail de la Plateforme autonomie séniors qui organisait des visites à domicile, mettait en place un suivi social et pouvait accompagner certains retours à domicile. Mais aussi, pour quelques médecins par les outils tels le PPS et l'application PAACO-Globule. Cette notion de rupture ou de diminution de l'isolement de certains patients était aussi retrouvée dans d'autres travaux :

- Sur le territoire de Bordeaux, les médecins interrogés par Estelle Brémaud appréciaient le suivi social instauré par la CTA, ce qui leur permettait de se concentrer sur la prise en charge médicale. [48]
- La socialisation des personnes âgées isolées et l'aide au suivi social étaient aussi des atouts mis en avant par les médecins participant au projet PAERPA de la CUGN. [59]
- Les professionnels de santé participant au projet PAERPA Mayennais reconnaissaient aussi que certaines actions mises en place favorisaient le suivi des patients. [66]
- Cette amélioration dans le suivi des patients était aussi rapportée dans la Thèse de Romain Naessens qui analysait les avis de praticiens hospitaliers concernant le projet PAERPA Valenciennois-Quercitain. [68]
- Enfin, l'évaluation nationale qualitative du projet PAERPA réalisée par la DREES constatait aussi un effet positif du programme PAERPA quant au suivi des patients. [44]

## 6.2. Les principaux inconvénients

### – Une charge de travail supplémentaire pour des médecins en manque de temps

Le manque de temps pour faire évoluer et adapter leurs pratiques était le principal facteur limitant l'adhésion des médecins généralistes bordelais au projet PAERPA. Si certains aspects du projet PAERPA pouvaient améliorer la prise en charge de leurs patients et faciliter leur pratique, ils nécessitaient un temps de formation et d'adaptation important pour modifier leur fonctionnement habituel qu'ils jugeaient déjà efficace. De même, le programme PAERPA engendrait une nouvelle charge administrative s'ajoutant à leur « paperasse » habituelle. Le gain de temps était un des aspects essentiels que devrait leur apporter un tel dispositif. Cette notion de surcharge administrative était retrouvée dans de nombreux travaux qui analysaient l'opinion des médecins généralistes sur le PAERPA :

- Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, les médecins parlaient d'une charge administrative beaucoup trop lourde et inadaptée au médecin libéral, mais qui était compensée par le travail de l'animatrice territoriale. [60]
- Le manque de temps était un des freins majeurs du projet PAERPA pour les professionnels mayennais qui ne pouvaient pas se réunir et qui critiquaient le surplus de « paperasse » et d'administratif. [66]
- Sur le territoire de la Nièvre, les médecins soulignaient l'aspect chronophage du PPS qui nécessitait beaucoup de temps, que ce soit pour sa rédaction ou pour coordonner et réunir les professionnels. [64]

### – Une connaissance insuffisante du fonctionnement du PAERPA et de ses outils

Les entretiens réalisés au cours de cette thèse ont montré que les médecins ne connaissaient pas bien, le fonctionnement du PAERPA et de certains de ses outils ainsi que les acteurs de la coordination. Une méconnaissance touchant même les médecins utilisant le PAERPA depuis son lancement. Les médecins interrogés reconnaissaient être régulièrement sollicités pour des formations mais étaient en difficulté pour être présents lors de réunions organisées en journée ou même en soirée. Ils jugeaient ce mode de communication comme inadapté et l'accompagnement à l'utilisation des outils PAERPA insuffisant. Ils préféraient les visites organisées au sein de leur cabinet, qu'ils trouvaient plus personnalisées, plus efficaces et plus adaptées à leur pratique. Les médecins les plus impliqués dans le projet PAERPA, qui avaient fait de nombreux retours sur les aspects les plus contraignant pour eux, avaient l'impression de ne pas être écoutés et que l'on ne tenait pas compte de leur avis. Le manque de temps, la lourdeur administrative du PAERPA et le manque de connaissance du projet étaient des critiques omniprésentes dans tous les travaux qui ont recueillis à un moment donné l'avis des médecins généralistes quel que soit le territoire pilote en question. Ces freins à l'adhésion des médecins généralistes étaient d'ailleurs cités dans la thèse de Fanny Sarrazin qui interrogeait les médecins généralistes sur leur motif de non-participation au projet PAERPA du territoire Valenciennois-Quercitain. [69]

- Des attentes insatisfaites concernant le partage d'information avec les autres professionnels de santé

Si les médecins bordelais ont confirmé l'avancée en termes de décroisement sanitaire / social / médico-social, aucun des médecins interrogés n'a exprimé ressentir une amélioration dans leurs interactions directes avec leurs confrères spécialistes libéraux ou hospitaliers, hormis avec la filière gériatrique. De même, le projet PAERPA a permis, au mieux, une faible amélioration dans la communication avec les autres professionnels de santé de proximité, déjà performante selon eux. Sur ce point, les médecins généralistes attendaient plus que le PPS et l'outil PAACO-Globule tels que présentés actuellement. Bien que cela leur semblait encore utopique, les médecins croyaient fortement aux bénéfices qu'un outil unique et commun à tous les intervenants pourrait apporter à leur pratique et à leur patient. Un outil compatible à celui de l'ensemble des autres professionnels et intégrant leur logiciel métier à une plateforme numérique de communication telle que PAACO-Globule, et de partage d'information telle que le DMP. Dans les autres territoires pilotes, l'apport du projet PAERPA dans la communication entre médecins et professionnels de santé de proximité ou hospitaliers n'était qu'exceptionnellement relevé par les médecins. Il était alors souvent rattaché au travail de la CTA, impliquée dans l'organisation des retours à domicile ou à l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière, lien entre la médecine de ville et les services de gériatrie. Très rarement, les médecins pouvaient rapporter une amélioration notable et constante de leurs interactions directes avec les autres professionnels de santé grâce au PPS ou aux systèmes d'information numériques développés dans les différents territoires pilotes.

La revendication des médecins qui apparaissait dans plusieurs études, était la demande et même le besoin d'une intégration de leurs différents outils numériques (logiciel métier, messagerie sécurisée, DMP, plateforme de communication...) et d'une interopérabilité ou compatibilité avec les outils des différents autres professionnels de santé. Ainsi, les médecins du territoire du sud-ouest Mayennais demandaient des outils PAERPA intégrés à leur logiciel métier [66], ce qui était confirmé par une étude réalisée par la HAS.[47] Les médecins du territoire Bourguignon parlaient plutôt d'interfaçage du système de partage d'information PAERPA avec leur logiciel métier. [64]

Les difficultés persistantes de communication entre médecins de ville et hospitaliers étaient aussi soulevées par certains praticiens hospitaliers eux-mêmes dans une étude sur le territoire PAERPA du Valenciennois-Quercitain. Les médecins hospitaliers souhaitaient aussi avoir la possibilité d'échanger des informations avec les médecins traitants via une plateforme commune ou un dossier patient numérique. [68]

L'incompatibilité des outils numériques de communication développés dans le cadre des différents projets PAERPA avec les outils métiers des professionnels du territoire était aussi relevée, au niveau national, comme un frein à l'utilisation de ces nouveaux outils et donc à l'adhésion des différents professionnels au programme PAERPA. [44]

- Des difficultés pour développer de nouvelles actions de prévention à destination des personnes âgées fragiles et pour y impliquer les médecins généralistes

Pour la plupart des médecins interrogés, le programme PAERPA a permis d'améliorer l'accès aux ressources et actions existantes. Ainsi, grâce au PAERPA certains patients âgés fragiles ont pu bénéficier d'aides spécifiques auxquelles leur médecin traitant n'avait pas pensé ou qu'il ne connaissait pas. Cependant, les médecins regrettaient le manque d'actions innovantes organisées en ville pour les patients âgés fragiles encore autonomes. Pour ces médecins le PAERPA déviait de son objectif initial en apportant des solutions pour limiter les conséquences de la dépendance et moins pour prévenir sa survenue chez les personnes âgées fragiles. Cet aspect était un vrai inconvénient pour certains médecins et moins pour d'autres qui appréciaient cette aide à destination des patients dépendants. Quant à l'éducation thérapeutique personnalisée, ses modalités de mise en œuvre et les formations dédiées à son développement restaient une grande inconnue pour l'ensemble des médecins interrogés. Et ce, que leur exercice soit au sein d'une MSP ou individuel. Plusieurs médecins remettaient d'ailleurs en cause la possibilité et l'intérêt d'une éducation passée un certain âge. Il faut tout de même rappeler, qu'au moment où les entretiens pour cette thèse ont été réalisés, les programmes d'éducation thérapeutique proposés dans le cadre du projet PAERPA étaient restés au stade de la théorie. En effet, selon monsieur Jérôme PASCAUD, directeur délégué en charge du programme PAERPA au sein de la CPAM de la Gironde, le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique personnalisée en ville se heurtait à de nombreuses difficultés organisationnelles et au désintéressement de la population cible : les patients âgés fragiles qui ne se sentaient pas « malades » et donc pas concernés. Cette idée, que l'amélioration dans le repérage de la fragilité n'était pas associée à un financement suffisant pour proposer des actions de prévention aux personnes âgées fragiles ressortait aussi dans la thèse de Marion Paris sur le territoire PAERPA du sud-ouest Mayennais.[66] Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, certains médecins évoquaient le fait que le projet PAERPA ne proposait pas d'actions différentes de celles qu'ils mettaient en place avec les autres professionnels de santé. [69]

Un programme de prévention s'adressant aux patients âgés chuteurs, nommé ESPREAD, et développé dans le cadre du projet PAERPA Valenciennois-Quercitain a fait l'objet d'une thèse en 2018. Les résultats montraient que l'EPREAD était associée à une diminution des récurrences des chutes et de leurs complications. Les patients étaient tous satisfaits de cette prise en charge ainsi que les médecins généralistes et les kinésithérapeutes interrogés. Malgré cela, les professionnels de santé libéraux n'avaient que très faiblement participé aux séances d'ETP. Pour raison principale : le manque de temps pour la formation (40 heures), pour l'encadrement des séances, et certainement une rémunération non incitative. [70]

Enfin, au niveau national, un bilan intermédiaire des projets PAERPA présenté par le ministère de la santé énonçait les difficultés pour développer en ville des programmes d'ETP impliquant les professionnels de santé libéraux. Plusieurs problèmes ont été identifiés :

- Modalités de formation inconnues ou inadapté au quotidien des professionnels de santé,
- Formations prématurées, avec absence de dispositifs opérationnels,
- Manque d'organismes capables de réaliser des formations pluriprofessionnelles,
- Âge cible des plus de 75 ans pour débiter l'ETP qui semblait trop élevé. [71]

