



**HAL**  
open science

**Parcours santé des aînés “ PAERPA ”, une offre à disposition des médecins généralistes pour l’aide à la prise en charge du risque de perte d’autonomie du sujet âgé en ambulatoire : évaluation de la mise en œuvre de l’expérimentation dans le territoire est-héraultais**

Mounia Krimou

► **To cite this version:**

Mounia Krimou. Parcours santé des aînés “ PAERPA ”, une offre à disposition des médecins généralistes pour l’aide à la prise en charge du risque de perte d’autonomie du sujet âgé en ambulatoire : évaluation de la mise en œuvre de l’expérimentation dans le territoire est-héraultais. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02898129

**HAL Id: dumas-02898129**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02898129>**

Submitted on 13 Jul 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**Docteur en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**KRIMOU Mounia**

Le 05 Décembre 2019

Titre :

**« PARCOURS SANTE DES AÎNES « PAERPA », UNE OFFRE A  
DISPOSITION DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'AIDE A  
LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE DU  
SUJET AGE EN AMBULATOIRE.**

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE  
L'EXPERIMENTATION DANS LE TERRITOIRE EST-  
HERAULTAIS »**

Directeur de thèse : Docteur Chokri BOUBAKRI

**JURY**

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Dr LOGNOS Béatrice

Dr SERAYET Philippe

Dr BOUBAKRI Chokri

Membre invité : Pr JEANDEL Claude

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**Docteur en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**KRIMOU Mounia**

Le 05 Décembre 2019

Titre :

**« PARCOURS SANTE DES AÎNES « PAERPA », UNE OFFRE A  
DISPOSITION DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'AIDE A  
LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE DU  
SUJET AGE EN AMBULATOIRE.**

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE  
L'EXPERIMENTATION DANS LE TERRITOIRE EST-  
HERAULTAIS »**

Directeur de thèse : Docteur Chokri BOUBAKRI

**JURY**

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Dr LOGNOS Béatrice

Dr SERAYET Philippe

Dr BOUBAKRI Chokri

Membre invité : Pr JEANDEL Claude

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL François-Bernard
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Charles
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MION Henri
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	PELISSIER Jacques
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	POUGET Régis
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUECH Paul
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Henri
BAYLET René	JAFFIOL Claude	PUJOL Rémy
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RABISCHONG Pierre
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RAMUZ Michel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIEU Daniel
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	RIOUX Jean-Antoine
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROCHEFORT Henri
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROSSI Michel
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	ROUANET DE VIGNE
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	LAVIT Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SAINT AUBERT Bernard
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANCHO-GARNIER Hélène
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SEGNARBIEUX François
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SENAC Jean-Paul
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SERRE Arlette
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SIMON Lucien
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	SOLASSOL Claude
D'ATHIS Françoise	MICHEL Henri	THEVENET André
DEMAILLE Jacques		VIDAL Jacques
DESCOMPS Bernard		VISIÉ Jean Pierre
DIMEGLIO Alain		

## **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

## **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénérologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

#### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
DE VOS John – Cytologie et histologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie  
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
HAYOT Maurice - Physiologie  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

## **PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LONJON Nicolas - Neurologie  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques



RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

##### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

##### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

##### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

#### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire  
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique  
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion  
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie  
PUJOL Joseph-Anatomie  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

BERTRAND Martin-Anatomie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

#### **Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

#### **Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

#### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

#### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## Remerciements

Aux membres du jury :

**Aux Prs AMOUYAL et JEANDEL, au Dr LOGNOS et au Dr SERAYET,** merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Merci de l'intérêt que vous portez à ma thèse.

**Chokri,** merci de m'avoir accordé du temps pour me guider dans la réalisation de cette thèse malgré tes difficultés personnelles. Merci aussi de m'avoir formé durant mon passage à Balmès et de m'avoir transmis ton intérêt pour la prise en charge gériatrique.

**A l'équipe de la CTA/PAERPA,** merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail.

**A Maja et au Dr PICOT** du DIM du CHU de Montpellier, merci pour votre aide méthodologique et merci Maja pour ta disponibilité.

**A Claire,** pour ton soutien et ton aide pour ce travail !

Aux médecins qui m'ont inspiré : **Dr Monique Gonzales, Dr Muriel Briane, Dr Thierry Gaudin, Dr Claude Impens.**

**A Camille et Coline,** travailler avec vous à Balmès a été très enrichissant pour ma pratique professionnelle future, et c'est encore plus sympa de passer de bons moments ensemble en dehors du travail !

**A Léa,** pour ta présence depuis l'école primaire ! Merci pour ton écoute et tes conseils durant toutes ces années.

A mes amis de longues dates avec qui j'ai partagé les bancs de la fac : **Redha, Yoann (et Cécile), David, Guillaume, Loïc (et Alexandra),** mais aussi à mes nouveaux amis de l'internat : **La Team Carca, la Nugget's family, le gang de Boutonnlich,** merci pour tous ces bons moments passés ensemble !

**A ma famille**, merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mon parcours. Vous avez toujours été présents et m'avez rassurée dans mes nombreux moments de doutes durant ces longues années d'études. Je n'aurai pas pu réussir sans vous.

**Papa**, tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer et me donner le courage de me battre pour réussir. Notre réussite professionnelle a toujours été importante pour toi car plusieurs obstacles ont gêné la tienne. Durant ces difficiles années de médecine, je trouvais la force et le courage de tenir et d'avancer car pour moi, réussir c'était aussi pouvoir t'offrir une revanche sur la vie. Je te l'offre aujourd'hui Papa.

**Maman**, ta gentillesse, ton écoute, ta capacité à me rassurer (et tes bons petits plats !) m'ont permis de tenir le coup toutes ces années. Tu as toujours cru en moi, quelque que soit les difficultés que j'avais à affronter et ta confiance en moi inébranlable a été une immense source de force durant mes études. Je ne serais jamais assez reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi.

**Mamie**, je tiens la promesse que je t'ai faite étant petite « quand je serai grande, je serai docteur ! ». Je n'arrive pas à trouver les mots pour te remercier de tout ce que tu as fait pour Sarah, Younès et moi. Notre réussite à tous les 3 c'est grâce à toi. Tu es la femme la plus forte que je connaisse et tu es un modèle de courage pour moi. J'ai résisté à toutes ces années d'études en m'inspirant de ton exemple.

**Tata**, merci de m'avoir soutenue durant toutes ces longues années. Voir ma réussite à travers tes yeux m'a permis de prendre conscience du chemin parcouru et m'a aidé à prendre confiance en moi.

**Sarah**, ma petite sœur devenue docteur avant moi.

**Younès**, mon petit frère qui a bien grandi et dont la maturité m'impressionne. Notre complicité m'apporte beaucoup chaque jour.

A ma **belle-famille**, merci pour votre gentillesse et vos encouragements

A **Françoise** et à **La Nonna**, le souvenir de vos sourires m'accompagne ce jour.

Et enfin à **Kévin**, ta présence à mes côtés depuis toutes ces années, ton soutien infailible en toute circonstance, ta capacité à m'apaiser (et à me supporter !) en situation de crise, tes blagues pour me détendre, mais aussi ta tendresse et ton amour m'ont porté tout au long de ce cursus et de ma vie en général. Je ne te remercierais jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi, et je ne trouve pas de mots assez puissants pour te dire à quel point je t'aime.

# SOMMAIRE

---

Abréviations .....	17
I. INTRODUCTION .....	18
A. Contexte épidémiologique et économique .....	18
B. Gériatrie et médecine générale .....	19
C. Parcours de santé et Interprofessionnalité .....	20
D. Le dispositif parcours santé des PAERPA .....	22
1. Cahier des charges du Ministère de la santé .....	22
a) Gouvernance et Financement.....	22
b) Population cible .....	22
c) Objectifs .....	23
d) Principe du dispositif .....	23
2. PAERPA Est-Héraultais.....	26
a) Contexte démographique.....	26
b) Fonctionnement dans l’Hérault .....	26
c) Outils PPS.....	29
E. Premières analyses des expérimentations et question de recherche.....	32
II. MATERIEL ET METHODE .....	34
A. Objectif de l’étude .....	34
B. Choix et définition de la méthode .....	34
C. Population de l’étude .....	34
D. Recueil des données .....	35
E. Analyse des données .....	36
III. RESULTATS.....	37
A. Analyse de l’échantillon d’étude .....	37
1. Diagramme de flux des participants .....	37
2. Type de professionnels repérant .....	38
3. Caractéristiques des patients .....	38
4. Nombre de PPS rédigés au cours de notre étude .....	39
5. Caractéristique des PPS .....	39
B. Analyse des PPS.....	40
1. Analyse sur le critère de jugement principal .....	40
2. Résultats concernant les hospitalisations évitables.....	41
3. Atteinte des objectifs par problématique.....	41
a) Problématique sociale .....	41
b) Problématique liée aux troubles locomoteurs et aux chutes .....	42
c) Problématique liée aux troubles de l’humeur/cognitif.....	44
d) Problématique nutritionnelle .....	46



e)	Problématique liée aux médicaments .....	47
4.	Freins à la réalisation des objectifs à 12 mois.....	48
5.	Analyse des causes de refus .....	48
a)	Lien entre troubles cognitifs et refus.....	48
b)	Lien entre objectifs proposant une adaptation de l'habitat et refus .....	48
c)	Lien entre prise en charge sociale et refus .....	49
d)	Lien entre nombre d'objectifs fixés à M0 et refus .....	49
IV.	DISCUSSION .....	50
A.	Validité de l'étude .....	50
1.	Forces de l'étude .....	50
2.	Limites de l'étude .....	50
B.	Les résultats principaux .....	51
1.	Concernant la population d'étude.....	51
2.	Une expérimentation prometteuse .....	51
C.	Contenu des PPS.....	52
1.	La prise en charge sociale, une réelle aide pour la patient .....	52
2.	La prévention de la iatrogénie : point faible de l'expérimentation ?.....	53
a)	Comparaison avec d'autres territoires pilotes PAERPA .....	53
b)	Perspectives pour le territoire Est-Héraultais.....	54
3.	Les troubles locomoteurs et les chutes : la problématique prépondérante dans notre échantillon.....	55
4.	La prise en charge nutritionnelle : plus-value de l'évaluation dentaire.....	57
5.	La prise en charge des troubles cognitif et de l'humeur.....	58
6.	Une évolution d'atteinte des objectifs entre 6 et 12 mois .....	59
7.	Le refus, un frein pouvant être levé avec l'aide du médecin traitant ? .....	60
a)	Refus et troubles locomoteurs .....	60
b)	Refus et troubles cognitif.....	61
c)	Refus et nombre d'objectifs fixés à M0 .....	62
D.	Le PPS : un réel outil de coordination pour les médecins généralistes ? .....	63
V.	CONCLUSION .....	65
	BIBLIOGRAPHIE .....	66
	ANNEXE 1 : le territoire Est-Héraultais .....	70
	ANNEXE 2 : Questionnaire HAS d'aide à la décision d'initier un PPS .....	71
	ANNEXE 3 : Fiche d'aide à l'orientation des personnes âgées.....	72
	ANNEXE 4 : Check list d'aide à l'identification des priorités des professionnels .....	74
	ANNEXE 5 : Modèle PPS .....	75
	ANNEXE 6 : Résumé du parcours de santé des ainé PAERPA .....	75
	ANNEXE 7 : Fiche de consentement .....	76
	ANNEXE 8 : Contenu des PPS .....	78

## **Abréviations**

---

ALD : affection longue durée

APA : allocation personnalisée autonomie

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : centre communal d'action sociale

CCP : coordination clinique de proximité

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CTA : coordination territoriale d'appui

EPHAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : équipe spécialisée autonomie

INSEE : institut national de statistique et d'études économiques

IRDES : institut de recherche de documentation en économie de la santé

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MSP : maison de santé pluri-professionnelle

OMS : organisation mondiale de la santé

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PFS 34 : prévention fragilité séniors 34

PSL : professionnels de santé libéraux

PPS : plan personnalisé de santé

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

# I. INTRODUCTION

---

## A. Contexte épidémiologique et économique

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Toujours selon l'OMS, les personnes sont âgées à partir de 60 ans (1).

Le vieillissement de la population française ne cesse de croître ces dernières années. En effet au 1<sup>er</sup> Janvier 2018, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 19.6% de la population française, contre 15.5% de la population il y a 20 ans (2). D'après les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 65 ans ou plus va passer à près de 19,6 millions en 2060, leur poids augmentant de 18,4% aujourd'hui pour atteindre plus d'une personne sur quatre en 2060 (3).

L'augmentation de l'espérance de vie est à l'origine d'une augmentation du nombre de poly-pathologie, on estime, en effet, qu'entre 40% et 70% des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies (3) qui peuvent elles-mêmes provoquer des situations de dépendance et de perte d'autonomie.

Selon le Collège des enseignants de gériatrie, l'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement.

La perte d'autonomie se substitue à la définition de dépendance et correspond à 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).

En 2015, la France comptait 2,5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie, soit 15,3 % des personnes de 60 ans ou plus (5). Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (5). En ce qui concerne le Languedoc Roussillon,

la population gériatrique dépendante va augmenter pour atteindre 89 300 personnes en 2030 selon les projections de l'INSEE (6).

L'augmentation du nombre de poly-pathologie est également responsable d'une augmentation de la consommation de soins, avec en moyenne des dépenses de soins de ville remboursées par l'Assurance Maladie qui sont de 3 000 € par an et par personne pour les personnes de 75 ans ou plus (3), mais également une augmentation du recours aux passages aux urgences. À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25% des motifs de recours et les problèmes cardio-vasculaires 17%. Les recours en traumatologie des personnes âgées sont liés aux chutes qui constituent 18% des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus (3).

## **B. Gériatrie et médecine générale**

Au-delà de 75 ans, avoir au moins une visite annuelle chez un généraliste est la norme, puisqu'en 2010, 92% de ces patients l'ont consulté au moins une fois. En moyenne, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont recours au généraliste 8 fois dans l'année (3).

Les 10% de personnes ayant le plus recours à des visites de médecins généraliste à domicile en ont reçu en moyenne 17 dans l'année (3).

Les personnes âgées correspondent et correspondront donc à une grande proportion des patients d'un médecin généraliste, d'autant plus que le médecin traitant est l'acteur principal de la prise en charge des sujets âgés de part sa connaissance du patient et de son environnement de vie, de sa capacité de suivi et de son rôle dans le parcours de soins du patient (7).

Cependant, la prise en charge des patients gériatriques en ambulatoire est difficile pour les seuls médecins généralistes. Compte-tenu du contexte de poly-pathologie, il est nécessaire d'avoir recours à plusieurs professionnels de santé pour une prise en charge optimale du patient car :

- La prise en charge d'une poly-pathologie ne se résume pas à l'addition de monopathologies.
- La présentation clinique des pathologies est différente.
- Le nombre de maladies concomitantes est plus élevé :

- La polymédication, souvent nécessaire, est plus importante, le risque iatrogène aussi.
- Le nombre d'intervenants est plus élevé, avec un risque de fragmentation des soins, et la nécessité d'assurer la continuité des soins et leur coordination. (7)

De plus, le soin à la personne âgée ne se limite pas à la gestion de problèmes somatiques ; il est nécessaire d'avoir une prise en charge globale en prenant en compte les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux, car ses facteurs sont intriqués et interdépendants: la polypathologie doit être considérée dans le contexte de la personne (7).

Il semble logique d'attribuer au médecin généraliste le rôle de coordination entre les différents acteurs aux services du patient, mais ce rôle peut être difficile à assumer sur le terrain en raison de l'absence de temps, de connaissance approfondie des services existants, l'absence de valorisation du temps consacré à la coordination par une rémunération suffisante et du manque de coordination avec l'hôpital. (7)

De ce fait, ce manque de connaissances et de coordination entre les différents acteurs peut obliger les médecins généralistes à orienter les personnes âgées en situation de « crise » (tels qu'une chute ou un épuisement familial) vers les services des urgences, malgré le risque de décompensation de maladies chroniques pouvant aboutir à une perte d'autonomie progressive. En effet, la part des séjours non programmés passe de 31,3% chez les 65-74 ans à 60,2% chez les 85 ans ou plus. Ce pourcentage continue de progresser d'année en année depuis 2010, témoignant peut-être d'une organisation d'amont défaillante (3).

### **C. Parcours de santé et Interprofessionnalité**

Devant ce constat de manque de coordination entre les différents professionnels, les pouvoirs publics tentent de résoudre ce problème en mettant en avant la médecine de parcours (8). En effet, dans la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, la médecine de parcours a pour objectif « *d'assurer une meilleure articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit à la fois de lutter contre le renoncement aux soins et les ruptures de prise en charge ou d'observance thérapeutique et de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne* »(9).

On retrouve également cette importance du parcours de santé chez la personne âgée dans le rapport grand âge et autonomie de mars 2019 : « *L'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie se caractérise par le nombre et la variété des intervenants (aide à domicile, aide-soignant, infirmier, médecin, travailleur social, kinésithérapeute, etc.). La coordination des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux autour de la personne est indispensable à la fluidité des parcours et à la simplification des démarches. La prise en charge de la personne âgée doit donc être repensée à travers le nouveau paradigme du parcours* »(10).

On peut donc faire appel au concept d'interprofessionnalité qui se définit comme les « *processus et modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différentes d'échanger, et éventuellement de mettre en commun, des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté (diagnostic situationnel médico-social, décision de prise en charge, élaboration d'un document de référence...).* Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentation et de valeurs compatibles permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. »(11).

Le ministère de la santé et des affaires sociales dans son rapport de Janvier 2013 soulignant la difficulté de perte d'autonomie inhérente à la population gériatrique, ainsi que les difficultés des coordinations entre les différents professionnels, a mis en place sur 14 territoires pilotes une expérimentation pour pallier à ce problème de santé publique : Parcours santé des aînés : PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie)(12).

## **D. Le dispositif parcours santé des PAERPA**

### **1. Cahier des charges du Ministère de la santé (11)**

#### **a) Gouvernance et Financement**

La gouvernance de l'expérimentation du dispositif PAERPA est assurée par l'ARS de la région concernée.

Les financements nécessaires à la coordination, au pilotage et au suivi des expérimentations proviennent de la dotation spécifique du fonds d'intervention régional prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, mis à disposition des ARS.

Le financement des prestations sociales et de soins s'appuie sur les financements existants afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées (télémédecine, réseaux, MAIA, équipes mobiles gériatriques, etc.) ainsi que sur les prestations qui les concernent (prise en charge hospitalière et médico-sociale SSIAD, EHPAD, SAAD), ainsi qu'autres prestations financées par les conseils généraux via l'APA ou, les caisses de retraite.

#### **b) Population cible**

Le dispositif PAERPA, comme son nom l'indique, s'adresse aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie et recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social.

En effet, selon l'assurance maladie :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie ;
- 57 % sont en affection de longue durée (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 trois fois par an (6)

### c) Objectifs

Les objectifs de ce dispositif sont :

- Maintenir l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel.
- Evaluer la fragilité.
- Optimiser la coordination entre les acteurs dans le parcours de santé.
- Prévenir les risques d'hospitalisations liés à 4 facteurs principaux : les chutes, la dépression, la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse.

### d) Principe du dispositif

Le dispositif des projets-pilotes se caractérise par la mise en place de plusieurs niveaux de coordination distincts : la coordination clinique de proximité, la coordination territoriale d'appui et la mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux autour du suivi.

#### (a) La coordination clinique de proximité (CCP)

Elle est au cœur du dispositif PAERPA. Elle rassemblera, sous l'égide du médecin traitant qui aura la charge de l'organiser, un infirmier (libéral ou coordinateur de services de soins infirmiers à domicile-salarié des SSIAD, centres de santé et SPASAD), un pharmacien d'officine et, le cas échéant, un ou plusieurs autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute par exemple). Les professionnels de santé regroupés dans la coordination clinique de proximité sont ceux qui sont en charge de la personne, dans le respect du libre choix de son praticien par le patient.

L'objectif de cette coordination clinique de proximité est double :

- soutenir autant que possible la personne âgée à domicile ;
- limiter son recours inapproprié à l'hôpital en urgence en améliorant les pratiques autour de quatre facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées : les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression, et les chutes.



A cette fin, la coordination clinique de proximité, sous la responsabilité du médecin traitant, aboutit à l'élaboration d'un **Plan Personnalisé de Santé** (PPS). (cf infra)

#### Rôle du médecin généraliste au sein de la CCP :

- Organiser et piloter la CPP
- Piloter la production du PPS et le valider
- Formaliser le volet soins du PPS
- Suivre la mise en œuvre du PPS
- Piloter les réévaluations du PPS
- Mettre en œuvre une éducation thérapeutique personnalisée
- Organisation de réunions de coordination pluri professionnelles autour du PPS
- Echange d'informations synthétiques, organisées et structurées

Les professionnels de la CCP reçoivent une rémunération pour leur participation à l'élaboration du PPS, la réalisation des actions et le suivi de la mise en œuvre du PPS. Le PPS est rémunéré sur une base forfaitaire de 100€ répartie entre les professionnels impliqués.

#### (b) La coordination territoriale d'appui (CTA)

Celle-ci repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (centres locaux d'information et de coordination-CLIC, réseaux, filières, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie - MAIA).

Elle n'intervient que sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants, elle soutient les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiliser.

La coordination territoriale d'appui est chargée, en s'appuyant sur les ressources existantes du territoire, d'assurer les fonctions suivantes :

- Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire

- Information sur les personnes âgées en risque de perte d'autonomie : sous réserve de l'accord exprès des personnes, elle recense les noms et les coordonnées des acteurs des coordinations cliniques de proximité des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire et peut les communiquer pour éviter une rupture de la prise en charge
- Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs d'appui sociaux qui réalisent toutes les démarches administratives nécessaires et participent, à ce titre, au plan personnalisé de santé
- Activation de l'expertise gériatrique, en s'appuyant sur des coordinateurs sanitaires, pour élaborer, lors d'une visite à domicile, le projet personnalisé de santé sur saisine ou en absence de la coordination clinique de proximité, et optimiser le recours à la filière gériatrique
- Activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs.

(c) Etablissement de santé et médico-sociaux

Dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes en risque de perte d'autonomie, les établissements s'engagent à :

- Repérer les patients de plus de 75 ans, en perte d'autonomie avant l'hospitalisation ou à risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation ce repérage doit avoir lieu à l'admission ou au plus tard avant la 24<sup>ème</sup> heure d'hospitalisation.
- Evaluer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie par une évaluation gériatrique Cette évaluation alimentera le compte rendu d'hospitalisation et le plan personnalisé de santé.
- Réduire le risque iatrogénique médicamenteux à l'admission, pendant et à la sortie de l'établissement de santé. Cela peut se traduire par la mise œuvre de la conciliation médicamenteuse et la transmission des décisions thérapeutiques au médecin traitant

Pour améliorer la sortie, les établissements devront repérer rapidement les besoins de la personne pour un retour à domicile optimal. Pour se faire, ils s'engagent à identifier dès l'admission et au plus tard à la 48ème heure d'hospitalisation, les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges.

Une fois, cette identification réalisée, les établissements transmettent les informations permettant de préparer la sortie des patients aux acteurs du domicile 48 heures avant la sortie. Ceci permet à la coordination clinique de proximité de formaliser ou de compléter le plan personnalisé de santé, par un contact avec le médecin traitant ou l'infirmière coordinatrice ville-hôpital de la CTA.

## **2. PAERPA Est-Héraultais**

### **a) Contexte démographique**

Le territoire Est-Héraultais couvert par le dispositif PAERPA mis en place en septembre 2017 est identique au territoire MAIA. Il comprend 11 cantons avec 58 communes sur un territoire de 797 km<sup>2</sup> (14% de l'Hérault). (Annexe 1)

Le bassin de population est de 518 701 habitants (47% de l'Hérault), dont 106 752 habitants de plus de 60 ans soit 20 %, dont 71 436 habitants entre 60 ans et 74ans, et 40 052 habitants de plus de 75 ans, 37% personnes en ALD (13).

### **b) Fonctionnement dans l'Hérault (14)**

Le projet PAERPA est porté par l'association PFS 34 (prévention fragilité séniors) et le CHU de Montpellier, et piloté par l'ARS Occitanie.

PFS 34 a été créée par les 11 SSIAD du territoire. Cette structure avait déjà des actions visant la prévention de la perte d'autonomie des seniors.

La coordination territoriale d'appui (CTA) du territoire est l'union de la MAIA Est-héraultaise et du PAERPA Est-héraultais.

La MAIA Est-héraultaise est dédiée à la gestion de cas complexes, chez les patients cumulant une perte d'autonomie fonctionnelle et décisionnelle associée à une problématique médico-sociale complexe (isolement familial, troubles cognitif avancés, problèmes financiers importants...)

Devant une situation de perte d'autonomie, tous les professionnels de santé prenant en charge le patient peuvent solliciter la CTA via un numéro de téléphone unique et via une adresse mail unique pour les 2 dispositifs.

En sollicitant la CTA, il existe plusieurs possibilités :

- Information, orientation des personnes âgées et des professionnels
- Appui aux professionnels de santé
- Appui aux établissements de santé privés et publiques
- Accompagnement de type « PAERPA »
- Accompagnement de type gestion de cas MAIA

#### (a) Population cible

- Personnes de plus de 60 ans (Critère d'âge retenu dans un souci de cohérence avec le public concerné par la gestion de cas MAIA)
- Personnes résidant sur le territoire d'intervention, à domicile et dont le projet est le maintien à domicile
- Personnes acceptant l'intervention des ergothérapeutes coordinatrices à domicile

#### (b) Composition équipe PAERPA

L'équipe PAERPA est composée de :

- 2 gériatres, dont un coordinateur
- 1 dentiste
- 3 coordinatrices ergothérapeutes
- 1 cadre ergothérapeute
- 1 IDE ville-hôpital
- 2 secrétaires

### (c) Dispositifs dérogatoires (15)

Sur le territoire Est-Héraultais, il est possible dans le cadre de ce dispositif d'avoir accès à une prestation de réadaptation à domicile et à un hébergement temporaire en EPHAD.

- La prestation de réadaptation correspond à l'intervention à domicile d'un ergothérapeute sur plusieurs séances chez des patients présentant des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Cette action contribue à maintenir la personne âgée à domicile et à la faire évoluer dans un environnement sécurisé.

Après évaluation de la situation, l'accompagnement par l'ergothérapeute permet :

- de maintenir l'indépendance et l'autonomie des personnes suivies autant à leur domicile qu'en dehors de ce dernier,
- de prévenir les risques de chute,
- d'accompagner les aidants,
- de faciliter les interactions sociales.

- Le dispositif hébergement temporaire PAERPA consiste à sécuriser la sortie d'hospitalisation et vise à :

- Réduire la durée d'hospitalisation,
- Préparer le retour à domicile avec la famille ou les proches, et les intervenants du domicile,
- Réaliser les adaptations nécessaires au retour à domicile.

Deux places sont dédiées à sa mise en œuvre dans le territoire Est-Héraultais.

Elle s'adresse aux patients de plus de 75ans en sortie d'hospitalisation et ayant un objectif de retour à domicile et aux personnes aidées si celles-ci se trouvent seules pendant l'hospitalisation programmée de son aidant familial

c) Outils PPS

Il s'agit d'un document qui résume la situation sociale du patient, son état de santé et les problèmes en cours ; il présentera un plan d'action d'aides et de soins avec des indicateurs précis de suivi pour chaque acteur et une date de réévaluation.

Il sera piloté par le médecin traitant et son élaboration nécessite une évaluation de l'état de santé lors d'une visite à domicile (16).

Il peut en être directement à l'origine, mais le PPS peut être aussi initié par un acteur quel qu'il soit, avec son accord.

Le repérage des patients pouvant bénéficier d'un PPS se fait selon un questionnaire standardisé rédigé par la HAS comportant 6 questions (annexe 2)

Une réponse positive à une seule de ses questions suffit pour déclencher une évaluation.

Le professionnel ayant repéré une fragilité contacte la CTA et leur envoie une fiche d'aide à l'orientation des personnes âgées (Annexe 3) résumant brièvement les problématiques du patient.

Une fois la sollicitation reçue par la CTA, la coordinatrice contacte le médecin traitant du patient pour l'informer de la demande et obtenir son accord pour une évaluation à domicile du patient.

**Ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du PPS ne peuvent avoir lieu sans la participation du médecin traitant. (16)**

Une fois l'accord du médecin traitant obtenu, une évaluation est réalisée au domicile du patient. Celle-ci est réalisée par un ergothérapeute coordinateur et/ou un gériatre si le patient présente une difficulté d'accès aux soins pour diverses raisons.

Il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle se basant sur les échelles connues de l'évaluation gériatrique standardisée :

- Renseignements sociaux et budgétaires
- Renseignements médicaux et paramédicaux
- Habitudes de vie et centres d'intérêt
- Evaluation de l'état psycho-affectif : **MINI-GDS**
- Fardeau de l'aidant : **Grille MINI-ZARIT**
- Etat cognitif : **Test de Benton, 5 Mots de Dubois, Test de l'Horloge**
- Evaluation de l'état nutritionnel : **MNA**
- Evaluation de l'état dentaire : **score GOHAI**
- Autonomie : **AVQ, IAVQ**
- Mobilité : **Test de l'appui Unipodal**
- Environnement / logement
- **Echelle graduée mesurant l'Etat de Santé** ressenti
- Recueil des coordonnées et modalités d'intervention de l'entourage professionnel et non professionnel
- Attentes et priorités du patient

Une fois ces informations obtenues, elles sont confrontées à une check-list d'identification des priorités rédigée par la HAS (Annexe 4).

Le PPS peut alors être proposé au patient, en accord avec le médecin traitant qui le valide, puis rédigé par le coordinateur en lien éventuellement avec le médecin gériatre et le chirurgien-dentiste au sein du local de la CTA.