### 6.3. Le refus des patients

Un autre point soulevé par les médecins bordelais dans cette enquête était la difficulté de certains patients ou de leur famille pour accepter la transmission d'information à la Plateforme autonomie seniors ou l'intervention d'autres acteurs liés au PAERPA. De plus, selon les médecins, certains patients âgés qu'ils considéraient comme fragiles, mais qui ne se sentaient pas malades ou incapables, n'étaient pas intéressés par ce dispositif. Ainsi, les médecins pouvaient se heurter aux refus de certains patients fragiles, cibles du PAERPA, pour intégrer le programme. Une thèse réalisée en 2017 ayant interrogé 22 professionnels de santé au sujet du projet PAERPA sur le territoire du sud-ouest Mayennais ainsi qu'une thèse réalisée en 2016 ayant interrogé 41 médecins généralistes bourguignons présentaient aussi les refus des patients comme un frein au bon déploiement du programme PAERPA. Les raisons présentées étaient aussi en rapport avec le refus de transmission de données personnelles et une démarche vécue comme intrusive par les personnes âgées.[66,67] Une autre thèse réalisée sur le territoire PAERPA Bourguignon montrait que les refus des patients pouvaient être liés à la réalisation du PPS et à sa mise à disposition de différents intervenants. Ces refus et les changements d'avis brutaux de certains patients concernant leur participation au projet PAERPA étaient signalés comme un frein par les professionnels de santé.[64] Une autre thèse réalisée en 2015 sur le territoire de Mayenne interrogeait directement les personnes âgées sur leur opinion concernant le projet PAERPA. Une information importante en était ressortie : le manque de connaissance et de compréhension du projet PAERPA par les personnes âgées. Cette information étant à interpréter avec réserve, le projet PAERPA ayant démarré depuis peu de temps en 2015. [65] En perspective, il pourrait être intéressant de savoir si les refus des patients à participer au programme PAERPA pouvaient être considérés comme négligeables ou au contraire s'ils pouvaient nuire au déploiement du dispositif. Dans ce dernier cas, il serait important d'en connaître précisément les causes et de savoir comment on pourrait les influencer. Un effort supplémentaire ou une adaptation de la communication sur le projet PAERPA auprès des personnes âgées et des professionnels de santé de proximité pourrait être là aussi un facteur déterminant.

## 6.4. Synthèse et perspectives

A travers ce travail sur le territoire de Bordeaux, et les autres études provenant de différents territoires pilotes, il est possible d'affirmer qu'il existe un réel intérêt et une opinion plutôt positive des médecins généralistes pour le Projet PAERPA.

Les principes et les objectifs PAERPA étaient en cohérence avec la pratique des médecins généralistes :

- Améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles à domicile pour prévenir la perte d'autonomie.
- Recentrer la prise en charge autour du patient, des soins de proximité et de la prévention.

Ensuite la méthode proposée par le PAERPA était aussi admise et nécessaire pour les médecins :

- Améliorer la coordination et l'intégration des différentes ressources existantes qu'elles soient du domaine sanitaire, social ou médico-social.
- Améliorer la communication entre les différents acteurs autour des personnes âgées qu'ils soient, libéraux, hospitaliers, du secteur sanitaire social ou médico-social.

Ainsi, la principale raison qui motivait les médecins bordelais pour inclure des patients dans le projet PAERPA était le besoin d'un appui pour coordonner et organiser une prise en charge la plus globale et complète possible pour leurs patients âgés fragiles afin de prévenir la perte d'autonomie et de favoriser le maintien à domicile.

Enfin, les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs prévus par le PAERPA étaient beaucoup plus discutés. Certains étaient largement appréciés par les médecins, notamment parce qu'ils apportaient des améliorations pour leurs patients et pouvaient aussi faciliter leur pratique. C'était le cas de la Plateforme autonomie seniors à Bordeaux et des autres CTA dans les autres territoires PAERPA. Ces structures d'intégrations permettaient aux médecins d'enrichir et d'améliorer la prise en charge de leurs patients, en offrant un accès facilité à l'ensemble des ressources sociales et médico-sociales du territoire. L'UEGPC bénéficiait aussi d'avis très favorables de la part des médecins bordelais qui y trouvaient un appui presque indispensable pour leur pratique. Par ailleurs ce dispositif était d'ores et déjà pérennisé indépendamment de l'avenir du projet PAERPA à la fin des 5 ans d'expérimentation. Certains dispositifs mis en place afin d'améliorer les transitions ville - établissements de santé - établissements médico-sociaux semblaient s'être bien intégrés dans la pratique des médecins généralistes bordelais et permettaient de répondre à certains de leurs besoins. En premier lieu l'hébergement relais d'urgence en EHPAD était une aide précieuse pour les médecins bordelais. D'autres outils étaient accueillis avec enthousiasme par les médecins bordelais mais ont souvent été à l'origine de déceptions. C'était le cas des systèmes d'informations numériques tels que la messagerie sécurisée ou l'application PAACO-Globule. Ces nouvelles technologies de l'information et de la communication ont toute leur place dans une prise en charge globale et pluriprofessionnelle des patients âgés, et cela, les médecins généralistes l'ont admis et la plupart sont prêts matériellement et culturellement. Deux thèses de médecine générale, l'une réalisée en 2005 [72], l'autre en 2012 [73], montraient que les médecins s'emparaient progressivement de l'outil informatique et internet. Une majorité d'entre eux pensaient déjà que ces outils pourraient apporter des améliorations en termes de communication. Cependant, l'application PAACO-Globule utilisée par les médecins bordelais, selon ces derniers, n'était pas assez dirigée

vers la pratique quotidienne des médecins généralistes. Bien qu'apportant certains avantages, elle restait dispersée parfois oubliée, parmi les autres outils des médecins généralistes. Malgré ce bilan peut-être un peu décevant ou sévère des médecins généralistes bordelais, l'application PAACO-Globule avait tout de même certains atouts pour les médecins et garde une forte marge d'évolution et d'adaptation et donc des possibilités de succès. Il faut peut-être aussi laisser plus de temps, aux médecins pour s'emparer de ce nouvel outil, et à ses développeurs pour atteindre un nombre d'utilisateurs suffisant susceptibles de communiquer entre eux. Dans tous les cas, il est important de poursuivre voire d'intensifier l'accompagnement et la formation continue nécessaire au bon déploiement d'un tel dispositif. Le système de coordination représenté par la CCP et le PPS, concentrait l'essentiel des critiques des médecins généralistes relevées dans cette thèse. Ces outils n'avaient que très peu d'utilité et seulement pour certains des médecins. Les médecins y voyaient essentiellement une formalisation du travail qu'ils faisaient, entraînant surcharge administrative et perte de temps. Ce constat était semblable dans les travaux réalisés sur le territoire de Bordeaux ou sur d'autres territoires. Il semblait que ces outils avaient pu mieux s'intégrer à la pratique des médecins généralistes exerçant au sein de MSP disposant d'une aide pour la coordination et la délégation de certaines tâches administratives, notamment dans certains territoires PAERPA plus ruraux comme celui de la Nièvre ou du Valenciennois-Quercitain. Ainsi, dans certaines conditions, la CCP et le PPS pouvaient favoriser la coordination et permettre une amélioration de la prise en charge des patients sans empiéter de façon trop importante sur le temps médical et personnel des médecins généralistes. Au final, les médecins généralistes bordelais étaient très peu motivés pour poursuivre l'élaboration des CCP et PPS tels qu'ils fonctionnaient au moment des entretiens. Cette thèse et les autres travaux réalisés sur ce thème ont permis d'évoquer certaines pistes d'amélioration :

- Pour favoriser l'adhésion des médecins :
  - Simplifier le PPS, l'intégrer aux systèmes d'informations compatibles aux logiciels métiers,Et/ou
  - Apporter un appui fort aux médecins généralistes, non seulement pour la rédaction des PPS mais aussi pour l'organisation et la coordination des CCP. Soit par la CTA, soit par un professionnel rattaché aux MSP.
  
- Pour favoriser le déploiement des CCP et des PPS :
  - Permettre à d'autres professionnels de santé ou du social d'initier et de rédiger les PPS.
  - Créer les conditions pour permettre un temps de rencontre entre les médecins et les autres professionnels. Cela permettrait d'améliorer la connaissance du fonctionnement de chacun et ainsi de renforcer la compréhension de l'outil PPS et de son intérêt pour chaque professionnel.

Le dernier point concernant ce système CCP et PPS est la question de la rémunération.

Celle-ci n'étant presque jamais demandée par les médecins bordelais, peut-être faudrait-il :

- Faciliter son obtention ?
- L'augmenter ?
- L'annuler et utiliser son financement pour créer ou majorer des postes de secrétaires, de coordonnateurs ou de professionnels capables de soulager les médecins et les autres professionnels de santé dans certaines tâches non médicales ?

Cette opinion comme quoi certains aspects du PAERPA n'étaient pas assez adaptés à la pratique des professionnels libéraux était déjà émise par l'UNPS (Union nationale des professionnels de santé) lors du sondage de plus de 1400 professionnels de santé fin 2016. Pour ces raisons, l'UNPS avait quitté le comité de pilotage national du PAERPA. [74]

Un autre point qui a pu freiner l'investissement des médecins généralistes dans le programme PAERPA était leur méconnaissance, plus ou moins importante en fonction du médecin considéré, du dispositif et des outils développés. Cette difficulté renvoyait au problème de la mobilisation des professionnels de santé libéraux, d'abord pour les informer puis pour les former et les accompagner à l'utilisation des nouveaux outils proposés. Ainsi, les soirées de sensibilisation collective étaient adaptées pour la communication initiale et pour faire connaître le projet. Ensuite pour continuer à former et accompagner les professionnels de santé libéraux, et donc leur donner envie de s'impliquer davantage, 3 solutions compatibles les unes avec les autres pouvaient être envisagées :

- Présenter des outils apportant une forte plus-value pour leur pratique ou leurs patients et leur faisant gagner du temps. Ce qui est le cas avec la Plateforme autonomie séniors, l'UEGPC ou l'hébergement relais en EHAPD et qui pourrait l'être avec l'application PAACO-Globule sous réserve d'améliorations ;
- Proposer des modalités de formation plus personnalisées ou plus adaptées ;
- Peut-être associer une rémunération à ces formations.

Au final, le bon déploiement de ce projet, qui visait à augmenter la coordination et la communication entre les différents professionnels, et à faire du médecin traitant et des professionnels de santé de proximité ses acteurs centraux, nécessiterait des adaptations pour qu'il n'entraîne pas une surcharge de travail pour les médecins et même qu'il leur apporte un gain de temps. Les bénéfices apportés aux patients pouvaient être une raison suffisante pour certains médecins pour participer à un programme tel que le projet PAERPA. Cependant, pour obtenir la participation, et mieux encore, l'implication dans la construction et l'évolution d'un tel projet, d'un plus grand nombre de médecins généralistes, ce programme devrait permettre de faciliter la pratique des médecins et de leur faire gagner du temps. Si les médecins généralistes s'emparaient de ce projet PAERPA, ils pourraient être des promoteurs efficaces auprès des autres professionnels de santé. Ainsi les modalités de communication et de formation auprès des médecins généralistes devraient être adaptées au mieux à leur pratique et permettre la prise en compte de leurs critiques. Mais surtout, un tel projet nécessite des temps de rencontres entre les différents professionnels, pour mieux se connaître et se comprendre, pour se former au maniement des nouveaux outils puis, dans un second temps, pour utiliser ensemble ces nouveaux outils. Les premiers projets PAERPA ayant débuté en 2013 pour une durée de 5 ans, et sachant que certains des outils développés n'ont été opérationnels qu'en 2015 ou 2016,

cela laissait peu de temps aux processus humains et complexes, que sont la connaissance du travail de l'autre, le changement de sa pratique et l'apprentissage de nouveaux outils, pour murir et porter ses fruits. Cet accompagnement des professionnels de proximité nécessite du temps et des moyens financiers et humains importants. Mais, ces derniers ne pourraient être que transitoires et diminuer ou cesser, lorsque ces cellules de professionnels seraient capables de fonctionner en autonomie. Et à ce moment-là, le gain en efficacité dans la prise en charge des patients serait visible.

En complément à ce travail et à ceux effectués sur d'autres territoires pilotes, qui essayaient de comprendre les atouts et les inconvénients des différents projets PAERPA et tentaient de proposer des améliorations, il pourrait être intéressant, grâce à des études quantitatives, de mettre à l'épreuve les résultats et les propositions obtenus auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé. Cela permettrait de donner plus de force et de légitimité aux changements proposés pour le projet PAERPA. Dans un premier temps, il faudrait savoir, avec précision, sous quelles conditions les professionnels libéraux pourraient accepter de prendre du temps pour rencontrer leurs divers collaborateurs dans l'élaboration de tels projet que le PAERPA. Et selon les résultats, trouver un terrain d'entente pour mettre en place un accompagnement adapté.

Ce travail pose aussi la question de l'apprentissage de la coordination, de la collaboration et de l'utilisation des outils de communication. Autrement dit, la formation à l'interprofessionnalité des professionnels de santé. Doit-elle se faire uniquement sur le lieu de travail et s'acquérir progressivement par l'expérience ? En France, le lancement des projets PAERPA répond en partie à cette question en incitant clairement les professionnels de santé à organiser des réunions de formations pluriprofessionnelles ou à réaliser des PPS. Mais qu'en est-il de cet apprentissage en amont du cursus professionnel, durant les études ? Cette question est étudiée depuis de nombreuses années en France et fait actuellement l'objet d'une mission spécifique : « *La coordination ne s'invente pas le lendemain de l'obtention du diplôme. Les compétences qu'elle nécessite doivent être incluses au cœur même des formations, qui doivent faire une part à des modules interprofessionnels.* » Deux objectifs émergent : la constitution de temps communs de formation notamment entre médecins et paramédicaux et l'universitarisation de certains cursus paramédicaux.[75] La formation interprofessionnelle en santé est également préconisée depuis de nombreuses années par l'OMS qui propose des pratiques exemplaires pour la mise en place de programmes d'éducation inter professionnelle (EIP). Ce modèle de formation est très étudié en Suisse et au Canada. Les résultats des études montrent une satisfaction du point de vue des participants mais les études capables de mesurer le gain apporté par l'EIP dans la prise en charge des patients sont encore peu nombreuses. [76]

## 7. Quel avenir pour le PAERPA ?

### 7.1. Résultats des évaluations et retours d'expériences nationaux

Le projet PAERPA devait s'achever fin 2018 après 5 ans d'expérimentations. En parallèle de la mise en place des différents dispositifs PAERPA, une évaluation continue des projets a été réalisée par des remontés d'information systématiques et des retours d'expériences thématiques publiés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Deux évaluations, menées par la DREES, avec des approches différentes ont été réalisées :

- Une évaluation qualitative réalisée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) sur la période 2016-début 2017 et paru en mai 2017. Son objectif était de décrire le déploiement des dispositifs. [44]
- Une évaluation quantitative réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) sur des données concernant la période 2015-2016 et paru en juin 2018. Son objectif était d'évaluer l'impact médico-économique des projets PAERPA. [77]

Les résultats de l'évaluation quantitative ne montraient pas d'effet moyen significatif propre au projet PAERPA quel que soit l'indicateur étudié. L'absence d'impact sur les indicateurs hospitaliers posaient la question de l'efficacité des actions qui ont été mises en place. Cependant, des effets positifs étaient visibles dans certains territoires ainsi que certains retours d'expériences.

Quant aux résultats de l'enquête qualitative, ils relevaient la construction d'une dynamique positive qui pourrait permettre d'avancer vers la transformation souhaitée du système de santé. Cette dynamique se traduisait par un décloisonnement touchant progressivement les structures institutionnelles, comme l'ARS, et les différents acteurs territoriaux, grâce aux CTA et à certains dispositifs de liaison entre hôpital, EHPAD et domicile.

Ces deux études s'accordaient sur un point : elles étaient intervenues tôt dans le déploiement des projets PAERPA. Certaines actions ont pu être étudiées alors qu'elles n'étaient pas encore opérationnelles. En effet, entre le lancement des expérimentations PAERPA et la mise en place effective des dispositifs, il s'est écoulé dix-huit mois en moyenne. Le programme PAERPA nécessite un changement ou une évolution des pratiques professionnelles vers une entente et une organisation pluriprofessionnelle des acteurs impliqués. Cette démarche demande du temps, dépend de l'historique et de l'organisation de chaque territoire, du fonctionnement de ses acteurs, ainsi que des améliorations apportées par le PAERPA et de l'intérêt qu'elles suscitent auprès des professionnels. Une période de 2 voire 3 ans pouvait être trop courte, non pas pour mettre en place différents dispositifs ou actions, mais pour permettre aux différents professionnels de se les approprier et de les accompagner dans ce changement de leur pratique qui devra s'organiser autour des nouveaux outils proposés avec de nouvelles conditions d'interprofessionnalité. Malgré l'absence de résultats positifs nets sur l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées, mais grâce au fait que ces études ont confirmé les besoins préalablement établis et auxquels PAERPA répond, que de nombreux enseignements et perspectives d'améliorations ont pu être tirés des différents territoires pilotes et qu'il apparaît un processus général positif pour le décloisonnement des sphères sanitaires, sociales et médico-sociales, les expérimentations PAERPA sont reconduites jusqu'à fin 2019.

## 7.2. Devenir de l'expérimentation PAERPA

Les expérimentations PAERPA ont été initiées en 2013, puis étendues en 2016. Cette année voyait aussi le début du déploiement des Plateformes territoriales d'appui (PTA). Selon l'ARS Nouvelle-Aquitaine, « *les PTA ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Il s'agit d'amener les différents acteurs de la coordination existants (CLIC, réseaux de santé, MAIA...) à adopter un mode d'organisation territoriale plus intégré, permettant d'offrir un service global, et facilement identifiable par les professionnels de santé et les usagers du territoire.* »[78] Comme dans le cas des projets PAERPA, la place du médecin traitant et des professionnels de proximité est centrale. La PTA fonctionnera en complémentarité et avec la validation du médecin traitant. Les PTA vont progressivement être mises en place sur l'ensemble du territoire français. Les expérimentations telles que TSN et PAERPA sont en sorte une préfiguration des futures PTA. Ainsi dans le département des Landes, le projet XL ENS, portant le programme TSN a été stoppé pour permettre le développement de Santé Landes, la première PTA de Nouvelle-Aquitaine. De même, le projet PAERPA sur le territoire de Bordeaux va progressivement se transformer pour que la CTA devienne une PTA. Ainsi la Plateforme autonomie séniors qui vient en appui aux professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées fragiles va devoir s'adapter progressivement pour améliorer le parcours de santé de la population correspondant à la cible des PTA. Toutes les dynamiques d'intégration, de coordination et de prévention mises en place dans le cadre du PAERPA serviront de base. De la même manière, les points positifs et négatifs issus des retours d'expériences PAERPA devront être pris en compte pour construire et faire évoluer ses PTA.

## CONCLUSION

Le but de ce travail était de comprendre comment s'intègre le projet PAERPA à la pratique de médecins généralistes bordelais. Mettre en évidence les atouts du programme pour les médecins, mais aussi les contraintes et les améliorations possibles pour favoriser leur adhésion. Les résultats de ce travail montraient que les médecins généralistes bordelais étaient favorables aux changements proposés par le PAERPA pour notre système de santé. Ce programme permettait de travailler sur des solutions concernant des difficultés fréquentes et importantes dans la pratique des médecins généralistes : la personne âgée, la fragilité, la dépendance, la communication avec les autres professionnels. Certains dispositifs proposés par le PAERPA apportaient une réelle plus-value dans la pratique des médecins et permettaient d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Il s'agissait, entre autres, de la Plateforme autonomie seniors et de l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière. Ces dispositifs étaient à l'origine de la majorité des atouts du PAERPA pour les médecins généralistes : un soutien dans la prise en charge globale des malades complexes, une décharge de certaines tâches difficiles et chronophages, une aide pour favoriser le maintien à domicile, une meilleure coordination entre les médecins généralistes, les services de gériatrie et les services sociaux et médico-sociaux. Le projet PAERPA générait aussi des contraintes pour les médecins qui mentionnaient sa lourdeur administrative et son caractère chronophage. Concernant la communication avec les professionnels de santé, les médecins généralistes n'étaient pas convaincus de l'amélioration apportée. Le système de communication PAACO-Globule nécessite encore certaines modifications pour mieux s'adapter à la pratique des médecins généralistes et pour que ces derniers s'en emparent véritablement. Le concept de CCP et l'outil PPS étaient les deux principales contraintes apportées par le PAERPA pour les médecins généralistes et pouvaient être des freins pour que les médecins s'impliquent davantage dans le projet PAERPA. Les médecins généralistes bordelais appréciaient et croyaient en ce projet qui améliorerait la prise en charge de leurs patients âgés. Ils partageaient des principes et objectifs communs concernant la prise en charge des personnes âgées et l'organisation des pratiques professionnelles entre les acteurs du soin, du social et du médico-social. Mais, la majorité ne connaissait pas assez le PAERPA et ses outils pour qu'ils s'investissent complètement et modifient leur pratique en profondeur, en intégrant le modèle PAERPA. Il ressort de ce travail que certaines mesures indispensables doivent être poursuivies ou intensifiées pour favoriser l'implication des médecins généralistes et des autres professionnels de santé libéraux. Si l'on veut poursuivre cette démarche PAERPA, qui sera celle des PTA, qui repose sur l'amélioration de la coordination entre professionnels et qui se veut centrée sur le patient et les soins de premier recours, les médecins et les autres professionnels de santé de proximité devront être accompagnés pour organiser des rencontres pluriprofessionnelles, pour travailler et utiliser les nouveaux outils ensemble, au fur et à mesure de leurs évolutions. Il faudrait donc créer les conditions pour permettre au médecin généraliste de gagner du temps afin qu'il soit disponible et intéressé pour être accompagné dans le changement de sa pratique. Ce processus d'accompagnement demande beaucoup de temps et d'investissements, financiers et humains. Que ce soit pour le financement de nouveaux profils de professionnels capables, de former, de coordonner et de soulager les différents acteurs du parcours de santé ou pour la création d'outils adaptés et utiles aux médecins généralistes. Si les médecins changent progressivement leur pratique, soutenus par un accompagnement renforcé au départ, les compétences acquises en