Il comprendra les différentes problématiques recensées, les objectifs fixés pour répondre aux problématiques, les actions à réaliser pour atteindre l'objectif, les intervenants impliqués et les critères d'atteinte des résultats (annexe 5).

Après validation du PPS par le médecin traitant, le patient signe une fiche de consentement autorisant la diffusion du PPS à l'ensemble des professionnels le prenant en charge.

La réalisation des objectifs fixés est sous la responsabilité du médecin traitant, avec l'aide de la CTA.

Le suivi des PPS est réalisé par les coordinateurs avec dans un 1<sup>er</sup> temps un point étape à 6 mois, sous forme d'un appel téléphonique qui va rechercher :

- La réalisation ou non des objectifs fixés
- Les freins à la réalisation des objectifs avec informations et aides à la réalisation des objectifs si besoin
- Si la personne a été hospitalisée ou a chuté.

Le suivi à un an est réalisé par une visite à domicile qui va rechercher :

- La réalisation ou non des objectifs fixés
- Les freins à la réalisation des objectifs
- Si la personne a été hospitalisée ou a chuté
- Les suites à données selon le souhait du patient et de médecin traitant : fin d'accompagnement ou rédaction d'un nouveau PPS (annexe 6)



## **E. Premières analyses des expérimentations et question de recherche**

Le dispositif PAERPA est déployé depuis 2014 dans 14 territoires pilotes et depuis septembre 2017 dans le territoire Est-Héraultais.

Au niveau national, 7 558 PPS ont été validés entre décembre 2014 et décembre 2017, ce qui témoigne d'une forte appropriation de cet outil par les professionnels (17).

En effet, l'enquête menée par les ARS des différents territoires auprès des médecins libéraux révèle que l'outil PPS permet entre autre :

- Un enrichissement de la prise en charge, une vigilance accrue des professionnels avec par conséquent une prise en charge plus globale du patient,
- Une traçabilité renforcée de la prise en charge permettant un gain de temps dans la prise en charge et une sécurisation dans la prise en charge médicale et médico-sociale (18).

Le PPS semble donc être un excellent outil pour la prise en charge du patient et la coordination des acteurs autour du patient. Cependant, un travail de thèse réalisé en 2016 pour analyser les freins à l'utilisation du dispositif PAERPA en région Bourgogne a soulevé une inquiétude des médecins généralistes sur cet outil : la rédaction et l'utilisation de l'outil PPS n'a pas d'intérêt si les actions ne sont pas réalisées (19).

Par ailleurs, il existe davantage de données sur le ressenti des professionnels que sur le contenu réel des PPS et son impact sur la prise en charge des patients (20).

Il existe néanmoins une évaluation de l'impact du dispositif parcours santé des aînés PAERPA qui a été réalisée par l'IRDES entre 2015 et 2016. Cette étude a mesuré l'impact du dispositif de façon globale sur des critères de soins primaires sans prendre en compte les détails des PPS ni analyser le degré d'atteinte des objectifs.

Cette étude a révélé que l'impact moyen de l'expérimentation n'était pas significatif au niveau national en ce qui concerne le recours à l'hôpital et la polymédication. Cependant, elle a montré une disparité au niveau territorial sur ces critères de soins primaires :

- dans les territoires PAERPA d'Aquitaine et du Nord-Pas-de-Calais il y a eu une baisse significative dès 2015 de la polymédication

- On constate aussi un impact significatif de PAERPA dans le Nord-Pas-de-Calais pour réduire la prescription inappropriée

- dans les territoires Midi-Pyrénées et Bourgogne, on constate un impact significatif de PAERPA à partir de 2016, en termes de réduction des hospitalisations non programmées (21).

A ce jour, il n'y a pas eu de publications sur l'évaluation du dispositif Est-héraultais, et notamment sur la mise en œuvre des PPS.

Nous allons donc dans ce travail, évaluer le degré d'atteinte des objectifs lors de la mise en œuvre des PPS dans le territoire Est-Héraultais dans le cadre de l'expérimentation parcours santé des PAERPA pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes fragiles âgées de plus de 60 ans vivant à domicile

## **II. MATERIEL ET METHODE**

---

### **A. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'évaluer la mise en œuvre du dispositif PAERPA dans la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60ans et plus sur le territoire Est-Héraultais.

Pour répondre à cet objectif, nous avons vérifié que les objectifs fixés en accord avec le médecin traitant par le biais du PPS étaient atteints à 6 mois et à 1 an de suivi.

Les objectifs secondaires étaient :

- Décrire le profil des professionnels adresseurs
- Analyser l'âge des personnes âgées chez qui un PPS avait été réalisé
- Analyser le nombre d'objectifs par PPS
- Analyser les raisons des échecs des PPS
- Mesurer le nombre d'hospitalisations non programmées chez les patients ayant eu un PPS

### **B. Choix et définition de la méthode**

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive monocentrique à partir d'une cohorte fermée à inclusion rétrospective, avec suivi prospectif. Une étude descriptive sert à analyser les variables individuelles d'une population. Ce type d'étude est indiquée lorsqu'il n'existe pas encore de données scientifique sur un sujet (22).

Nous avons analysé les PPS réalisés à l'issue de l'orientation des patients vers PAERPA après sollicitation auprès de la CTA.

### **C. Population de l'étude**

La population de l'étude correspondait à l'ensemble des personnes âgées de 60ans et plus vivant sur le territoire Est-Héraultais et présentant un risque de perte d'autonomie.

## **D. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé entre septembre 2017 et Avril 2019. Les patients ont été inclus après contact de la CTA par appels téléphonique ou mails et après avoir été orienté vers un accompagnement de type PAERPA. Ils ont été inclus entre septembre 2017 et Avril 2018 et ont été suivi jusqu'en Avril 2019.

Les critères d'inclusions étaient :

- Personne âgée de 60ans ou plus vivant sur le territoire Est-héraultais ayant eu un PPS validé par le médecin traitant
- Personne âgée vivant à domicile

Les critères d'exclusions étaient :

- Personne âgée dont la sollicitation a été réalisée durant une hospitalisation
- Patient dont le PPS a été refusé par le médecin traitant ou le patient
- Patient ayant refusé le partage d'informations personnelles.

Le recueil des données à été réalisé à partir de la base de données anonymisée de la CTA.

Cette base de données a été constituée après avoir obtenu le consentement signé des patients pour le stockage et l'utilisation des données informatiques les concernant (Annexe 7).

Pour ce travail, un tableau Excel a été créé, en prenant en compte les objectifs de PPS centrés sur les 4 principaux facteurs de risques d'hospitalisation mis en évidence par le ministère de la santé : iatrogénie médicamenteuse, troubles locomoteurs et chute, dénutrition et enfin troubles cognitifs et de l'humeur.

Les informations recueillies sont :

- Type de professionnels adresseurs
- Age du patient
- Date de rédaction du PPS
- La nature des objectifs fixés à M0
- L'atteinte des objectifs à M6 et M12
- Les freins à la réalisation des objectifs

- La survenue d'une hospitalisation non programmée ou une chute durant le suivi
- La rédaction ou non d'un nouveau PPS à l'issue des 12 mois de suivi.

Le contenu des PPS est décrit dans l'annexe 8.

## **E. Analyse des données**

L'analyse statistique a été réalisée en collaboration avec le département d'information médicale (DIM) du CHU de Montpellier.

Le taux de réalisation de chaque objectif a été calculé pour le groupe de patients qui a choisi cet objectif à M0. Tous les résultats possibles ont été pris en compte et nous avons répertoriés dans chaque catégorie les données pour lesquelles nous n'avons pas pu conclure à l'échec ou à l'atteinte des objectifs (« En attente », « En cours », « Plus prioritaire » et « Plus adapté »).

Les résultats suivants ont été considérés comme des échecs : « Manque de temps », « Manque de coordination », « Refus », « Frein économique », « Aggravation », « EHPAD » et « Renoncement ».

Pour expliquer les échecs d'atteinte des objectifs des PPS, nous nous sommes intéressés aux refus des préconisations par les patients. Nous avons recherché une association entre le refus et certaines caractéristiques initiales des patients : nombre d'objectifs fixés par PPS, prise en charge sociale, troubles cognitifs, objectifs provoquant une modification de l'habitat.

L'association entre le refus à la réalisation des objectifs et les caractéristiques des patients au début d'étude (notamment les objectifs fixés à M0) a été présentée par pourcentages des patients dans chaque condition.

Pour comparer les variables quantitatives le test du Khi-2 a été utilisé.

L'association entre le nombre d'objectifs fixés au départ et le refus a été étudiée par les tests de Wilcoxon et de Mann Whitney, car la distribution des données n'était pas gaussienne.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS® Version 7.12 HF4.

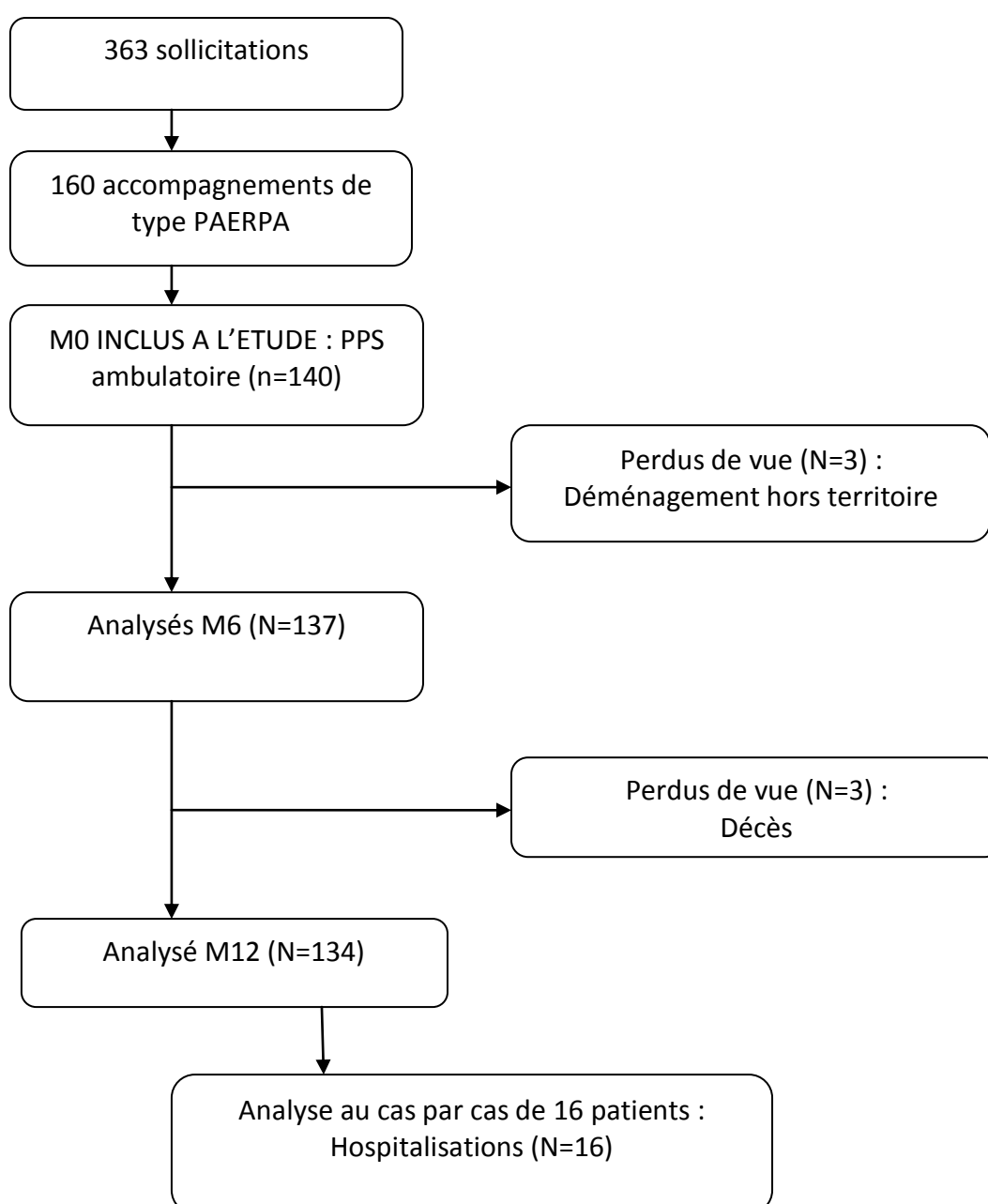
### III. RESULTATS

---

#### A. Analyse de l'échantillon d'étude

Durant la période d'inclusion, 363 sollicitations ont été réalisés auprès de la CTA. Parmi ces sollicitations, 160 ont abouti à une orientation vers un accompagnement PAERPA et 140 PPS ont été réalisés pour des patients en ambulatoire.

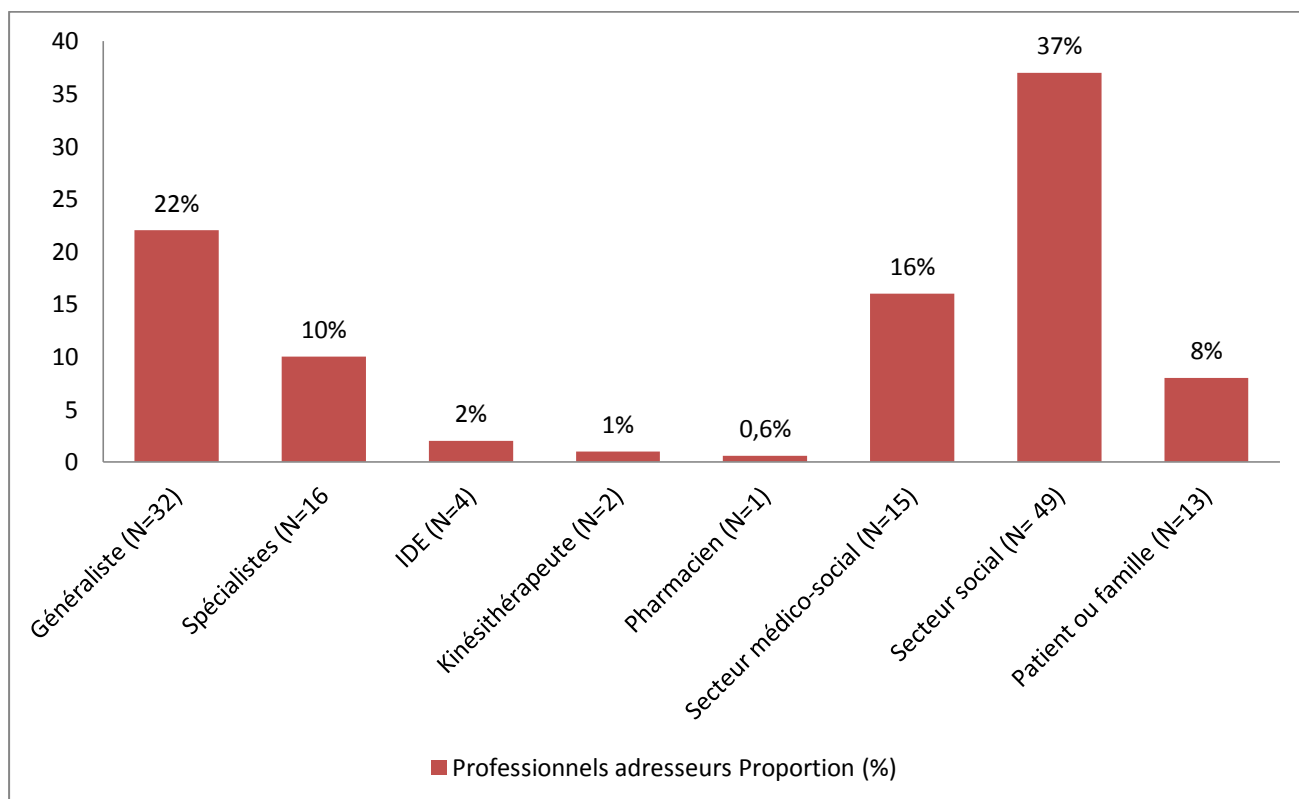
##### 1. Diagramme de flux des participants



## 2. Type de professionnels repérant

Tous les professionnels travaillant auprès du patient peuvent solliciter la CTA devant une situation de risque de perte d'autonomie.

Nous avons répertorié ici les professionnels adresseurs dans notre échantillon :



Secteur médico-social : SSIAD, ESA

Secteur social : assistante sociale, CCAS, MAIA, CARSAT, mandataire judiciaire

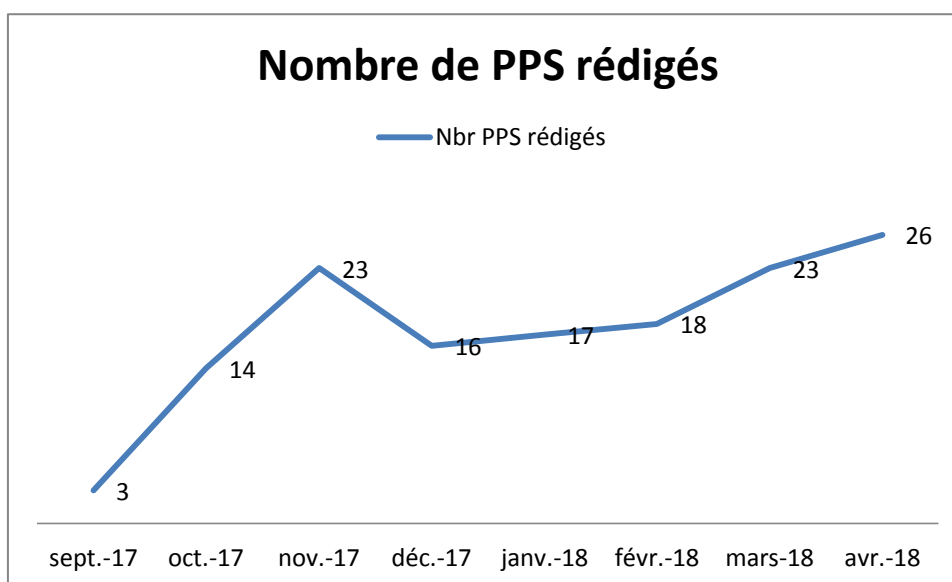
Spécialistes : gériatres, neurologues

## 3. Caractéristiques des patients

Dans notre échantillon, la **moyenne d'âge est de 79.5 ans et la médiane est de 81ans. L'écart-type est de 8.8.**

Tranche d'âge (ans)	Effectifs (n), [proportion %]
[60 ; 70]	21 [15%]
[70 ; 80]	40 [28%]
[80 ; 90]	63 [45%]
> 90	16 [11%]

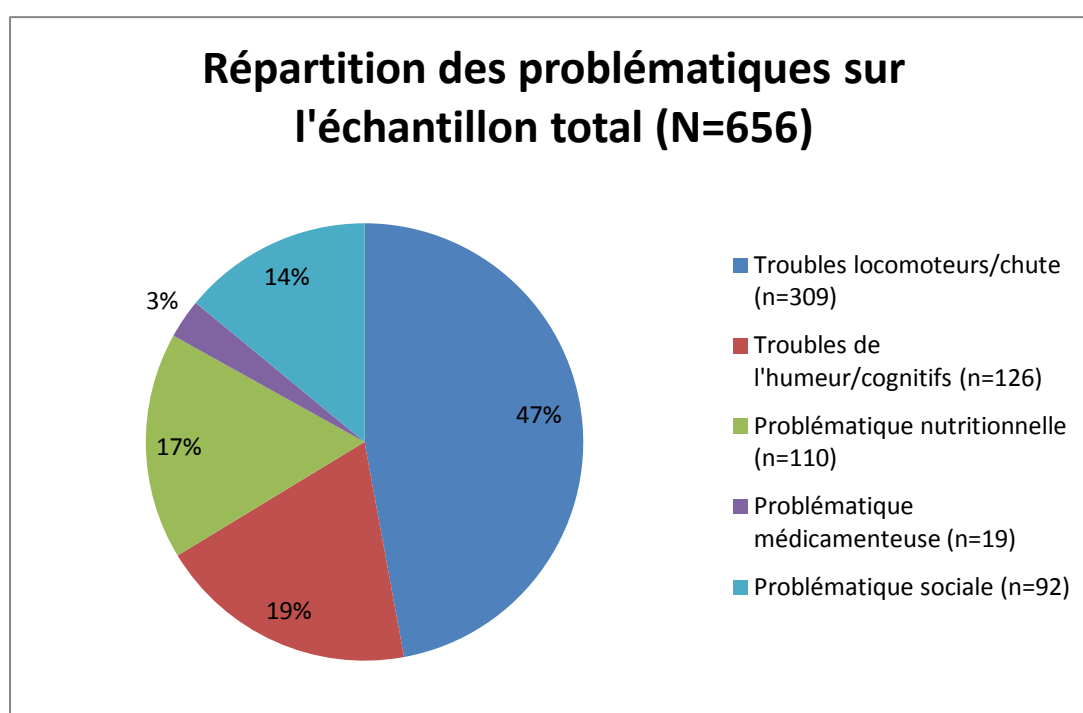
#### 4. Nombre de PPS rédigés au cours de notre étude



Il y a en moyenne 20 PPS rédigés par mois concernant des patients ambulatoires dans notre échantillon.

#### 5. Caractéristique des PPS

Notre échantillon comprend au total 656 objectifs fixés à M0 chez 137 patients





Dans notre échantillon, la moyenne des objectifs fixés par PPS est de **4.7 objectifs par PPS avec un écart type de 2.2.** Il y a donc de faibles variations entre les patients de l'échantillon.

La répartition des objectifs fixés par PPS en fonction des problématiques est décrite dans le tableau suivant :

Type d'objectif	Répartition des objectifs par PPS% (au moins un objectif fixé)
Locomoteur/chute	88%
Humeur/cognitif	70%
PEC sociale/financière	68%
Nutritionnel	61%
Iatrogénie	14%

On voit ici que la prise en charge des problèmes locomoteurs, des problématiques liées aux troubles cognitifs et les problématiques sociales sont les objectifs les plus fréquemment retrouvés dans la population de notre étude.

En revanche, bien que la iatrogénie soit un des facteurs de risque d'hospitalisation non programmée, les objectifs fixés pour une problématique liée aux médicaments sont peu nombreux.

## **B. Analyse des PPS**

### **1. Analyse sur le critère de jugement principal**

L'échantillon d'analyse comprend 137 patients ayant suivi un accompagnement de type PAERPA pendant 6 mois et 134 pendant 12 mois. Il y a eu 3 décès dans notre échantillon, qui ont été considérés comme des perdus de vue car nous ne connaissons pas le motif du décès ni l'espérance de vie prévisible avant l'inclusion.

L'analyse retrouve une atteinte des objectifs fixés de **53% à 6 mois et de 62% à 12 mois.** **20%** des objectifs fixés étaient en attente ou en cours de réalisation à 6 mois.

A l'issue des 12 mois d'accompagnement, **30% des patients** de l'échantillon ont poursuivi leur accompagnement avec rédaction d'un nouveau PPS.

## 2. Résultats concernant les hospitalisations évitables

Le dispositif PAERPA a pour objectif de réduire le nombre d'hospitalisations non programmés et évitables.

Dans notre échantillon, on retrouve **16 hospitalisations non programmées**

Motif d'hospitalisation	Effectifs (n)
Fractures	4
Pneumopathie	3
Problème cardiaque	2
Confusion	1
Troubles psychiatrique	1
Non connu	5
<b>Total</b>	<b>16</b>

La méthode de notre étude ne permet pas d'évaluer l'impact du dispositif pour réduire les hospitalisations non programmées.

## 3. Atteinte des objectifs par problématique

### a) Problématique sociale

La proportion d'atteinte des objectifs concernant la prise en charge sociale est élevée dans notre échantillon avec **58%** d'objectifs atteints à 6 mois et **70%** d'objectifs atteints à 12 mois.

Réalisation objectifs	Objectifs atteints à 6 mois (N,%)	Objectifs atteints à 12 mois (N,%)
Réalisé	53 [58%]	64 [70%]
Non réalisé	17 [18%]	25 [27%]
Données en attente/en cours	21[23%]	0
Plus prioritaire/plus adapté	1[1%]	3 [3%]
<b>Total objectifs fixés à M0 (N)</b>	<b>92 / 137</b>	

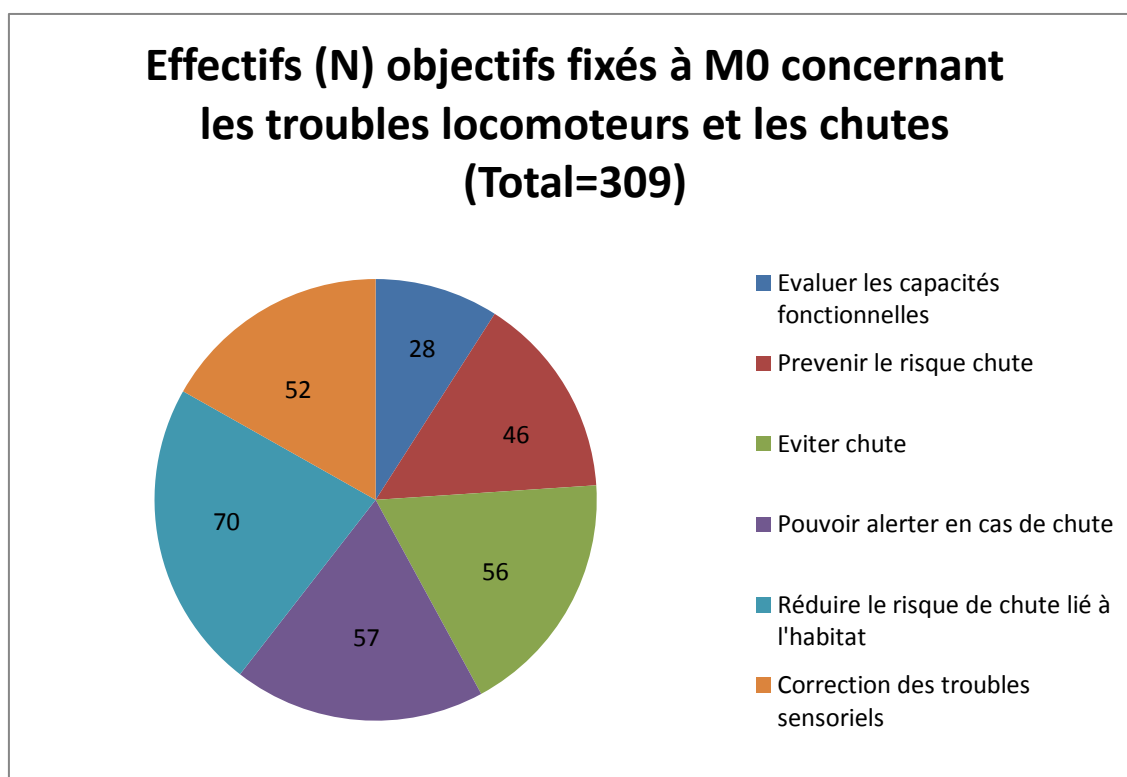
b) Problématique liée aux troubles locomoteurs et aux chutes

En ce qui concerne les problématiques liées aux chutes et aux troubles locomoteurs, **49%** des objectifs ont été atteints à 6 mois et **60%** à 12 mois de suivi.

Il y a eu 15 chutes, parmi celles-ci, 3 n'avaient pas de préconisations en rapport avec le risque de chute.

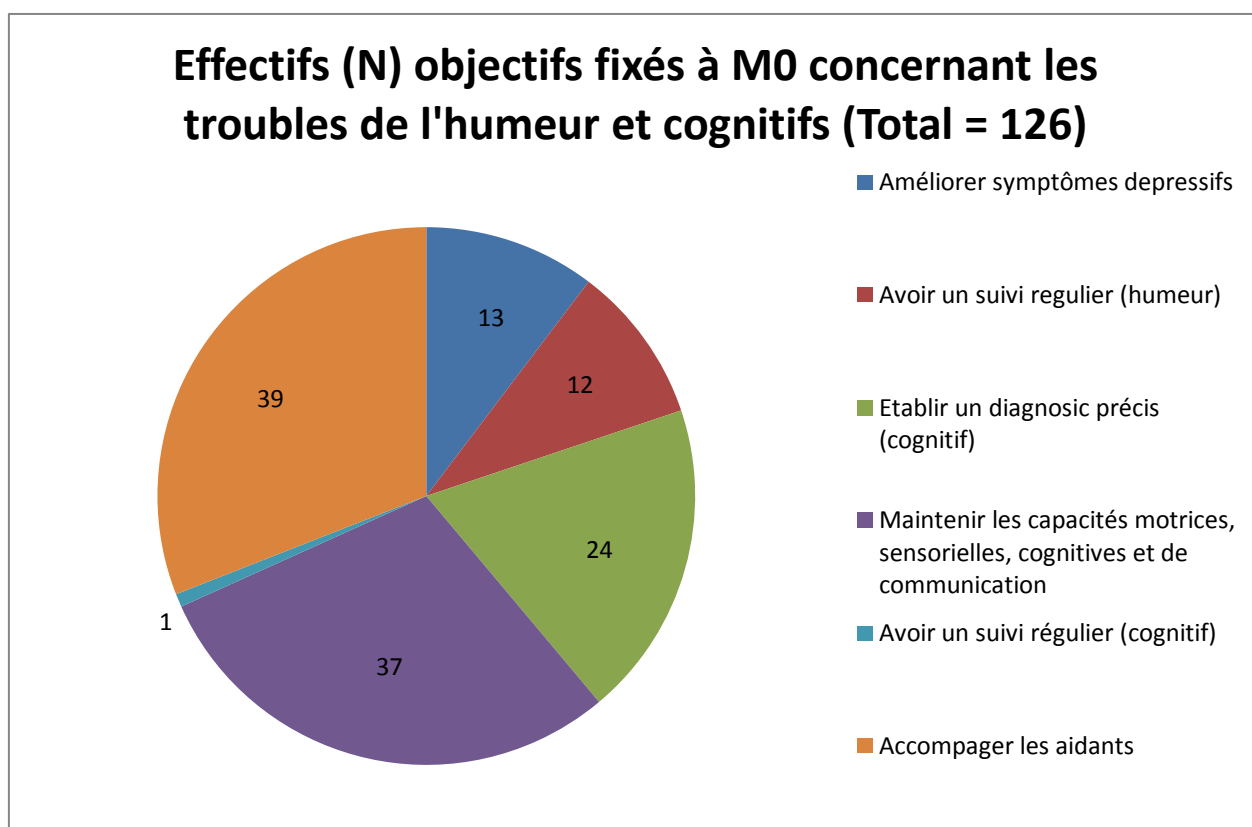
Les objectifs « évaluer les capacités fonctionnelles » et « Prévenir les risques de chutes et améliorer l'autonomie » correspondent à des objectifs de prévention primaires chez des patients sans antécédents de chute.