termes de coordination et l'utilisation correcte de nouveaux outils de communication pourraient permettre de progressivement diminuer cet appui, et faire apparaître dans un second temps, l'efficacité du programme PAERPA, des PTA ou du parcours de santé en général. Les transformations nécessaires au fonctionnement d'un parcours de santé tel que le PAERPA demandent beaucoup de temps pour être opérées et porter leurs fruits car elles sont liées à des changements de pratiques individuelles. Ce qui est certain, c'est que le projet PAERPA, plus qu'un objectif final, est certainement un outil puissant de transformation de notre système de santé. Il a permis de mettre en évidence les difficultés pour mettre en place un système mieux intégré, plus prévenant et plus efficace, de proposer des solutions innovantes et surtout d'instaurer un dialogue et d'initier un décloisonnement entre les instances décisionnaires, les organisateurs et certains professionnels de proximité.

## RESUME

### **Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude qualitative auprès de médecins généralistes.**

**Introduction :** Le projet Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est un programme national qui vient en réponse aux enjeux médico-socio-économiques actuels et à venir. Il s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans, encore autonomes, mais dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons médicales et/ou sociales. Ses objectifs sont de repérer les personnes âgées fragiles et de prévenir la perte d'autonomie. Le médecin traitant a une place primordiale dans ce projet.

**Objectif :** Mettre en évidence et comprendre les avantages et les inconvénients du projet PAERPA pour la pratique des médecins généralistes bordelais.

**Matériel et méthode :** Etude qualitative auprès de médecins généralistes libéraux bordelais présentant des degrés d'implication divers dans le projet PAERPA. Recueil des données par entretiens semi-dirigés. Analyse des données manuelle suivant le modèle de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Quinze entretiens ont été réalisés. Les principaux avantages du projet PAERPA étaient l'amélioration de la prise en charge des patients âgés grâce au soutien de la Plateforme autonomie sénior pour la prise en charge sociale et au soutien de l'unité d'évaluation gériatrique pour le suivi de malades complexes à domicile. Les outils numériques de communication n'étaient pas assez adaptés à la pratique des médecins. Les principaux inconvénients faisaient référence à la lourdeur administrative et aux procédures chronophages de ce programme dont l'organisation des CCP (Coordination clinique de proximité) et la rédaction des PPS (Plan personnalisé de santé).

**Conclusion :** L'opinion des médecins généralistes quant au projet PAERPA paraît nettement favorable. Malgré les nombreux avantages décrits, des compléments d'information et de formation ainsi que des améliorations concernant certains outils sont à apporter pour mieux impliquer les médecins généralistes dans ce projet.

## REFERENCES

1. Collège national des enseignants en gériatrie. Le vieillissement humain. Polycopié national. Université médicale virtuelle francophone. 2008.
2. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociale (SGMCAS). Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. 2016. [Cité 24 mai 2018]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)
3. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première ; 2016 ;1619 :4. [cité 10 nov. 2017] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. Ministère des solidarités et de la santé. Plan 2007-2011, pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. [Cité 14 nov. 2017]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)
5. Sécurité sociale. Prévalence des ALD. [Cité 13 nov. 2017]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php>
6. HCAAM. Note sur le régime des affections de longue durée. 2005 ; p. 15-7. [Cité 15 nov. 2017]. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_note\\_ald.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_ald.pdf)
7. Sécurité sociale. Programme de qualité et d'efficience « maladie ». 2015 ; p. 57-60. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-pqe\\_maladie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-pqe_maladie.pdf)
8. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Les maladies chroniques. Actual Doss En Santé Publique ; 2010 ; (72) :43. [Cité 14 nov. 2017]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>
9. Autonomie et dépendance. Université médicale virtuelle francophone. 2009. [Cité 13 nov. 2017]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>
10. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Rev Gériatrie ; 2003 ; (28) :11. [Cité 8 déc. 2017] Disponible sur : [https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2016/05/SMAF\\_Revue-de-geriatrie-2003.pdf](https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2016/05/SMAF_Revue-de-geriatrie-2003.pdf)
11. Gervais P, Hébert R, Lamontagne J, Tousignant M. L'implantation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle : les conditions de réussite et les obstacles rencontrés dans le cadre du projet PISE-Dordogne. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil ; 2011 ;9(4) :417-428.
12. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. Doss Solidar Santé ; 2013 ;43 :28. [Cité 13 nov. 2017] Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
13. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie. 2016. [Cité 13 nov. 2017]. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_chiffrescles2016-web.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffrescles2016-web.pdf)

14. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'activité 2014. [Cité 13 nov. 2017]. Disponible sur : [http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_rapportactivite2014\\_versioninteractive.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_rapportactivite2014_versioninteractive.pdf)
15. HCAAM. Vieillesse, longévité et assurance maladie ; 2010 [Cité 15 nov. 2017] p. 34. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_note\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf)
16. HAS. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? 2014. [Cité 16 nov. 2017] p. 46. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)
17. HAS. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. 2014. [Cité 16 nov. 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps\\_integratio\\_\\_25\\_09\\_2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_integratio__25_09_2014.pdf)
18. Le Gigan Y. Livre blanc - D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. Santé & Médecine. 2014. [Cité 16 nov. 2017]. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/yannlegigan/livre-blanc-dun-systme-de-sant-curatif-un-modle-prventif-grce-aux-outils-numriques>
19. Conseil national de l'ordre des médecins. Pour l'avenir de la santé. De la grande consultation aux propositions. Le livre blanc ; 2016. 56 p. [Cité 16 nov. 2017] Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_lb\\_grande\\_consultation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf)
20. Askenazy P, Dormont B, Geoffard PY, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. Notes Cons D'analyse Économique ; 2013 ;8(8) :1-12. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2013-8-page-1.htm>
21. Bloch M-A, Hénaut L, Sardas JC, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech 2011 ; Disponible sur : <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/c6t1f136hv9s7q89j6o9j6h82/resources/etude-coordination-cgs-fpb-fev2011-.pdf>
22. 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 : première partie. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil ; 2014 ;12(1) :11. [Cité 13 nov. 2017] Disponible sur : [http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/prise\\_de\\_position\\_de\\_la\\_societe\\_francaise\\_de\\_geriatrie\\_et\\_gerontologie\\_sur\\_le\\_concept\\_dintegration\\_texte\\_integral\\_premiere\\_partie\\_300057/article.phtml?tab=texte](http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/prise_de_position_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_gerontologie_sur_le_concept_dintegration_texte_integral_premiere_partie_300057/article.phtml?tab=texte)
23. HCAAM. Assurance maladie et perte d'autonomie. 2011 ; p. 186. [Cité 16 nov. 2017] Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_rapport\\_assurance\\_maladie\\_perte\\_autonomie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf)
24. Grangier J, Guibert G. Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. Les dépenses de santé en 2015. DREES ; 2016 ; p.158-66. [Cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>

25. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé-Feuille de route ; 2013 [Cité 22 mai 2018]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)
26. Comité des sages. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages ». 2013 ; p.147. [Cité 16 nov. 2017] Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf>
27. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA ; 2013 ; p. 35. [Cité 16 nov. 2017] Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)
28. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 - Article 48. [Cité 16 nov. 2017]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/2012-1404/jo/article\\_48](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/2012-1404/jo/article_48)
29. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil* ; 2011 ;9(4) :387–390.
30. Pérès K. La fragilité du sujet âgé : données épidémiologiques et présentation de la démarche d'évaluation cohorte de fragiles Paerpa. Présentation du projet PAERPA ; 2017 ; Bordeaux.
31. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 ;56(3) :M146-156.
32. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2005 ;173(5) :489-495.
33. Teguo MT. Approche épidémiologique de la fragilité. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016 [cité 14 nov. 2017]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01592477/document>
34. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons : a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 ;60(8) :1487-1492.
35. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France : the three-city study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 ;63(10) :1089-1096.
36. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middleaged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 ;64(6) :675-681.
37. Talegawkar SA, Bandinelli S, Bandeen-Roche K, et al. A Higher Adherence to a Mediterranean-Style Diet Is Inversely Associated with the Development of Frailty in Community-Dwelling Elderly Men and Women, *The Journal of Nutrition*, Volume 142, Issue 12, December 2012, Pages 2161–2166.

38. Gleize F, Zmudka J, Lefresne Y, Serot JM, Berteaux B, Jouanny P. Evaluation de la fragilité en soins primaires : quels outils pour quelle prédiction ? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil* ; 2015 ;13(3) :289–297.
39. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013. [Cité 20 nov. 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
40. Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/12/2/AFSS1320393D/jo>
41. IRDES. Atlas des territoires pilotes PAERPA. Situation 2012. [Cité 19 nov. 2017]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>
42. ARS. Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : la démarche Paerpa. 2014. [Cité 19 nov. 2017]. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp\\_paerpa\\_pointpresse\\_du\\_11\\_decembre\\_vf.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_pointpresse_du_11_decembre_vf.pdf)
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les territoires pilotes Paerpa. 2016 [Cité 20 nov. 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/neuf-projets-pilotes-en-region>
44. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L. Évaluation qualitative PAERPA. DREES ; Etude et recherche ; No. : 135 ; 2017 ; p. 72. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
45. Brugère N. Projet de parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre du contrat local de santé de la Ville de Bordeaux. 2015 p. 120. Disponible sur : [http://www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/CM/12582/10/acteCM/69963/pieceJointeSpec/150012/file/PV\\_00046705\\_D.pdf](http://www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/CM/12582/10/acteCM/69963/pieceJointeSpec/150012/file/PV_00046705_D.pdf)
46. ARS Aquitaine. Projet PAERPA. Diagnostic territorial. 2014 p. 69.
47. HAS. Mise en œuvre du PPS : bilan à 6 mois. 2015. [Cité 28 mai 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan\\_a\\_6\\_mois\\_\\_plan\\_personnalise\\_sante\\_\\_vf\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf)
48. Brémaud E. Evaluation du projet PAERPA sur le territoire d'expérimentation de la ville de Bordeaux. Mémoire de l'École des hautes études en santé publique Sciences Po Rennes ; 2016 [cité 4 janv. 2018]. Disponible sur : [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?\\_equation=Projet%20PAERPA%20&\\_sort=auto&\\_start=1](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=Projet%20PAERPA%20&_sort=auto&_start=1)
49. Laurens A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application Globule® peut-elle être une aide ? Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01452631/document>

50. DGOS, Ministère des solidarités et de la santé. Le programme Territoire de Soins Numérique-TSN. 2016 [cité 29 mai 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>
51. Salles N, Floccia M, Videau MN, Diallo L, Guerin D, Valentin V, et al. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. *J Am Géiatr Soc.* 2014 ;62(4) :782-4.
52. Haw-Shing L. Programme "Télémédecine en EHPAD" en Gironde : enquête de satisfaction en médecine générale. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01420410/document>
53. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Rech Qual ; Hors-Série (3) :30 ; 2007.* [Cité 17 août 2018]. Disponible sur : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/Wanlin2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Wanlin2.pdf)
54. Bosson L. Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011 [cité 10 mai 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619120/document>
55. Gerard R. Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot ; 2011 [cité 11 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3598\\_RAJEMISA-THESE.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3598_RAJEMISA-THESE.pdf)
56. Dewèvre B. Maintien au domicile des plus de 75 ans. Enquête auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine, Rouen : Université mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2015 [cité 10 mai 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225336v2/document>
57. Luu SC. Obstacles à la prise en charge ambulatoire du sujet âgé. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot ; 2010 [cité 9 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3465\\_100803-THESE-LUU.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3465_100803-THESE-LUU.pdf)
58. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *DREES ; Etudes Résultats ;2014;(869) :6.* [Cité 10 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
59. Huzar C. Le concept PAERPA : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ? Thèse de médecine, Nancy : Université de Lorraine ; 2015. [Cité 8 sept 2017]. Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2015\\_HUZAR\\_CLOTILDE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_HUZAR_CLOTILDE.pdf)
60. RAMEZ C. Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérant au PAERPA. Thèse de médecine, Lille : Université du droit et de la santé - Lille 2 ; 2018 [cité 4 oct. 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fbfb18a7-4b51-4dd7-ad49-13143c2e75d0>

61. Brasseur J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux : Enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
62. Mosnier-Thoumas S, Videau M-N, Lafargue A, Martin-Latry K, Salles N. Intérêt de l'intervention de l'unité d'évaluation gériatrique dans la cité sur la qualité des prescriptions médicamenteuses de la personne âgée : bilan à 1 an. *Ann Pharm Fr.* 2018. [Cité 11 févr 2019] ; Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450918300841>
63. Fenioux-Gavard N. Outils de communication et de coordination entre les différents intervenants au domicile des patients suivis au long cours. Bilan et recherche d'un nouvel outil : à propos d'une enquête réalisée auprès de 300 médecins généralistes girondins en 2005. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2006.
64. Ghiorghita C. Expérimentation projet PAERPA dans la région Bourgogne : quels sont les freins à l'utilisation de l'outil plan personnalisé de santé ? Thèse de médecine, Tours : Université François-Rabelais ; 2016 [cité 16 juill. 2017]. Disponible sur : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016\\_Medecine\\_GhiorghitaCarmen.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_GhiorghitaCarmen.pdf)
65. Martin F. Enquête sur l'opinion et les attentes des personnes âgées intégrées dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne. Thèse de médecine, Angers Université d'Angers ; 2015.
66. Paris M. PAERPA, Personnes Agées En Risque De Perte D'autonomie : étude de l'impact de la mise en place auprès des professionnels de santé du Sud-Ouest Mayennais. Thèse de pharmacie, Angers : Université d'Angers ; 2016.
67. Guyon C. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA. Thèse de médecine, Dijon : Université de Bourgogne ; 2016 [cité 10 janv. 2018]. Disponible sur : <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/3d8614a2-6bf2-45cb-a9d9-8ee312f7e0b7>
68. Naessens R. Les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers participant au projet PAERPA – conciliation médicamenteuse. Thèse de médecine, Lille : Université du droit et de la santé - Lille 2 ; 2017 [cité 1 oct. 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/80501156-9920-4571-a80e-fd1157574c41>
69. Sarrazin F. Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA. Thèse de médecine, Lille : Université du droit et de la santé - Lille 2 ; 2018 [cité 8 oct. 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/38a20fce-75c2-4c13-b374-19559c3bce73>
70. Piette C. Prévention du risque de chute chez les patients de plus de 75 ans : évaluation de l'activité de l'ESPREAD, équipe expérimentale dans le cadre du PAERPA. Etude prospective évaluant l'activité de l'ESPREAD ainsi que les bénéfices apportés aux patients chuteurs. Thèse de médecine, Lille : Université du droit et de la santé - Lille 2 ; 2017 [cité 11 oct. 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/93f14fc8-e1e9-4c21-a787-2b2e9665a8e3>

71. Ministère des affaires sociales et de la santé. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : PAERPA. Bilan intermédiaire 2017. 2018. [Cité 16 oct. 2018]. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan\\_paerpa\\_2018.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf)
72. Croste E, Gay B, Maurice-Tison S. Médecine générale et Internet : association difficile ? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains. *Médecine*. 2006;8:372-7. [Cité 10 oct. 2018].
73. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Nord ; 2012 [cité 12 oct. 2018]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/767/fichier\\_hbinard\\_these109be.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf)
74. UNPS. Le modèle PAERPA ne fait pas ses preuves auprès des professionnels de santé libéraux. 2017. [cité 10 sept. 2018]. Disponible sur : <https://www.unps-sante.org/communiqués/annee-2017/sondage-unps-le-modele-paerpa-ne-fait-pas-ses-preuves-aupres-des-professionnels-de-sante-liberaux/>
75. Ministère des solidarités et de la santé. L'universitarisation des formations en santé. 2018. [Cité 10 janv. 2019]. Disponible sur : [https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP\\_L\\_UNIVERSITARISATION\\_DES\\_FORMATIONS\\_EN\\_SANTE\\_912558.pdf](https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf)
76. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers*, 2011/3 (N° 106), p. 40-46. [Cité 15 janv. 2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-40.htm>
77. Or Z, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. *Les rapports de l'IRDES* ; 2018;(567). [Cité 10 oct. 2018]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-paerpa.pdf>
78. ARS Nouvelle Aquitaine. PTA-document d'orientation et d'appui-Nouvelle Aquitaine. 2017. [Cité 18 oct. 2018]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PTA-document%20d%27orientation%20et%20d%27appui-Nouvelle%20Aquitaine-DEF.pdf>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Classification GIR

<b>GROUPE*</b>	<b>NIVEAU DE DÉPENDANCE</b>
<b>GIR 1</b>	Personne en fin de vie, ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.
<b>GIR 2</b>	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.
<b>GIR 3</b>	Personne ayant conservé une autonomie mentale, et partiellement sa capacité à se déplacer, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
<b>GIR 4</b>	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever, et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillement, voire les repas.
<b>GIR 5</b>	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement, et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<b>GIR 6</b>	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillement, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).

## Annexe 2 : Grille de repérage de la fragilité élaborée par la HAS et le gérontopôle de Toulouse

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

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

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

***Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :***

Votre patient vous paraît-il fragile :  OUI  NON

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

## MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

**Chaque PPS est composé d'un recto-verso, et d'une check-list de problèmes en annexe:**

- \* **Recto : un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles ;**
- \* **Verso : un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides)** tenant souvent sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.
- \* **Annexe : une check-list de problèmes** sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les point d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.

**Cette check-list de problèmes est accompagnée d'un tableau comportant des exemples d'actions en regard des problèmes.**

<b>La personne et ses contacts utiles</b>				<b>Nom :</b>			
				<b>Prénom :</b>			
				<b>Date de naissance :</b>		/ /	<b>S</b>
			<b>e</b>				
<b>Numéro du PPS</b>		<b>Date de la version en cours</b>	...../...../.....	<b>ALD</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si ALD	oui nombre _____
<b>Référent du PPS</b>		Profession :		Nom :			
<b>Informations sur la personne</b>				<b>Numéro de sécurité sociale</b>			
<b>Adresse de la personne</b>				<b>Code Postal</b>			
<b>Aidant</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre	<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>Recherche d'hébergement en cours</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Référents familiaux /amicaux</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre :	<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>APA</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)
<b>Personne de confiance</b>			<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>Directives anticipées</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Caisse de retraite</b>		Nom :		<b>Mutuelle</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :	
		<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)					
<b>Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

<b>Contacts utiles</b>					
<b>Niveau d'information</b> <i>(cf. fiche jointe)</i>	<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</b>	<b>Accès aux informations</b> <i>Oui/Non</i>	<b>Téléphone</b>	<b>Email</b>
<i>Niveau 1</i>	<i>Médecin traitant</i>				
	<i>Infirmier(s)</i>				
	<i>Pharmacien</i>				
	<i>Kinésithérapeute</i>				
	<i>Ergothérapeute</i>				
	<i>Gériatre</i>				
	<i>Autre spécialiste</i>				
<i>Niveau 2</i>	<i>Assistant social</i>				
	<i>Coordination territoriale d'appui</i>				
<i>Niveau 3</i>	<i>Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)</i>				
	<i>Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)</i>				

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

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

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

**Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)** **Date : / /**

	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone			
- automédication à risque				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiantes)				- difficultés à voyager seul			
- problème d'observance				- difficultés à gérer son budget			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)				- refus de soins et d'aides			
				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
				<b>Aidant en difficulté (épuisé, fragile...)</b>			
				<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>			
<b>Organisation du suivi</b>				- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			
- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
<b>Problèmes de mobilité</b>				<b>Isolement</b>			
- risque de chute				- faiblesse du réseau familial ou social			
- chute(s)				- isolement géographique			
- phobie post-chute				- isolement ressenti			
- problèmes de mobilité à domicile				- isolement culturel			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				<b>Précarité</b>			
				- financière			
<b>Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>				- habitat			
<b>Troubles de l'humeur</b>				- énergétique			