Les objectifs « éviter les chutes », « pouvoir alerter en cas de chute », « prévenir les risque de chutes liées à l'habitat » sont fixés chez des patients ayant déjà chuté.



Objectifs	6mois				12 mois		
	Réalisé	Non réalisé	Données en cours/ en attente	Plus prioritaire/ plus adapté	Réalisé	Non réalisé	Plus adapté/ plus prioritaire
Evaluer les capacités fonctionnelles	13 [46%]	7 [25%]	5 [18%]	3 [11%]	15 [55%]	11 [41%]	1 [4%]
Prévenir les risques de chutes et améliorer l'autonomie	30 [65%]	9 [20%]	7 [15%]	0	30 [68%]	13 [30%]	1 [2%]
Eviter les chutes	32 [57%]	14 [25%]	8 [14%]	2 [4%]	40 [73%]	14 [25%]	1 [2%]
Pouvoir alerter en cas de chute	12 [21%]	17 [30%]	24 [42%]	4 [7%]	22 [39%]	27 [47%]	8 [14%]
Réduire les risques de chutes liées à l'habitat	42 [60%]	11 [16%]	14 [20%]	3 [4%]	47 [68%]	14 [20%]	8 [11%]
Correction des troubles sensoriels	21 [40%]	12 [23%]	16 [31%]	3 [6%]	28 [55%]	17 [33%]	6 [12%]
<b>Total</b>	<b>[49%]</b>	<b>[23%]</b>	<b>[24%]</b>	<b>[5%]</b>	<b>[60%]</b>	<b>[32%]</b>	<b>[8%]</b>

c) Problématique liée aux troubles de l'humeur/cognitif

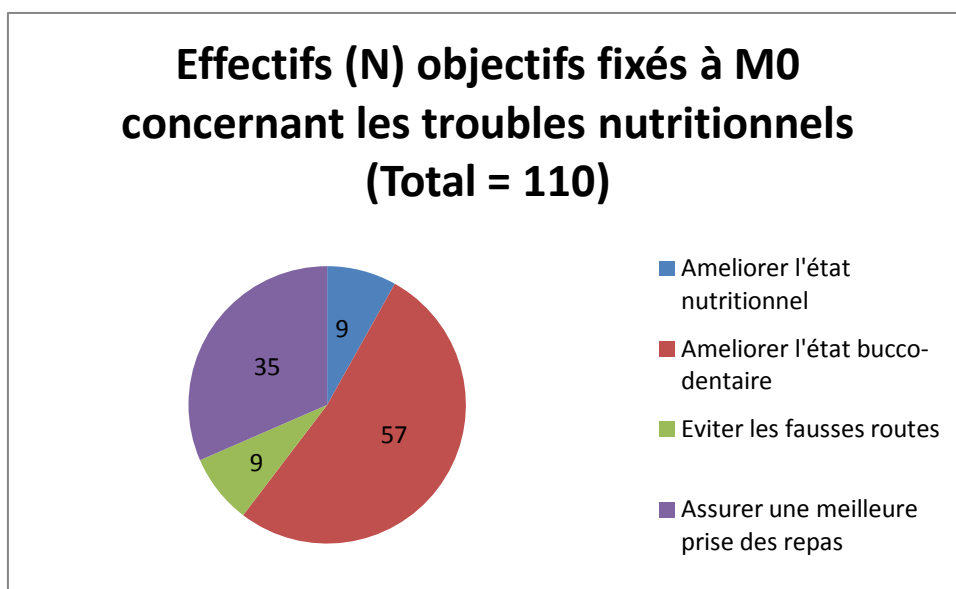


Au total, il y a **56%** d'objectifs atteints à 6 mois et **63%** à 12 mois.

L'atteinte des objectifs pour cette problématique est plutôt homogène, sauf en ce qui concerne les objectifs « avoir un suivi régulier » que ce soit pour les troubles cognitifs ou les troubles de l'humeur. Ces objectifs sont d'ailleurs peu retrouvés dans notre échantillon.

Objectifs	6mois				12 mois		
	Réalisé	Non réalisé	Données en cours/en attente	Plus prioritaire / adapté	Réalisé	Non réalisé	Plus adapté/ prioritaire
<b>Améliorer les symptômes dépressifs</b>	8 [61%]	4 [31%]	1 [8%]	0	9 [69%]	4 [31%]	0
<b>Avoir un suivi régulier (Trouble de l'humeur)</b>	4 [33%]	7 [58%]	1 [8%]	0	4 [33%]	8 [66%]	0
<b>Etablir un diagnostic précis (Troubles cognitifs)</b>	13 [54%]	7 [29%]	3 [12%]	1 [4%]	15 [62%]	8 [33%]	1 [4%]
<b>Maintenir les capacités motrices, cognitives, sensorielles et de communication</b>	20 [54%]	11 [30%]	3 [8%]	3 [8%]	22 [61%]	11 [30%]	3 [8%]
<b>Avoir un suivi régulier (Troubles cognitifs)</b>	1 [100%]	0	0	0	1 [100%]	0	0
<b>Accompagner les aidants</b>	25 [64%]	7 [18%]	4 [10%]	3 [8%]	27 [71%]	8 [21%]	3 [8%]
<b>Total</b>	<b>[56%]</b>	<b>[29%]</b>	<b>[9%]</b>	<b>[6%]</b>	<b>[63%]</b>	<b>[31%]</b>	<b>[6%]</b>

d) Problématique nutritionnelle



Concernant la problématique nutritionnelle, **57%** des objectifs ont été atteints à 6 mois et **64%** à 12 mois.

Objectifs	6mois				12 mois		
	Réalisé	Non réalisé	Données en cours/en attente	Plus prioritaire/plus adapté	Réalisé	Non réalisé	Plus adapté/plus prioritaire
<b>Améliorer l'état nutritionnel</b>	6 [67%]	2 [22%]	1 [11%]	0	6 [67%]	3 [33%]	0
<b>Améliorer l'état bucco-dentaire</b>	32 [55%]	13 [22%]	11 [19%]	1 [1%]	37 [66%]	15 [27%]	4 [7%]
<b>Eviter les fausses routes</b>	2 [22%]	5 [55%]	2 [22%]	0	2 [22%]	6 [66%]	1 [10%]
<b>Assurer une meilleure prise des repas</b>	23 [65%]	4 [11%]	7 [20%]	1 [3%]	25 [71%]	9 [26%]	1 [3%]
<b>Total</b>	<b>[57%]</b>	<b>[22%]</b>	<b>[19%]</b>	<b>[2%]</b>	<b>[64%]</b>	<b>[30%]</b>	<b>[5%]</b>

e) Problématique liée aux médicaments

Parmi les 19 objectifs fixés concernant la problématique médicamenteuse, 18 objectifs « adapter les traitements » et 1 objectif « améliorer l'observance » ont été fixés.

Aucun objectif « éviter la iatrogénie » n'a été fixé dans notre échantillon.

**66%** des objectifs ont été atteints à 6 mois et **61%** à 12 mois.

Toutefois, ces proportions sont peu interprétables compte tenu du faible effectif total.

Objectifs	6mois			12 mois		
	Réalisé	Non réalisé	Données en cours/en attente	Réalisé	Non réalisé	Plus adapté/plus prioritaire
<b>Adapter les traitements (polymédication &gt;6)</b>	1 [100%]	0	0	1 [100%]	0	0
<b>Eviter la iatrogénie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Améliorer l'observance</b>	11 [56%]	6 [37%]	1 [6%]	10 [53%]	7 [47%]	0
<b>Total</b>	<b>12/19</b> <b>[66%]</b>	<b>6/19</b> <b>[33%]</b>	<b>1/19</b> <b>[5%]</b>	<b>11/18</b> <b>[61%]</b>	<b>7 /18</b> <b>[39%]</b>	<b>0</b>



#### 4. Freins à la réalisation des objectifs à 12 mois

Durant notre étude, 10 patients sur les 137 sont entrés en EPHAD et 11 patients sur 137 ont renoncé à l'accompagnement PAERPA.

Les principaux freins à la réalisation des objectifs fixés par le PPS sont décrits dans le tableau suivant :

Type de freins	Effectif (n)	Proportion %
Manque de coordination	16	6%
Manque de temps	22	7%
Frein économique	13	4%
Refus	61	23%
Aggravation	8	3%

On remarque que le refus est le frein le plus fréquemment retrouvé dans notre population d'étude.

#### 5. Analyse des causes de refus

##### a) Lien entre troubles cognitifs et refus

Les patients qui avaient l'objectif « établir un diagnostic précis » concernant des troubles cognitifs ont plus souvent refusé au moins un objectif à 6 mois ou à 12 mois.

En effet, 30.23% de patients ont refusé au moins une fois un objectif par rapport à 11.70% des patients qui n'avaient pas fixé cet objectif ( $p < 0.01$ ).

##### b) Lien entre objectifs proposant une adaptation de l'habitat et refus

Les patients qui avaient fixé des objectifs locomoteurs ont plus souvent refusé au moins un objectif à 6 mois ou à 12 mois :

- 65.12% de patients avec l'objectif « réduire les risques de chute liés à l'habitat » ont refusé au moins une fois un objectif par rapport à 44.68% des patients qui n'avaient pas fixé cet objectif ( $p = 0.03$ )
- 53.49% de patients avec l'objectif « prévenir le risque de chute et améliorer l'autonomie » ont refusé au moins une fois par rapport à 25.53% des patients qui n'avaient pas fixé cet objectif ( $p < 0.01$ )

c) Lien entre prise en charge sociale et refus

Il n'y a pas eu plus de refus chez les patients ayant eu l'objectif « accès aux soins, prise en charge financière » (p=0.96)

d) Lien entre nombre d'objectifs fixés à M0 et refus

Le nombre d'objectifs fixés au départ est prédictif d'un refus du patient.

Les patients qui ont refusé un objectif à 6 mois ou à 12 mois avaient fixé 5,9 objectifs en moyenne et ceux sans refus avaient fixé 4,3 objectifs en moyenne (p<0.01).

Nombre d'objectifs par PPS	Effectifs patients ayant fixé n nombre d'objectifs	Aucun refus	Au moins un refus
1	7 (5.11%)	7 (100.00%)	0 (0.00)
2	13 (9.49%)	13 (100.00%)	0 (0.00)
3	17 (12.41%)	14 (82.35%)	3 (17.65%)
4	26 (18.98%)	17 (65.38%)	9 (34.62%)
5	29 (21.17%)	20 (68.97%)	9 (31.03%)
6	15 (10.95%)	10 (66.67%)	5 (33.33%)
7	10 (7.30%)	3 (30.00%)	7 (70.00%)
8	13 (9.49%)	7 (53.85%)	6 (46.15%)
9	6 (4.38%)	2 (33.33%)	4 (66.67%)
10	1 (0.73%)	1 (100.00%)	0 (0.00%)
N	137	94	43

Les patients qui avaient fixé 1 (N=7) ou 2 (N=13) objectifs au départ n'ont refusé aucun objectif à 6 mois ou à 12 mois. 17.6 % de ceux avec 3 objectifs ont refusé au moins un objectif et la proportion de refus augmente jusqu'à atteindre 70% pour 7 objectifs fixés.

## IV. DISCUSSION

---

### A. Validité de l'étude

#### 1. Forces de l'étude

L'une des forces de notre étude est son originalité. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur les territoires concernés par PAERPA, analysant le contenu des PPS au sein du dispositif PAERPA.

Les 7 mois de période d'inclusion ont permis d'obtenir un échantillon de 137 PPS, permettant une analyse descriptive satisfaisante avec une validité des résultats obtenus. De plus, notre étude ne comporte que 3 perdus de vue.

Les résultats obtenus dans cette étude pourraient servir à améliorer l'expérimentation sur le territoire et lever les freins à la réalisation des préconisations.

#### 2. Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, elle est donc à faible niveau de preuve scientifique.

La principale limite de notre étude est un biais de mesure des données.

En effet, il existe un biais d'homogénéisation des évaluations en fonction de la coordinatrice rédigeant le PPS.

Les données ont été recueillies par les ergothérapeutes et il n'y a pas eu d'harmonisation dans l'interprétation de l'atteinte des objectifs au début de l'expérimentation.

## **B. Les résultats principaux**

Nous allons comparer les résultats obtenus lors de cette étude avec les résultats des autres territoires pilotes. Cependant la différence de résultats avec certains territoires est à mettre en parallèle avec l'absence d'uniformité de fonctionnement entre les différents territoires pilotes.

### **1. Concernant la population d'étude**

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 79ans, notre population est plutôt jeune par rapport à la moyenne nationale des territoires PAERPA. En effet la moyenne d'âge nationale des personnes ayant eu un PPS entre 2015 et 2017 est de 84ans (23).

Cette moyenne d'âge plus basse est due à une spécificité de l'expérimentation PAERPA Est-héraultais : les patients sont pris en charge à partir de 60ans et pas 75ans comme des les autres territoires.

Cette prise en charge plus précoce est un atout pour l'expérimentation Est-Héraultaise, car elle pourrait permettre de repérer au plus tôt le risque de perte d'autonomie et d'éviter une sollicitation du dispositif pour des patients qui sont déjà en perte d'autonomie si la prise en charge débute à un âge plus avancé.

### **2. Une expérimentation prometteuse**

Avec 53 % d'objectifs atteints à 6 mois et 62% d'objectifs atteints à 12 mois, l'expérimentation PAERPA semble opérationnelle dès le début de sa mise en place.

Il y a une légère augmentation du nombre de PPS rédigés chez des patients ambulatoires au cours de notre étude, avec un nombre de PPS rédigé par mois passant de 3 en septembre 2017 à 26 en Avril 2018, témoignant d'une connaissance et d'une appropriation progressive du dispositif par les professionnels de santé libéraux. Le rapport d'activité de l'année 2019 révèle d'ailleurs que 317 PPS ont été rédigés sur l'année 2018, et 237 PPS rédigés durant les six premiers mois de l'année 2019 (24).

On retrouve des résultats similaires dans le territoire PAERPA des Hautes Pyrénées dont l'expérimentation est également pilotée par l'ARS Occitanie, la moyenne de rédaction mensuelle de PPS étant autour de 20 pour l'année 2017 (25).

Ces résultats sont cependant à pondérer en fonction du type de facteur de risque d'hospitalisation pris en charge par le PPS. On observe en effet que la prévention des problématiques locomotrices et sociales est plutôt efficace grâce à l'expérimentation PAERPA, mais la prise en charge de la iatrogénie semble insuffisante.

## **C. Contenu des PPS**

### **1. La prise en charge sociale, une réelle aide pour la patient**

68% des PPS de notre échantillon avaient un objectif concernant une prise en charge sociale, et les objectifs fixés ont été atteints à 58% à 6 mois et à 70% à 12 mois.

Cette prise en charge sociale permet aux patients d'avoir accès à des prestations qu'ils auraient pu refuser pour des raisons financières (par exemple aide ménagère, portage de repas...). Notre échantillon ne comporte d'ailleurs que 4% d'objectifs non atteints pour des raisons économiques.

L'accompagnement pour la réalisation des démarches administratives et l'information sur les interlocuteurs à contacter en fonction de la situation sociale sont réalisés par les coordinatrices de la CTA.

L'accès facilité au secteur médico-social via le dispositif PAERPA permet également une meilleure coordination avec les médecins généralistes, qui ne connaissent souvent pas les structures vers qui orienter les patients en situation de vulnérabilité sociale (26).

## **2. La prévention de la iatrogénie : point faible de l'expérimentation ?**

Il n'y a que 2% des objectifs fixés totaux dans notre échantillon en lien avec une problématique liée aux médicaments et 14% des PPS ont au moins un objectif lié à une problématique médicamenteuse. Il n'y a aucun objectif dont le but est d' « éviter la iatrogénie ».

Le nombre d'objectif fixé paraît faible dans le territoire par rapport aux autres problématiques, d'autant plus que la prise en charge de la iatrogénie est un des points clé de prévention dans le dispositif PAERPA

Ceci peut s'expliquer par l'absence de repérage spécifique de la iatrogénie lors de l'évaluation réalisée à domicile à MO. En effet, l'évaluation à domicile est réalisée par des coordinatrices ergothérapeutes, qui n'ont pas la capacité de réviser l'ordonnance des patients (27).

Contrairement aux autres territoires pilotes, il n'y a pas de véritable CCP sur notre territoire, ce qui pourrait représenter un frein au repérage de la iatrogénie.

Les principales actions réalisées durant l'accompagnement PAERPA concernant la problématique médicamenteuse étaient la mise en place d'un pilulier ou le passage d'une IDE à domicile pour les prises médicamenteuses. Bien que ces actions permettent d'améliorer l'observance, elles n'ont aucun effet sur la polymédication.

### **a) Comparaison avec d'autres territoires pilotes PAERPA**

Il est cependant possible de réduire la polymédication. L'étude IRDES (20) citée en introduction a révélé une diminution de la polymédication dans les territoires PAERPA du Nord pas de Calais et Aquitaine.

Cette étude avait évalué la diminution de prescription de certains médicaments inappropriés, qui sont les benzodiazépines, les vasodilatateurs, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, les antidépresseurs et les hypnotiques. (20).

En ce qui concerne le territoire PAERPA du Nord, une équipe mobile géro-psycho-geriatrique se déplace au domicile des patients (28). Cette prestation pourrait expliquer une diminution de la polymédication concernant la prescription de benzodiazépine ou d'hypnotique.

Sur le territoire PAERPA Aquitaine, il existe une équipe pluri-professionnelle, dépendante du CHU qui se déplace au domicile des patients sur demande des PSL pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée au domicile (29). Cette équipe est composée d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un infirmier, d'une assistante sociale, un assistant médico-administratif, d'une psychiatre et d'un ergothérapeute.

Le binôme gériatre/pharmacien rédige une fiche de préconisations thérapeutiques, après analyse des traitements pris par le patient, des antécédents médicaux, des résultats biologiques et de la balance bénéfice de chaque traitement. Cette fiche de préconisation est ensuite envoyée au médecin traitant et au pharmacien du patient.

D'autres initiatives existent dans les autres territoires pilotes. Dans le territoire PAERPA de Nancy, un pilulier électronique a été expérimenté pour améliorer l'observance des prises médicamenteuses. Il s'agissait d'un pilulier qui sonnait à l'heure de la prise médicamenteuse et dont la case correspondant à la prise s'allumait en vert pour faciliter la prise. Ce pilulier était relié par un logiciel au pharmacien du patient qui pouvait ainsi s'assurer en temps réel de la prise médicamenteuse (30).

Dans le territoire des Deux-Sèvres, 38 pharmaciens d'officine réalisent des visites à domicile pour lutter contre le risque de iatrogénie. Ils contrôlent les armoires à pharmacies des patients, évaluent les prises médicamenteuses, vérifient l'observance (31).

Les comparaisons avec les autres territoires montrent que la prise en charge de la iatrogénie se fait en coordination entre les pharmaciens, spécialistes et médecins traitants.

#### b) Perspectives pour le territoire Est-Héraultais

Dans le cadre du dispositif parcours santé des aînés PAERPA, il pourrait y avoir un rapprochement avec le projet BIMEDOC Occitanie dans le repérage et la prévention de la iatrogénie.

Le projet BIMEDOC (bilan partagé de médication en Occitanie) correspond au déploiement du bilan de médication sur la région Occitanie (32).

En effet, depuis 2018, suite à l'arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la Convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie (33), les pharmaciens peuvent réaliser des bilans partagés de médication (34).

Ces bilans de médicaments consistent en une analyse et une synthèse de l'ensemble des traitements du patient. Celui-ci a pour objectifs de réduire la iatrogénie médicamenteuse et d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement.

Il est réalisé sous la forme d'un entretien par le pharmacien d'officine, en collaboration avec le médecin traitant.

La synthèse de l'entretien correspond à l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Elle permet d'une part de donner des conseils de bon usage du médicament au patient et d'autre part de proposer des interventions pharmaceutiques au médecin traitant. Celui-ci est ensuite libre de les suivre ou pas.

Le rapprochement avec le projet BIMEDOC pour améliorer la coordination avec les pharmaciens de ville.

### **3. Les troubles locomoteurs et les chutes : la problématique prépondérante dans notre échantillon**

88% des PPS de notre échantillon comportaient au moins un objectif concernant les problèmes de mobilité. Les objectifs ont été atteints à 49% à 6 mois et à 60% à 12 mois.

Si l'on compare ses résultats à ceux d'autres territoires, on retrouve des résultats équivalents. En effet pour l'année 2017, 82% des PPS dans le territoire du Var avaient des objectifs concernant un problème de mobilité (35). On retrouve également une prépondérance des objectifs locomoteurs dans le territoire parisien, avec 60% de sollicitations en rapport avec des troubles locomoteurs (36).

On observe dans notre échantillon que l'objectif fixé le plus fréquemment retrouvé et atteint (68% à 12 mois) est « prévenir les risque de chute liées à l'habitat ». Ceci pourrait s'expliquer par l'accès facilité à une prestation de réadaptation à domicile (ESPRAD) disponible via PAERPA qui permet l'intervention d'ergothérapeutes à domicile. C'est un atout pour le dispositif, les



prestations d'ergothérapie étant recommandées par la HAS pour la prévention des chutes (37)(38), mais celles-ci ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Ceci permet également d'améliorer la coordination entre les médecins traitants et les ergothérapeutes.

L'objectif le plus difficilement atteint (39% à 12 mois) est « pouvoir alerter en cas de chute » qui correspond à la mise en place d'une téléalarme ou tout autre dispositif d'alerte. Parmi les 52 objectifs fixés, 14 n'ont pas été atteints en raison du refus du patient. Ces résultats pourraient correspondre aux résultats du travail de thèse réalisé en 2018 par Virginie Ramay concernant les outils connectés de santé. En effet, les patients ont tendance à refuser la téléalarme pour différentes raisons : financières, en raison de l'intrusion ressentie par un système de télésurveillance ou encore en raison du décalage entre l'évaluation de la perte d'autonomie réalisée par les professionnels de santé et la perte d'autonomie ressentie par le patient (39).

Les objectifs devant aboutir à une expertise gériatrique des capacités fonctionnelles sont peu représentés dans l'échantillon (28 sur 310). Cependant cette évaluation relève du champ d'action de l'ESPRAD qui évalue les capacités fonctionnelles du patient à domicile, permettant une adaptation optimale du logement et de réaliser des séances de réadaptations à domicile hebdomadaires, en lien avec le médecin traitant (40).

Il semblerait que la majorité des objectifs fixés correspondent à de la prévention secondaire, chez des patients ayant déjà chuté. Se pose donc la question du repérage de fragilité concernant les troubles locomoteurs chez les patients n'ayant jamais chuté.

Nous avons également observé que les objectifs « éviter les chutes » et « prévenir le risque de chutes » aboutissaient à des actions similaires (voir annexe). Il pourrait se discuter de regrouper ces deux objectifs en un seul, que les patients aient un antécédent de chute ou non. Ceci pourrait permettre d'éviter les biais d'interprétation des préconisations interindividuels lors de la rédaction des PPS.

Nous avons vu en introduction que l'évaluation de la mobilité est réalisée par les coordinatrices ergothérapeutes à l'aide du test d'appui unipodal, de l'échelle AVQ et des antécédents médicaux. L'évaluation pourrait être complétée par un examen clinique (neurologique, rhumatologique et podologique), réalisé par le médecin traitant ou un gériatre lors de l'évaluation à domicile.

#### **4. La prise en charge nutritionnelle : plus-value de l'évaluation dentaire**

Dans notre échantillon les principaux objectifs fixés concernant les troubles nutritionnels étaient « améliorer l'état bucco-dentaire » et « assurer une meilleure prise des repas ».

Les problèmes dentaires augmentent avec l'âge, liés au vieillissement de l'axe bucco-dentaire. Il s'agit donc d'un facteur de risque de dénutrition, pouvant se compliquer d'anorexie, de perte de poids, de diminution du système immunitaire et de sarcopénie, tout ceci favorisant la perte d'autonomie.

De plus, bien que les problématiques dentaires augmentent avec l'âge, le recours aux soins dentaires diminue avec l'avancée en âge (41).

Dans notre échantillon, les objectifs liés aux soins dentaires ont été réalisés à 55% à 6 mois et à 66% à 12 mois.

Ces résultats seraient dus à la présence d'un dentiste au sein de l'équipe PAERPA ayant sensibilisé l'équipe de coordinatrices au dépistage des troubles dentaires, réalisant des évaluations au domicile des patients et assurant la coordination avec les dentistes de ville, permettant ainsi de reprendre le parcours de soins en éliminant les obstacles potentiels (problèmes financiers, handicap...). C'est une spécificité du territoire Est-Héraultais et c'est également un atout pour réduire le risque de dénutrition.

L'objectif « assurer une meilleure prise des repas » consistait à la mise en place d'un portage de repas, à la mise en place d'une aide pour les courses ou d'une présence au moment des repas. L'atteinte de ces objectifs a été, probablement, facilitée par l'association avec une prise en charge sociale. Ceci permet ainsi d'aider à lutter contre la dénutrition.

En notera que l'objectif « améliorer l'état nutritionnel » a été peu fixé dans notre échantillon. L'évaluation de l'état nutritionnel se fait avec l'aide de l'échelle MNA (mini nutritional assessment), où un score inférieur à 23.5 correspond à un risque de malnutrition. La moyenne d'âge dans notre échantillon étant inférieure à la moyenne nationale, ceci pourrait expliquer la plus faible proportion de cet objectif dans l'échantillon.

## 5. La prise en charge des troubles cognitif et de l'humeur

70% des PPS comportaient au moins un objectif en rapport avec les troubles cognitifs et de l'humeur. Ils ont été atteints à 56% à 6 mois et 63% à 12 mois.

Si l'on compare au territoire PAERPA parisien, il y a 34% des sollicitations en rapport avec un trouble cognitif ou de l'humeur (35), 57% pour le territoire PAERPA Var est (34).

On observe que l'objectif le plus fréquemment fixé et atteint (71% à 12 mois) est « accompagner les aidants ». Ceci est assez révélateur des réalités de terrain, où les aidants souhaitent maintenir leurs aînés à domicile, mais ont du mal à définir les besoins de leurs aînés et ne connaissent pas les ressources d'aides qu'ils pourraient solliciter (42). De plus, la prise en charge d'un proche pour l'aidant peut aboutir à des situations de stress, voire de dépression, (43) (44) qu'il est important de repérer afin de favoriser les liens familiaux et d'éviter le placement en EPHAD par épuisement.

La prise en charge des aidants dans le cadre du dispositif PAERPA permet aux familles d'être orientées vers les structures d'aides pouvant répondre aux besoins de la personne âgée et permet de ce fait de maintenir le lien familial avec leurs aînés, s'affranchissant ainsi du sentiment de fardeau lié à l'accompagnement au quotidien des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'objectif « maintenir les capacités motrices, sensorielle, cognitive et de communication » est également souvent retrouvé dans l'échantillon, objectif correspondant au passage d'une Equipe spécialisée autonomie (ESA) à domicile (45). Il s'agit de l'intervention à domicile d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne ou d'une assistante en soins gériatriques pour adapter le domicile en fonction des capacités cognitives du patient, afin de favoriser son autonomie. Les ESA sont dépendantes des SSIAD ou SPASAD, et il y a 7 ESA sur le territoire Est-Héraultais. Ici encore, la coordination est améliorée.

Concernant les troubles de l'humeur, les objectifs spécifiques sont peu représentés dans notre échantillon. On notera cependant que la prévalence de la dépression dans la littérature varie entre 8% et 17.2% pour la tranche d'âge 55-85ans (46) (47). La proportion de préconisations concernant les troubles de l'humeur représente 18% des patients de notre échantillon.

Le dépistage de la dépression chez les sujet âgés est difficile en raison du de la grande variabilité des présentations symptomatiques (48). L'évaluation à domicile du risque de dépression est réalisée grâce au test Mini-GDS, composé de 4 questions recherchant des plaintes psychiques. Même si ce test de dépistage est validé, il ne recherche pas les autres formes symptomatiques. L'évaluation à domicile étant réalisée par les coordinatrices ergothérapeutes, la connaissance des spécificités gériatriques concernant les troubles dépressifs ne font pas partie de leur champ de compétence (26).

Ceci pourrait expliquer le faible repérage de la dépression dans notre échantillon, d'autant plus qu'il n'y avait pas de gériatre se déplaçant à domicile au début de l'expérimentation.

Un modèle similaire à celui du territoire PAERPA du Nord avec une équipe mobile gérontopsychiatrique se déplaçant à domicile pourrait également permettre un meilleur dépistage des troubles de l'humeur (27).