## 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accident iatrogène</li> <li>- automédication à risque</li> <li>- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques/ et ou anti thrombotique et/ou hypoglycémiant)</li> <li>- problème d'observance</li> <li>- adaptation des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise sécurisée par un tiers</li> <li>- mise en place d'un pilulier</li> <li>- éducation thérapeutique globale (situations à risque/signes d'alerte/stratégies pour diminuer les oublis)</li> <li>- Si adaptation des traitements souhaitée par la personne, éducation thérapeutique ciblée sur les modalités d'adaptation des traitements en toute sécurité</li> </ul>
<b>Organisation du suivi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de déplacement à domicile du médecin traitant</li> <li>- multiples intervenants</li> <li>- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise sécurisée des rendez-vous (biologie, imagerie, consultation, consultation mémoire,...)</li> <li>- programmation des transports sanitaires</li> <li>- carnet de suivi.....</li> </ul>
<b>Problèmes de mobilité</b> <b>- risque de chute*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chute(s)</li> <li>- phobie post chute</li> <li>- problèmes de mobilité à domicile</li> <li>- problèmes de mobilité à l'extérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser l'activité physique au quotidien</li> <li>- exercice physique adapté dont ETP spécifique</li> <li>- rééducation</li> <li>- prise en charge des problèmes podologiques</li> <li>- mise en place d'aides (pour les courses, le ménage...)</li> <li>- ETP autour de troubles de la nutrition</li> <li>- correction des troubles sensoriels</li> <li>- aides techniques</li> <li>- adaptation du logement</li> </ul>
<b>Isolement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolement géographique</li> <li>- Faiblesse du réseau familial ou social</li> <li>- isolement ressenti</li> <li>- Isolement culturel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- correction des troubles sensoriels</li> <li>- prise en charge d'une <b>dépression*</b></li> <li>- évaluation de troubles cognitifs</li> <li>- avis psychiatrique</li> <li>- renforcement/mise en place des aides (dont accompagnement à l'usage des moyens de communication)</li> <li>- soutien de l'aidant (hébergement temporaire, accueil de jour, formation des aidants)</li> <li>- actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs...)</li> <li>- mise en place d'un accompagnement social</li> </ul>

## 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 - Energétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vérifier l'accès aux droits (ALD, APA) et accès aux soins</li> <li>- accompagnement social (dont mesures de protection juridique)</li> <li>- obtention aides financières</li> <li>- soutien par association caritative,...</li> </ul>
<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b> - soins personnels / toilette - habillage - aller aux toilettes - continence - locomotion - repas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aide à la toilette</li> <li>- allocation financière</li> <li>- bilan ergothérapeutique</li> <li>- portage de repas,...</li> </ul>
<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'enquérir de l'appétit</li> <li>- Réaliser un MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) en deuxième ligne</li> <li>- Rechercher la cause de la dénutrition</li> <li>- la prise en charge nutritionnelle est globale : <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf">www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf</a></li> </ul>
<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/ <b>dénutrition*</b> - Refus de soins et d'aides - Situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervention du CMP</li> <li>- bilan cognitif</li> <li>- prise en charge d'une dépression</li> <li>- intervention d'équipes mobiles, etc.</li> <li>- accompagnement social (dont mesures de protection juridique)</li> <li>- alerte via n° d'appel national 3977, évaluation sociale...</li> </ul>
<b>Troubles de l'humeur*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychothérapie de soutien</li> <li>- Traitement anti-dépresseur</li> <li>- Équipe de de géro-psycho-geriatrie</li> <li>- Avis d'un psychiatre</li> </ul>

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

## Annexe 4 : Grille d'aide à la décision d'initier un PPS

**Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions :  
Initier un PPS pourrait avoir un intérêt**

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 ?			

### **2<sup>de</sup> étape : décider d'initier un PPS.**

La personne :

☞ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?

Oui

Non

☞ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?

Oui

Non

## Annexe 5 : Fiche de consentement personne âgée

 <p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p>	<p style="text-align: center;"><b>DEMARCHE PAERPA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fiche de consentement de la personne âgée</b></p>
--	---

*Madame, Monsieur,*

Vous êtes sollicité(e) pour donner votre consentement à la transmission d'informations vous concernant, et pouvant faire l'objet d'un traitement informatique<sup>1</sup>. Votre consentement permettra de faciliter la transmission d'informations entre les professionnels qui vous entourent, dans le seul objectif d'améliorer votre prise en charge.

### **Sur quelles informations devez-vous donner votre consentement ?**

Les informations partagées sont celles qui sont pertinentes et strictement nécessaires à votre prise en charge. Différentes catégories d'informations sont susceptibles d'être partagées. Le tableau en page 4 précise ces catégories.

### **A quels professionnels devez-vous donner votre consentement ?**

Vous pouvez accorder l'accès aux informations vous concernant aux professionnels et organismes qui interviennent auprès de vous. Ces professionnels et organismes sont regroupés en listes et bénéficient d'un accès différencié aux informations, sous réserve de votre accord, selon qu'elles sont nécessaires à votre prise en charge ou non. Le tableau en page 4 précise les modalités d'accès par catégories professionnelles.

### **Vos droits :**

- Le recueil de votre consentement et l'échange d'informations entre les professionnels qui vous entourent font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire strict.
- Le professionnel qui recueille votre consentement est signataire d'une charte précisant les principes éthiques, déontologiques et de confidentialité afférente à votre prise en charge. Il est en mesure de vous communiquer les informations nécessaires à votre consentement éclairé.
- Votre signature sur le présent document témoigne de votre accord. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser.
- Vous pouvez refuser que les informations soient accessibles à tout ou partie des professionnels et organismes vous prenant en charge.
- Votre consentement est valable durant le temps de mise en œuvre de la démarche PAERPA. Si vous souhaitez quitter le dispositif, vous pouvez retirer votre consentement par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, notamment

par e-mail en vous adressant au professionnel qui l'a recueilli ou à la structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels, de votre information et de votre orientation (CTA).

<sup>1</sup> Pour garantir la confidentialité de vos données de santé (sanitaires, et/ou sociales), elles sont stockées au sein d'un serveur informatique centralisé chez notre hébergeur agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Cet hébergeur assure la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données à tout moment de leur traitement et de leur stockage conformément à la mission qui lui a été confiée par Ki-Lab, société éditrice du logiciel « Globule », cœur de la plateforme PAACO mise à disposition de la CTA de Bordeaux par le GCS Télé santé Aquitaine. C'est la société CIS Valley qui a été retenue pour assurer l'hébergement de vos données. Seuls les professionnels habilités par la CTA ont accès à vos données de santé.

<sup>2</sup> Conformément au décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, pris en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

*« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter les échanges d'information relatifs aux usagers pris en charge par des professionnels de santé et du social de la structure. Les destinataires des données sont les personnels administratifs, paramédicaux ou médicaux coordonnés par la structure de prise en charge. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CCAS de la Ville de Bordeaux, Cité Municipale, 4, rue Claude Bonnier à BORDEAUX (33000). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.»*

Nom et prénom de la personne âgée :

Coordonnées (téléphone, email) :

J'accepte que les professionnels et organismes me prenant en charge puissent s'échanger les informations nécessaires et pertinentes me concernant selon les modalités précisées dans la fiche en annexe. J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission de ces informations.

Date :

Signature :

**Dans le cas où la personne âgée n'est pas en mesure de donner son consentement :**

Nom et prénom de la personne de confiance / du représentant légal  
(*rayez la mention inutile*) :

Coordonnées (téléphone, email) :

J'accepte que les professionnels et organismes prenant en charge la personne que je représente puissent échanger les informations nécessaires et pertinentes concernant cette personne, selon les modalités précisées dans la fiche en annexe. J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission d'informations entre eux.

Date

Signature :

**Informations vous concernant susceptibles d'être partagées, par catégorie de professionnels et organismes<sup>2</sup>**

Informations partagées	Accès différencié des professionnels et organismes aux informations	
<p><u>Les caractéristiques sociales vous concernant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation familiale, profession antérieure et celle de votre conjoint s'il y a lieu</li> <li>- les informations relatives à votre protection sociale, vos prestations acquises et celles en cours de demande</li> <li>- les informations relatives à votre logement, à son accessibilité et à votre cadre de vie</li> <li>- l'identité et les coordonnées de votre entourage, de votre personne de confiance ou de votre représentant légal le cas échéant.</li> </ul>	<p><b><u>NIVEAU 1</u></b></p> <p>- Les professionnels de santé qui interviennent régulièrement auprès de vous : médecin traitant, infirmier, pharmacien le cas échéant, et tout professionnel qui vous suit régulièrement</p> <p>- Les professionnels de santé que vous voyez plus ponctuellement : spécialistes, ergothérapeute</p>	<p><b><u>NIVEAU 2</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assistant social qui suit votre situation</li> <li>- La structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels, de votre information et de votre orientation (CTA)</li> </ul>
<p><u>Les noms et coordonnées de vos professionnels de santé :</u> votre médecin traitant, infirmier, pharmacien, spécialistes, kinésithérapeute...</p>		<p><b><u>NIVEAU 3</u></b></p> <p>Organisme/votre professionnel<sup>3</sup> d'aide à la vie quotidienne</p>
<p><u>Les dates, durées et modalités de vos hospitalisations</u></p>		
<p><u>Vos besoins et les réponses apportées :</u> éducation thérapeutique, prestations médicales et paramédicales complémentaires, expertise gériatrique/psychiatrique, soins palliatifs</p>		
<p><u>Votre degré d'autonomie</u></p>		
<p><u>Toute information ou prescription nécessaire et pertinente pour améliorer ma prise en charge</u> (notamment relatives à votre hygiène de vie, à vos habitudes alimentaires ou à votre environnement de vie...)</p>		
<p><u>Votre état de santé avec les diagnostics, les principaux éléments de votre dossier</u></p>		

<p><u>Le volet soins et/ou le volet social de votre plan personnalisé de santé</u> (s'il existe) et toute autre information que votre médecin ou un autre professionnel estime nécessaire</p>	<p><b>Dans le respect des dispositions précédentes, votre médecin traitant ou un autre professionnel vous prenant en charge peut transmettre, sous sa responsabilité, des informations vous concernant à un autre professionnel s'il estime que ces informations sont nécessaires à votre prise en charge</b></p>
---	---

## Annexe 6 : Grille de repérage de la fragilité PAERPA Bordeaux

### GRILLE DE FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE

Patients de 75 ans et + (ADL 5/5), à distance de pathologie aigue DEPISTAGE			
	OUI	NON	Ne sait pas
Durant la semaine écoulée, je me suis senti(e) seul(e) : (1) (1): NON = jamais, très rarement ou occasionnellement OUI = assez souvent, fréquemment ou tout le temps			
Votre patient a t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois de manière involontaire ?			
Votre patient a t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de sa mémoire ?			
Votre patient a t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			

**Si vous avez répondu oui à une de ces questions.**

**Votre patient vous paraît-il fragile ?(entourez) : OUI NON**

## Plan Personnalisé de Santé

Référent : M. medecindemo

Initié le : 01/09/16

Version n° : 2016-1

Prochaine évaluation : 01/09/17

Dernière révision : 31/12/16

Date de validation : 08/09/16

### Identité du patient

Civilité, Nom : Mme Martin

Prénom : Jeanne

Né(e) le : 07 / 09 / 1931

Adresse postale : av bordeaux, 33000 BORDEAUX

Téléphone : 05 65 64 54 65

Situation au domicile :  Seul  En couple  En famille  Autre

Directives anticipées :  OUI  NON

Protection juridique :  OUI  Tutelle  Curatelle  Autre

Type de protection :  Tutelle  Curatelle  Autre

### Consentement du patient au PPS

Consentement recueilli :  OUI  NON

Par : Médecin traitant

### Personnes à contacter

Référent à prévenir

Civilité, Nom

Prénom

Téléphone

Email

Mme M

Marie

N/A

06 56 76 76 76 (mobile)

N/A

Personne de confiance

N/A

N/A

N/A

N/A

Représentant légal

N/A

N/A

N/A

N/A

**PPS de : Mme Martin Jeanne (07 / 09 / 1931)**

Prochaine évaluation : 01/09/17

Référent : M. medecindemo

Dernière révision : 31/12/16

Initié le : 01/09/16

Version n° : 2016-1

Intervenants					
Catégories professionnelles	Nom du professionnel ou de l'organisme	Tel. fixe	Tel. portable	Email	
Médecin généraliste	M. medecindemo (équipe de concertation)	05 56 87 79 87			
Kinésithérapeute	DUJONLQUOY Etienne (équipe de concertation)				
Infirmier(e)	Mme TEST NURSE Cathy (équipe de concertation)	05 57 67 93 00	06 67 55 12 43	estelle.escoffier@sante-alsace.fr	
Cabinet médical	TEST Pack "Médecin Généraliste"	05 56 90 90 90		contact@sante-aquitaine.fr	
PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)	Plateforme Autonomie Séniors	08 00 62 58 85		clidebordeaux@mairie-bordeaux.fr	
Médecin généraliste	M. Pack-MG Médecin				
Référent(e) prévention, protection	MDSI Bx Lac	05 56 11 54 70		mdsi-bx-lac@cg33.fr	
Aide à domicile	Services Domicile Plus				
Aide à domicile	Ville de Bordeaux Portage Repas			asso-portagerepas@bordeaux.fr	
Intervenant social	SOLIHA	05 56 68 33 00		soliha@asso-bordeaux.fr	
Assistant(e) social(e)	MDSI de Bordeaux Lac	05 56 11 54 70		g.bailet@gironde.fr	
Intervenant social	plateforme Autonomie Seniors	08 00 62 58 85			

Plateforme téléphonique

Pharmacie de garde

En cas d'urgence

**PPS de : Mme Martin Jeanne (07 / 09 / 1931)**

**Référent :** M. medecindemo

**Initié le :** 01/09/16

**Prochaine évaluation :** 01/09/17

**Dernière révision :** 31/12/16

**Version n° :** 2016-1

**Contexte du patient**

Personne ayant chuté à plusieurs reprises

**Attentes et priorités du patient**

**Plan d'action**

Problème	Objectif(s) attendu(s)	Action	Date de début	Intervenant(s)	Périodicité	Date d'évaluation des objectifs
Problème	Un ou plusieurs objectifs par problème	Une ou plusieurs actions par objectif	Une date par action	Un ou plusieurs intervenants par action	Action ponctuelle ou récurrente	Date butoir pour les objectifs associés à un problème
Difficultés à gérer son budget		Prévention du risque d'expulsion	30/09/16	MDSI Bx Lac (Réfèrent(e) prévention, protection)	1 fois par mois	05/01/17
Incapacités dans les gestes de la vie quotidienne		Informations sur les accompagnements juridiques possibles Aide ménagère <i>Mise en place avec Bien Vieillir</i>	30/09/16	Services Domicile Plus (Aide à domicile)	TOUS LES JOURS	05/01/17
Problèmes de mobilité à domicile		Evaluation d'un ergothérapeute Devis pour les modifications de l'habitat	30/09/16 31/10/16	plateforme Autonomie Seniors (Intervenant social) SOLIHA (Intervenant social)	3 FOIS PAR SEMAINE	08/12/16
Problèmes liés aux		Travailler sur l'adhésion	30/09/16	TEST NURSE Cathy	TOUS LES JOURS	05/01/17

**PPS de : Mme Martin Jeanne (07 / 09 / 1931)**

**Prochaine évaluation : 01/09/17**

**Référent :** M. medecindemo

**Dernière révision : 31/12/16**

**Initié le :** 01/09/16

**Version n° : 2016-1**

Plan d'action						
Problème	Objectif(s) attendu(s)	Action	Date de début	Intervenant(s)	Périodicité	Date d'évaluation des objectifs
médicaments		au traitement		(Infirmier(e))		
Repas (incapacité)		Mise en place du portage de repas	30/09/16	Ville de Bordeaux Portage Repas (Aide à domicile)	TOUS LES JOURS	05/01/17
Risque de chute		Prévention des chutes	30/09/16	DUJONLQUOY Etienne (Kinésithérapeute)	2 fois par semaine	05/01/17
Soins personnels / Toilette (incapacité)		Aide à la toilette	30/09/16	TEST NURSE Cathy (Infirmier(e))	TOUS LES JOURS	05/01/17

**Annexe 8 : Fiche de demande de prise en charge PAERPA auprès de la Plateforme autonomie séniors**

 		<b>FICHE D'ORIENTATION</b>				
0.800.625.885		Date de la demande				
<b>IDENTITE DU DEMANDEUR</b>						
Nom, Prénom :						
Fonction/Lien :						
Structure :						
Tél :		Courriel :				
<b>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE</b>						
Nom :		Prénom :				
Date de Naissance :		Age :				
Adresse :		Téléphone :				
CP/Ville :						
Situation Familiale :		Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>		
		Célibataire <input type="checkbox"/>	Vie Maritale <input type="checkbox"/>	Nombre d'enfants :		
Médecin Traitant :		Tél :	Courriel :			
Protection Juridique :		Oui <input type="checkbox"/> Laquelle ?	Non <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>		
APA :		Oui <input type="checkbox"/>	GIR	Nombre d'heures		
		Non <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>	Autre :		
Autres Aides/Droits Ouverts :						
<b>AIDANTS – PROCHES - REFERENT</b>						
Nom, Prénom		Lien	Adresse	Téléphone	Courriel	
<b>INTERVENANTS/AIDES</b> <small>Merci de préciser les coordonnées et joindre le plan d'aides,...</small>						
IDE <input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	ESA <input type="checkbox"/>	CCAS <input type="checkbox"/>	Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	Accueil de jour <input type="checkbox"/>	CLIC/ Réseau <input type="checkbox"/>
CMP/EMGP <input type="checkbox"/>	Services d'aides à domicile <input type="checkbox"/>		Portage des repas <input type="checkbox"/>	Gestion de cas <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>	
Coordonnées et précisions :						
<b>MOTIFS DE DE LA DEMANDE</b> <small>(ce qui compromet le maintien à domicile)</small>						

CRITERES REMETTANT EN CAUSE LE MAINTIEN A DOMICILE	
<b>Autonomie Fonctionnelle</b> <input type="checkbox"/> Difficulté dans les activités de la vie quotidienne (toilette, mobilité,...) <input type="checkbox"/> Difficulté dans les activités domestiques (courses, ménage, prise de médicaments, gestion administrative,...)	Précisions :
<b>Santé</b> <input type="checkbox"/> Maladie(s) chroniques ou évolutives <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non) <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Hospitalisations récurrentes <input type="checkbox"/> Chutes à répétition <input type="checkbox"/> Troubles de la nutrition, perte de poids <input type="checkbox"/> Conduites addictives <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels non traités	Précisions :
<b>Autonomie Décisionnelle</b> <input type="checkbox"/> Troubles de jugement/compréhension <input type="checkbox"/> Altération/déficit intellectuel <input type="checkbox"/> Emprise/ Influence psychologique d'un tiers	Précisions :
<b>Aides et soins</b> <input type="checkbox"/> Refus d'aide et/ou de soins <input type="checkbox"/> Absence et/ou discontinuité des soins <input type="checkbox"/> Aides et/ou soins inadaptées <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins ou d'aides <input type="checkbox"/> Mise en échec des professionnels (épuisement, impuissance, conflits,...)	Précisions :
<b>Entourage</b> <input type="checkbox"/> Personne isolée /absence de famille <input type="checkbox"/> Epuisement ou défaillance des aidants <input type="checkbox"/> Projet de vie non partagé avec l'entourage <input type="checkbox"/> Conflits avec l'entourage	Précisions :
<b>Environnement (familial, social, géographique, habitat)</b>	

La personne concernée par la demande est-elle informée ? Oui  Non

**Nous vous rappelons que la transmission de ce document est réalisée dans le cadre des conditions d'échange et de partage d'informations de la méthode MAIA et du dispositif PAERPA.**

Présence du signaleur ou personne ressource souhaitée lors de la première visite ? Oui  Non

Précisez :

ORIENTATION DEMANDEE:	<i>(cadre réservé à l'administration)</i>	
<input type="checkbox"/> Gestion de Cas <input type="checkbox"/> CLIC / Réseau <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> CCAS/CIAS	<input type="checkbox"/> Inclusion <input type="checkbox"/> Réorientation Vers : Date :	Référents : <input type="text"/> Nom de la Structure :

## **Annexe 9 : Grille d'entretien**

### **Quels sont les atouts et les inconvénients du projet PARPA pour la pratique des médecins généralistes bordelais ?**

#### **I. Le professionnel et sa pratique**

1. Votre profession et votre mode d'exercice (avec date et lieu d'installation) ?
2. Votre âge ?
3. Quel est le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans dans votre patientèle ?
4. En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine ?
5. Quels sont vos modes de coordination et de communication avec les autres professionnels de santé, du social ou du médico-social ?
6. Quelles situations vous mettent le plus en difficulté concernant la prise en charge des personnes âgées ?

#### **II. Votre connaissance et utilisation du dispositif PAERPA**

1. Comment en avez-vous pris connaissance ?
2. Pour quelles raisons avez-vous adhéré au PAERPA ?
3. Depuis quand l'utilisez-vous ?
4. Combien de patients avez-vous inclus ?
5. Moyens d'inclusion de vos patients ? (A votre demande, contacté par la CTA ? ...)

#### **III. Votre opinion globale du dispositif PAERPA**

1. Êtes-vous satisfait du programme PAERPA ?
2. Est-ce un gain de temps dans votre pratique ?
3. Qu'est-ce que PAERPA vous a apporté dans votre pratique ?
  - Concernant la prise en charge de vos patients âgés
    - Médicale, sociale et médico-sociale

- Concernant votre travail avec les autres professionnels autour de la personne âgée
    - Professionnels de santé de proximité (PSP), travailleurs sociaux, hospitaliers, établissements médicaux sociaux
4. Quelles sont les contraintes ou les difficultés pour votre pratique liées à l'utilisation du PAERPA ?
  5. Quelles améliorations proposeriez-vous ?
  6. Comment évaluez-vous votre place dans ce dispositif ?
  6. Que pensez-vous de l'accompagnement pour l'utilisation du dispositif et de l'assistance technique ?
  7. Allez-vous poursuivre cette expérience ?
  8. Seriez-vous prêt à participer à un programme similaire pour d'autres catégories de patients ?

#### **IV. Votre opinion des différents outils PAERPA ?**

1. Quels outils ou action du PAERPA utilisez-vous dans votre pratique ? Pourquoi ?
2. Lesquels ne trouvez-vous pas adaptés dans ce dispositif ?

##### **➤ Grille de repérage de la fragilité**

1. Que pensez-vous de la grille de repérage de la fragilité PAERPA ?
2. Que vous apporte PAERPA pour le repérage de la fragilité chez vos patients âgées ?

##### **➤ La prévention des facteurs de risque d'hospitalisation (Chutes, iatrogénie, dénutrition, dépression)**

1. Que vous apporte PAERPA concernant ces facteurs de risque ?
  - Pour les identifier
  - Comme mesures de prévention, notamment d'éducation thérapeutique
2. Que pensez-vous des Formations sur le sujet ?

##### **➤ La Plateforme autonomie seniors**

Que pensez-vous de ce dispositif de coordination pour votre pratique ?

- Ces atouts, limites et améliorations possibles.
- Concernant la coordination avec l'hôpital, les établissements médico-sociaux, les PSP, les travailleurs sociaux

➤ **La Coordination Clinique de Proximité (CCP) et le Plan Personnalisé de Santé (PPS)**

1. Combien de PPS avez-vous réalisé et avez-vous été rémunéré ?
2. Comment ces 2 outils influencent-ils votre pratique concernant vos liens avec les acteurs de proximité ?
3. Quels sont leurs atouts et contraintes ?
4. Que pensez de la rémunération des plans personnalisés de santé ?

➤ **L'outil Globule-PAACO**

1. Que vous apporte-t-il dans votre pratique ?
2. Quels sont ses limites et les contraintes liées à son utilisation ?
3. Comment l'améliorez-vous ?

➤ **Que pensez-vous des outils suivants portés par les établissements de santé ?**

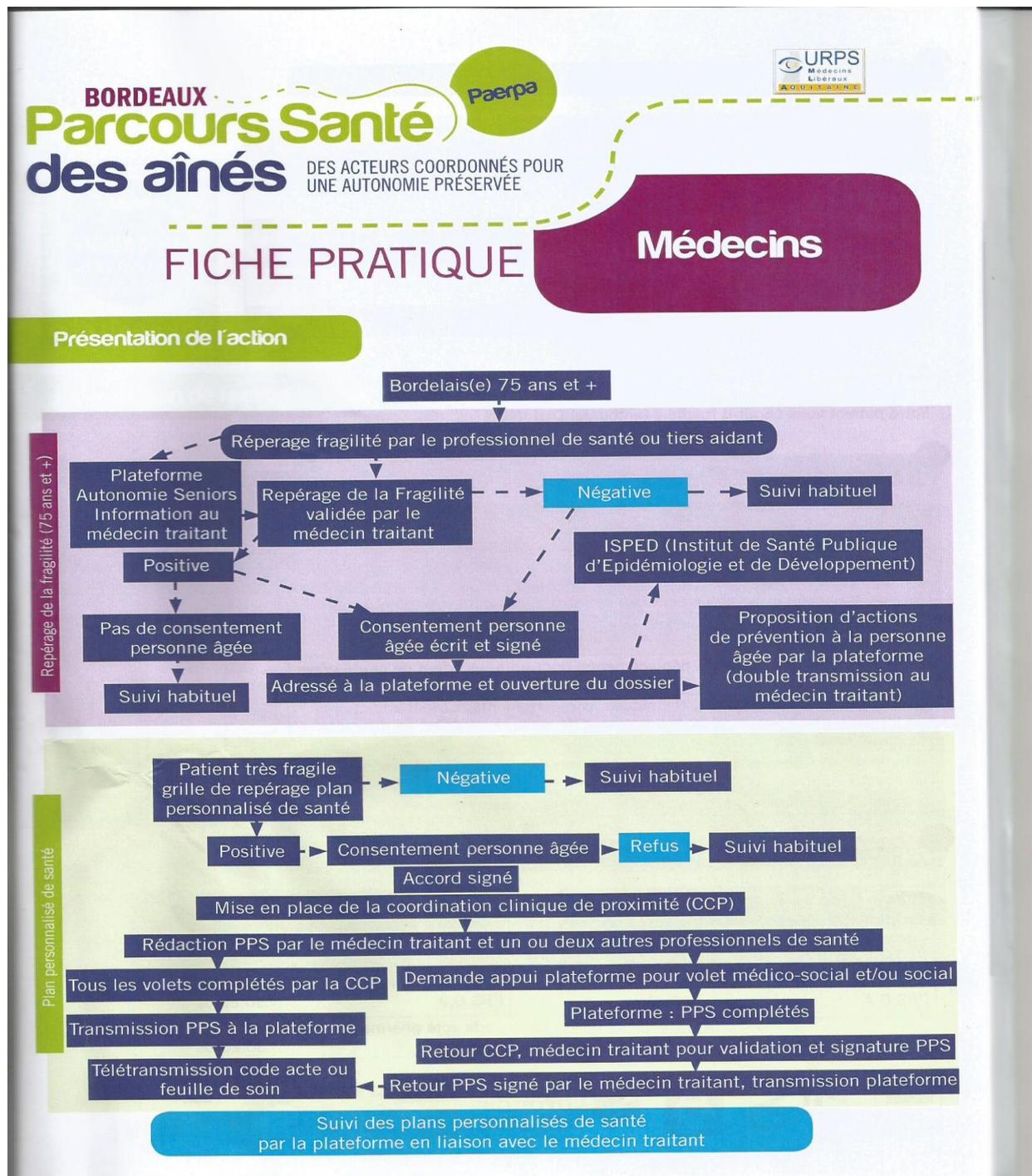
1. La permanence téléphonique gériatrique et l'équipe mobile de gériatrie dans la cité.
2. L'équipe urgence nuit

➤ **Que pensez-vous des dispositifs mis en place en EHPAD ?**

1. La téléconsultation en EHPAD
2. L'hébergement relais d'urgence en EHPAD
3. L'infirmière d'astreinte en EHPAD
4. L'EHPAD dans et hors les murs et la chambre d'accueil d'urgence

➤ **Que pensez-vous de l'équipe de soutien aux aidants ?**

**Annexe 10 : Processus d'inclusion et de prise en charge PAERPA. Informations à destination des médecins.**



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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





## RESUMÉ

**Le projet PAERPA sur le territoire de la ville de Bordeaux : étude qualitative auprès de médecins généralistes.**

**Introduction :** Le projet Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est un programme national qui vient en réponse aux enjeux médico-socio-économiques actuels et à venir. Il s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans, encore autonomes, mais dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons médicales et/ou sociales. Ses objectifs sont de repérer les personnes âgées fragiles et de prévenir la perte d'autonomie. Le médecin traitant a une place primordiale dans ce projet.

**Objectif :** Mettre en évidence et comprendre les avantages et les inconvénients du projet PAERPA pour la pratique des médecins généralistes bordelais.

**Matériel et méthode :** Etude qualitative auprès de médecins généralistes libéraux bordelais présentant des degrés d'implication divers dans le projet PAERPA. Recueil des données par entretiens semi-dirigés. Analyse des données manuelle suivant le modèle de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Quinze entretiens ont été réalisés. Les principaux avantages du projet PAERPA étaient l'amélioration de la prise en charge des patients âgés, grâce au soutien de la Plateforme autonomie sénior pour la prise en charge sociale et au soutien de l'unité d'évaluation gériatrique pour le suivi des malades complexes à domicile. Les outils numériques de communication n'étaient pas assez adaptés à la pratique des médecins. Les principaux inconvénients faisaient référence à la lourdeur administrative et aux procédures chronophages de ce programme dont l'organisation des Coordination clinique de proximité (CCP) et la rédaction des Plan personnalisé de santé (PPS).

**Conclusion :** L'opinion des médecins généralistes quant au projet PAERPA paraît nettement favorable. Malgré les nombreux avantages décrits, des compléments d'information et de formation ainsi que des améliorations concernant certains outils sont à apporter pour mieux impliquer les médecins généralistes dans ce projet.

---

## ABSTRACT

**The PAERPA project on the territory of the city of Bordeaux: qualitative study with general practitioners.**

**Introduction:** PAERPA (Seniors at Risk of Loss of Autonomy) is a national program that responds to current and future medico-socio-economic issues. It is aimed at people over 75, still autonomous, but whose autonomy is likely to deteriorate for medical and / or social reasons. Its objectives are to identify frail elderly people and prevent loss of autonomy. The attending physician has a primary role in this project.

**Objective:** To highlight and understand the advantages and disadvantages of the PAERPA project for the practice of general practitioners in Bordeaux.

**Material and method:** Qualitative study with liberal general practitioners in Bordeaux with varying degrees of involvement in the PAERPA project. Collection of data by semi-structured interviews. Manual data analysis following the model of anchored theorization.

**Results:** Fifteen interviews were conducted. The main advantages of the PAERPA project were the improvement in the care of elderly patients thanks to the support of the Senior Autonomy Platform in the social care and the support of the geriatric evaluation unit in the follow-up of complex patients at home. Digital communication tools were not sufficiently adapted to the practice of physicians. The main drawbacks referred to the administrative burden and the time-consuming procedures of this program, including the organization of the Clinical Coordination of Proximity (CCP) and the drafting of the Personalized Health Plan (PPS).

**Conclusion:** The opinion of general practitioners regarding the PAERPA project seems clearly favorable. Despite the many benefits described, additional information and training as well as improvements concerning certain tools are needed to better involve general practitioners in this project.

---

Thèse de Doctorat en Médecine  
Spécialité Médecine Générale

**Mots clés :** Projet PAERPA, Parcours de santé, Médecine générale, Fragilité, Perte d'autonomie Coordination en santé, Intégration en santé.

**Keywords :** PAERPA project, Path of health, General medicine, Fragility, Loss of autonomy Coordination in health, Integration in health.

---

Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux CEDEX