## **6. Une évolution d'atteinte des objectifs entre 6 et 12 mois**

Les objectifs fixés par les PPS ont été atteints à 53% à 6 mois et à 62% à 12 mois, il y a donc une variabilité de ces chiffres au cours du suivi. Ces résultats sont retrouvés également si l'on regarde les objectifs atteints par problématique. Au vue de ces résultats, il semblerait que l'atteinte des objectifs nécessite un suivi prolongé.

Les personnes âgées fragiles présentent souvent plusieurs facteurs de risques de perte d'autonomie, il y a d'ailleurs 4.7 objectifs fixés par PPS en moyenne dans notre échantillon. Il semble donc difficile et délétère de vouloir régler toutes les problématiques en une fois. En effet il est important de prioriser les actions en fonction des risques pour la santé et la sécurité du patient, mais aussi en fonction des priorités du patient (6).

De plus, nous avons vu que 30% de patients de l'échantillon ont eu un nouveau PPS à l'issue des 12 mois de suivi. La rédaction d'un nouveau PPS correspond à l'apparition de nouvelles problématiques pour le patient.

Ce suivi prolongé semble donc convenir aux spécificités temporelles de la prise en charge gériatrique en ambulatoire, à la fois en terme de temporalité incompressible pour une prise en charge globale adaptée, et à la fois pour le repérage le plus précoce possible de nouvelles fragilités.

## 7. Le refus, un frein pouvant être levé avec l'aide du médecin traitant ?

Dans notre échantillon, 34% des échecs de réalisation des objectifs fixés sont dus au refus du patient. Nos résultats montrent qu'il y a une tendance au refus plus élevée pour les objectifs locomoteurs nécessitant des aménagements de l'habitat, pour les patients ayant des troubles cognitifs qui n'ont pas encore été explorés et pour les patients ayant un grand nombre d'objectifs fixés par PPS.

Or, la compréhension des motifs de refus pourrait permettre de lever ce frein et de faciliter d'atteinte des objectifs fixés par le PPS.

Bien sûr le refus doit être respecté par les professionnels de santé, selon l'article R.4127-36 du code de la santé publique, « *Toute personne prend, avec le professionnel de sante et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa sante* » et selon l'article L.1111-4 du code de santé publique : « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* »

### a) Refus et troubles locomoteurs

Pour les personnes âgées fragiles, le domicile est un repère car elles ont adapté leur mode de déplacement à leur mobilier et leur connaissance du lieu, leur permettant ainsi de garder la maîtrise de leur environnement (49).

En effet, la perte d'autonomie inhérente à l'avancée en âge rend les déplacements en extérieur difficile et peuvent être une source d'inquiétude pour les patients. Elles expliquent « devoir faire attention à ne pas tomber, à ne pas aller trop loin au risque de ne pas avoir de siège à proximité pour s'asseoir mais aussi devoir faire attention aux autres qui constituent une menace » d'après l'étude qualitative réalisée par F Balard (49).

Le « chez soi » confère et confirme l'autorité de la personne âgée qui est en permanence mise en péril par l'avancée en âge et la surprotection des proches aidants. Etre chez soi permet à la personne d'exprimer son droit au refus d'aide ou de soins, souvent perçus comme intrusifs (49).

Le refus du changement, qui peut passer parfois pour de l'entêtement, révèle souvent au contraire que l'on se trouve en présence de personnes âgées qui ont conscience de la menace que représente le changement sur la maîtrise qu'elles ont ou qu'elles pensent avoir de leur vie (49).

La mise en place d'un dispositif nouveau d'aide aux personnes âgées peut donc se heurter à ces habitudes de vie dans la mesure où il représente un bouleversement dans son fonctionnement habituel.

Pour tenter de limiter ce refus chez les patients en perte d'autonomie, le médecin généraliste et l'infirmière libérale sont les interlocuteurs privilégiés pour faire le lien entre le patient et les intervenants à domicile, pour adapter les interventions aux inquiétudes et représentations du patient.

#### b) Refus et troubles cognitif

Nos résultats montrent également une tendance au refus des préconisations fixés par le PPS chez les patients ayant l'objectif « établir un diagnostic précis » concernant les troubles cognitifs.

Cette tendance au refus peut s'expliquer par l'anosognosie qui accompagne certaines démences. Le patient n'ayant pas conscience de sa pathologie, il ne présente pas de besoins d'aides ou de soins repérés par les professionnels de santé, ce qui explique son refus lors des propositions d'interventions au domicile ou en dehors (50).

Les troubles cognitifs peuvent également altérer les mécanismes de compréhension et de réflexion du patient, celui-ci se rendant compte de ses difficultés, peut opposer un refus aux aides proposées en réponse à l'inquiétude ressentie face à « l'entrée dans la maladie »(50).

La prise en charge des patients présentant une opposition aux soins ou aux aides doit se faire de façon multidisciplinaire (51), de façon à partager les informations de la personne dans sa globalité et sa situation, afin de mieux comprendre les mécanismes de refus.

Encore une fois, le médecin généraliste est la personne ressource principale, compte tenu de ses connaissances sur l'histoire personnelle du patient et la relation de longue date qu'il

entretient avec lui. Ce d'autant plus qu'il faut du temps à un intervenant pour établir une relation de confiance avec un patient (49), les informations dont dispose le médecin traitant permet de faciliter les relations avec les différents intervenants.

c) Refus et nombre d'objectifs fixés à M0

Comme nous l'avons vu, proposer un grand nombre d'objectifs par PPS provoque le refus du patient pour la mise en place des préconisations. Ce refus pourrait être attribué à une inadéquation entre la perte d'autonomie ressentie par le patient et l'évaluation réalisée par les coordinatrices.

Encore une fois, le médecin traitant est la personne ressource pour optimiser la rédaction du PPS. Sa connaissance du patient et de ses représentations pourrait permettre de prioriser les actions à effectuer en fonction des besoins du patient et des ses risques pour la santé.

D'ailleurs, si l'on compare nos résultats au territoire PAERPA parisien où il y a une réelle CCP formalisée, 48.2% des PPS ne concernent qu'une seule problématique (36).

## **D. Le PPS : un réel outil de coordination pour les médecins généralistes ?**

Dans notre échantillon, 16 objectifs sur 656 n'ont pas été atteints en raison d'un manque de coordination entre les PSL. Ces résultats semblent aller dans le sens d'une coordination améliorée grâce aux PPS.

Nos résultats montrent également que le dispositif PAERPA permet une amélioration de la coordination entre les professionnels en ce qui concerne la prise en charge sociale, l'évaluation gériatrique, l'intervention d'ergothérapeute à domicile, l'évaluation dentaire et le soutien des aidants.

Nos résultats montrent aussi que parmi les 137 PPS, seuls 22% ont été réalisés après le repérage de fragilité par le médecin traitant, témoignant probablement d'un manque d'information des médecins généralistes du territoire sur le déploiement de cette expérimentation à son début. Le rapport d'activité PFS34 2018-2019 révèle qu'en 2019, les professionnels libéraux sont les premiers demandeurs d'accompagnement PAERPA (23). Ceci pourrait être dû à une amélioration de l'information sur le dispositif auprès des PSL, mais également à une adoption de la médecine de parcours par les PSL.

Néanmoins, les résultats de la thèse de Claire Vannière, évaluant l'expérience vécue par les médecins généralistes du territoire quand à l'utilisation de l'outil PPS sont plutôt en faveur d'un manque de coordination et parfois même d'un manque de participation à l'élaboration ou au suivi des préconisations du PPS (52).

L'absence de CCP formalisée au sein de l'expérimentation du territoire Est-Héraultais (CPTS, MSP...) semble en réalité diminuer l'implication des professionnels de santé libéraux (PSL), et notamment du médecin traitant, dans l'élaboration et le suivi des préconisations, ces tâches étant déléguées aux coordinatrices PAERPA. Certains médecins généralistes expriment avoir du mal à trouver leur place au sein de cette nouvelle organisation.

Cependant, l'étude réalisée par la HAS, 6 mois après le déploiement des PPS dans les premiers territoires pilotes (53) a pointé les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'utilisation de cet outil. Il a été difficile pour les médecins généralistes de réunir une CCP en raison des contraintes horaires de chaque PSL, de libérer de leur temps pour rédiger les PPS,



d'avoir une charge administrative supplémentaire en rédigeant les PPS. Ces difficultés sont également retrouvés dans différents travaux de thèse concernant d'autres territoires pilotes (54) (55).

Attribuer la rédaction des PPS aux coordinatrices est donc plutôt adapté aux réalités de terrain, d'autant plus que le travail de thèse de Camille Guyon proposait de promouvoir le rôle de la CTA pour alléger la charge du travail administratif des médecins généralistes (54).

Mais il est indispensable d'améliorer la communication entre les coordinatrices et les médecins généralistes, car comme nous l'avons vu, le repérage des syndromes gériatriques ne peuvent se faire sans l'évaluation du médecin traitant. Et ce d'autant plus comme le préconise la HAS, le médecin traitant doit être l'acteur central dans l'élaboration des PPS et dans la coordination entre les différents professionnels de santé libéraux.

## V. CONCLUSION

---

Les résultats de ce travail sur l'expérimentation du parcours santé PAERPA sur le territoire Est-Héraultais sont plutôt positifs concernant les premiers mois de mise en œuvre du dispositif, malgré une méconnaissance initiale qui semble se dissiper sur les dernières données.

Il y a une assez forte proportion d'objectifs atteints avec 53% de réalisation d'objectifs à 6 mois et 62% à 12 mois. On retrouve ces résultats pour chaque problématique, hormis la iatrogénie dont le repérage et la prévention sont à améliorer.

Toutefois, ces résultats devront être vérifiés par la réalisation d'une étude prospective sur plusieurs années évaluant le suivi des préconisations sur un échantillon plus important.

Au début de l'expérimentation, les professionnels du secteur social étaient les plus nombreux à solliciter le dispositif PAERPA, cette tendance est train de changer selon les dernière données de la CTA : les professionnels libéraux deviennent les principaux professionnels repérants. Le recours au dispositif devant une situation de risque de perte d'autonomie semble donc s'intégrer dans la pratique courante des professionnels de notre territoire.

L'outil PPS semble faciliter la coordination entre les différents professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social. En effet l'utilisation de cet outil permet un accès facilité aux différents acteurs nécessaire à la prise en charge globale du patient.

Bien sûr, comme pour toutes expérimentations, des améliorations sont à prévoir pour répondre aux mieux aux besoins de coordinations entre les professionnels de santé et aux besoins des patients. Il y aurait un intérêt à ce que l'interprétation des évaluations et des objectifs soit harmonisée, de façon à diminuer au maximum les biais de variabilité interindividuelle.

Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude évaluant la satisfaction des patients et de leurs aidants concernant cette expérimentation.

Mais malgré des résultats relativement prometteurs, il semble important de recentrer la formalisation du PPS autour du médecin traitant, afin d'établir les préconisations les plus pertinentes pour les patients et de faciliter ainsi l'adhésion des patients et des médecins généralistes à ce nouveau type de prise en charge qui est la médecine de parcours.

## BIBLIOGRAPHIE

---

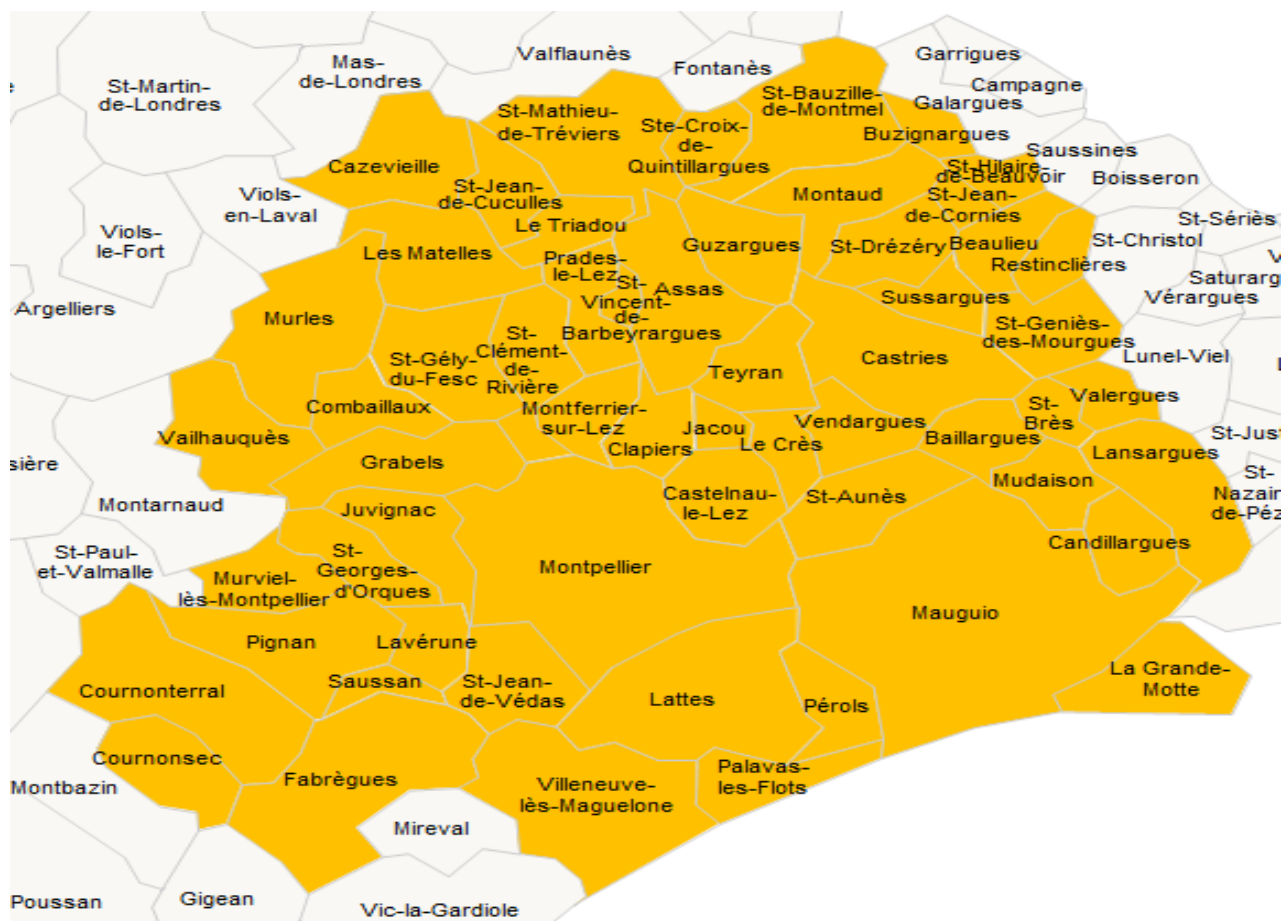
1. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions d'habitants en France au 1er janvier 2018. 2018;
3. Renoux A, Roussel R, Zaidman C. et santé. 2014;
4. Collège enseignants de gériatrie. Autonomie et dépendance. :19.
5. Larbi K, Roy D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. 2019;
6. INSEE. En Languedoc Roussillon, + 27 300 personnes âgées en 2030. 2012.
7. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires 2015.
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
9. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 déc 28, 2015.
10. Libault. Rapport grand age autonomie dit Rapport Libault. 2019.
11. AUBERT M, MANIERE D, MOUREY F. Interprofessionnalité en gérontologie. Eres; 2013. 237 p.
12. Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. 2013.
13. MAIA 34 -Hérault. Territoire | Parcours Personnes âgées Hérault - Maia 34 Hérault [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.personnes-agees-herault.fr/organisation/territoire>
14. PFS34. Rapport activité PAERPA. 2018.
15. Les actions de l'expérimentation PAERPA | Paerpa 34 [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.paerpa34.fr/paerpa/actions-herault>
16. HAS. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. 2014.
17. Ministère des solidarités et de la santé. Bilan intermédiaire PAERPA 2017 [Internet]. 2018 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan\\_paerpa\\_2018.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf)
18. Ministère des solidarités et de la santé. Point d'étape sur la mise en oeuvre et les perspectives des parcours santé des aînés PAERPA [Internet]. 2018 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_paerpa\\_pointpresse\\_280918\\_def\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_pointpresse_280918_def_2.pdf)
19. Paris M. PAERPA. Etude de l'impact de la mise en place auprès des professionnels de santé de l'ouest Mayennais. 2016.
20. DREES. Evaluation qualitative PAERPA, Rapport final [Internet]. 2017 [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>

21. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa: premiers résultats. Paris: IRDES; 2018.
22. Debout C. Methodologie quantitatives et études descriptives simples [Internet]. 2012 [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/methodologie-quantitatives-et-%C3%A9tudes-descriptives-simples-recherche-en-soins-infirmiers.pdf>
23. Penneau A. Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins. 2019;36.
24. PFS34. Activité Coordination Territoriale d'Appui 34, 2018-2019. 2019.
25. ARS Occitanie. Comité Opérationnel d'Intégration. PAERPA, Bilan et Perspectives [Internet]. 2018 [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.paerpa65.fr/sites/paerpa65.fr/files/upload/coi\\_paerpa\\_13\\_12\\_2018\\_v4\\_lecture\\_seule.pdf](https://www.paerpa65.fr/sites/paerpa65.fr/files/upload/coi_paerpa_13_12_2018_v4_lecture_seule.pdf)
26. Pubert N, Giraud J, Pisarik J. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinion et pratiques des médecins généralistes. Etudes Et Résultats DREES. oct 2018;(1089).
27. Ministère de la santé et des sports. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : Ergothérapeute [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=12>
28. Thumerelle M, Dambre D. PAERPA, le Valenciennois-Quercitain s'engage dans le « bien vieillir à domicile ». Revue hospitalière de France. juin 2016;(570):76.
29. Lajus J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la ville de Bordeaux: suivi des propositions d'optimisation thérapeutique par les médecins généralistes. 2019;91.
30. GRZUNOV F. Le pharmacien d'officine dans le dispositif PAERPA : experimentation du pilulier électronique en Lorraine sur la communauté urbaine du Grand Nancy [Internet]. 2015 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: [http://extranet.anap.fr/Intranet/upload/docs/application/pdf/2018-03/pharmacien\\_dofficine\\_dans\\_paerpa\\_bupha.pdf](http://extranet.anap.fr/Intranet/upload/docs/application/pdf/2018-03/pharmacien_dofficine_dans_paerpa_bupha.pdf)
31. Novactive P by. Les pharmaciens s'invitent au domicile des aînés. lanouvellerepublique.fr [Internet]. 2019 [cité 20 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/deux-sevres/les-pharmaciens-s-invitent-au-domicile-des-aines>
32. BIMEDOC - Bilan de Médication en Occitanie [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://www.urpspharmaciens-occitanie.fr/actions/bimedoc-bilan-de-medication-en-occitanie>
33. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
34. Renon J. Les pharmaciens jouent les vigies. Prescrire. déc 2018;2.
35. ARS Provence-Alpes Côte d'Azur. Bilan du programme parcours de santé des aînés sur le territoire du VAR 2016-2018 [Internet]. 2019 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Bilan-programme-Paerpa-web.pdf>
36. Livartowski S. Le projet PAERPA à Paris [Internet]. 2018 [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.paerpa-paris.fr/sites/default/files/bilan\\_paerpa\\_paris\\_0.pdf](https://www.paerpa-paris.fr/sites/default/files/bilan_paerpa_paris_0.pdf)

37. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie | Elsevier Enhanced Reader. févr 2019;19(109):30-8.
38. Société Française de documentation et de recherche en médecine générale, HAS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée : recommandations. 2005.
39. Ramay V. ETUDE QUALITATIVE SUR L'INTERET DES OBJETS CONNECTES DE SANTE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DU SUJET AGE: POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE. [Montpellier]: UFR de médecine Montpellier-Nimes; 2018.
40. Présence verte Services. Réadaptation à domicile [Internet]. Présence verte services. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.presenceverteservices.fr/nos-services/readaptation-a-domicile/>
41. Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. Direction générale de la santé [Internet]. 2006 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
42. Latulippe K, Guay M, Giguère A, Provencher V, Sévigny A, Poulin V, et al. Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. Perception par les proches aidants de leur processus de recherche d'aide. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. févr 2019;67(1):43-9.
43. Vallée A, Verdier-Parent A, Vallée J-N, Hervé C. Évaluation du ressenti des aidants, filles et fils de personnes âgées dépendantes atteintes de démence. Éthique Santé. 1 juin 2016;13(2):83-90.
44. Hadj Said S. Etude descriptive de la fragilité des aidants de plus de 65ans évalués en hopital de jour gériatrique. [Montpellier]: Faculté de médecine Montpellier-Nimes; 2016.
45. MAIA, CHU Montpellier, ARS Occitanie. Annuaire des Equipes Spécialisées Autonomie du territoire de la MAIA Est-Héraultaise [Internet]. 2015 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.personnes-agees-herault.fr/sites/personnes-agees-herault.fr/files/upload/maia\\_esa\\_nxlogo.pdf](https://www.personnes-agees-herault.fr/sites/personnes-agees-herault.fr/files/upload/maia_esa_nxlogo.pdf)
46. Léon C. Les comportements de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans. :2.
47. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2004;2(1):7-12.
48. HAS. Arbre décisionnel dépression du sujet âgé [Internet]. 20014 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4999/document/arbre-decisionnel-depression-caracterisee\\_has.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4999/document/arbre-decisionnel-depression-caracterisee_has.pdf)
49. Balard F. Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? Gérontologie Société. 2010;33 / n° 132(1):177.
50. Mauriat C, Stampa M de, Simana F, Jouannet M, Garnier B, Cassou B. Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile. Faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. Gerontol Soc. 2009;32 / n° 131(4):81-97.
51. Buisson B, Lepetit DA. QUAND LE PATIENT DÉMENT DIT « NON ». 2017 nov 9; Villefranche.
52. Vannièrre C. Exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes du territoire Est-Héraultais autour du dispositif PAERPA. [Montpellier]: UFR de médecine Montpellier-Nimes; 2019.

53. HAS. Mise en oeuvre du PPS PAERPA : bilan à 6 mois [Internet]. 2015 [cité 20 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)
54. Sarrazin F. Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA [Internet]. Lille 2; 2018 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/38a20fce-75c2-4c13-b374-19559c3bce73>
55. Guyon C. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAREPA [Internet]. [Dijon]: UFR des Sciences de santé; 2016 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/3d8614a2-6bf2-45cb-a9d9-8ee312f7e0b7>

## ANNEXE 1 : le territoire Est-Héraultais



## ANNEXE 2 : Questionnaire HAS d'aide à la décision d'initier un PPS

### QUESTIONNAIRE D'AIDE A LA DÉCISION D'INITIER UN PPS CHEZ DES PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS

**1<sup>re</sup> étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'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 ?			

<sup>1</sup> Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

**2<sup>de</sup> étape : décider d'initier un PPS.**

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions : un PPS peut être initié		
La personne :	O	N
➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?		
➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		



## ANNEXE 3 : Fiche d'aide à l'orientation des personnes âgées

### LOGO PROFESSIONNEL QUI FAIT LA DEMANDE

#### FICHE D'ORIENTATION PARCOURS PERSONNES AGEES Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet intégré

Toutes les données sont susceptibles de ne pas être renseignées.

Pour les personnes vivant sous le même toit, remplir une fiche par personne et le mentionner dans les informations complémentaires

DATE DE LA DEMANDE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CONCERNANT <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE
Nom :	Prénom :	Nom :
Nom de jeune fille :		Prénom :
Date et lieu de naissance :		Fonction/Qualité :
Téléphone/Mail :		Structure :
Adresse :		Téléphone/Mail :
Vit seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

#### DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

#### INFORMATION/CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Est-elle informée de l'orientation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi : .....
Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi : .....

#### ENTOURAGE / ANTICIPATION

Personne à contacter	Nom :	Tel :
Lien avec la personne :	Prénom :	Mail :
Représentant légal	Nom :	Tel :
Statut : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Oui	Prénom :	Mail :
Personne de confiance	Nom :	Tel :
Directives anticipées	Prénom :	Mail :
Mandat de protection future		

#### ACCOMPAGNEMENT POUR L'AUTONOMIE

Services en place	<input type="checkbox"/> Aides à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
APA	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui GIR : ..... Nb d'heures du plan d'aide : .....
PCH	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures du plan d'aide : .....

#### LISTE DES PROFESSIONNELS EN PLACE

Fonction et Structure (IDE, A. Social, SAAD, Kiné...)	NOM et Prénom	Tel/ Mail	Fréquence d'intervention
Medecin traitant			

ASPECTS	Problématiques	Caractérisation des problématiques
---------	----------------	------------------------------------

<b>Familiaux et sociaux</b>	<input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input type="checkbox"/> Risque d'abus <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance	       
<b>Autonomie fonctionnelle et décisionnelle</b>	<input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments ....) <input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Déni de la maladie <input type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté dans la gestion du quotidien	       
<b>Santé</b>	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Risque de déshydratation <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus/Renoncement de soins <input type="checkbox"/> Manque/ Défaut de soins <input type="checkbox"/> Douleurs	       
<b>Economique et administratif</b>	<input type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative et/ou budgétaire	    
<b>Environnement et sécurité</b>	<input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste/insalubre <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Maintien à domicile compromis <input type="checkbox"/> Isolement géographique	    

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : .....

ORIENTATION VERS (Plusieurs professionnels peuvent être destinataires de cette orientation)

NOM DE LA STRUCTURE	NOM/FONCTION PROFESSIONNEL	TEL/MAIL

SUITES DONNEES PAR LE RECEPTEUR DE LA FICHE (A RETOURNER AU DEMANDEUR). Reque le.../.../....

<input type="checkbox"/> Orientation acceptée	<input type="checkbox"/> Demande réorientée vers : .....	Date et nom du professionnel : .../.../.... .....
---	---	---

## ANNEXE 4 : Check list d'aide à l'identification des priorités des professionnels

Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)						
Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi	
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Précarité</b>		
- accident iatrogène				- financière		
- automédication à risque				- habitat		
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiant)				- énergétique		
- problème d'observance						
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiant)				<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				- habillement		
- multiples intervenants				- aller aux toilettes		
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- continence		
				- locomotion		
				- repas		
<b>Problèmes de mobilité</b>				<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>		
- risque de chute						
- chute(s)				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>		
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone		
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments		
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul		
				- difficultés à gérer son budget		
<b>Isolement</b>				- refus de soins et d'aides		
- faiblesse du réseau familial ou social						
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause		
- isolement ressenti						
- isolement culturel				<b>Troubles de l'humeur</b>		

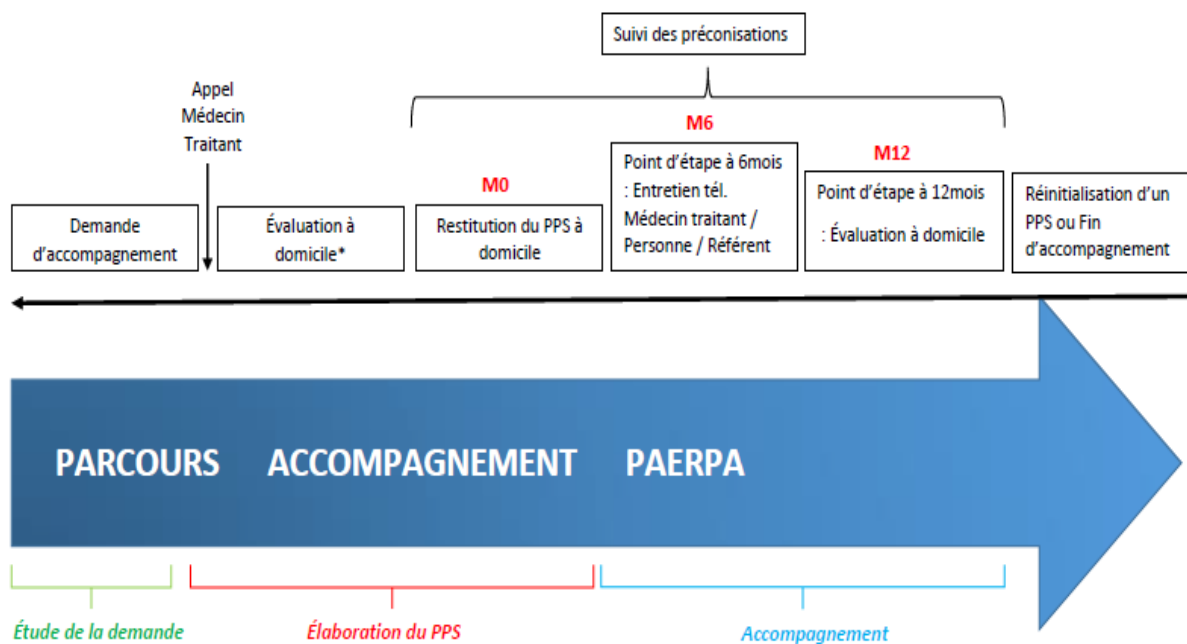
## ANNEXE 5 : Modèle PPS

<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 ( <i>check-list</i> )	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 ( <i>check-list</i> )	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

## ANNEXE 6 : Résumé du parcours de santé des aîné PAERPA



## ANNEXE 7 : Fiche de consentement



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes sollicité(e) pour donner votre consentement à la transmission d'informations vous concernant.

Votre consentement permettra le traitement automatisé de vos données personnelles dans le cadre de la Coordination Territoriale d'Appui 34 (CTA 34) et à des fins de faciliter l'échange d'informations entre les professionnels qui vous entourent, dans l'objectif d'améliorer votre parcours de santé.

Les informations transmissibles sont celles qui sont pertinentes et strictement nécessaires à votre prise en charge. Les informations recueillies sont centralisées par PFS 34 et font l'objet d'un enregistrement informatique. Ces données sont stockées chez un hébergeur de données de santé agréé qui en assure la confidentialité et la sécurité.

#### **Précisions sur vos droits :**

- 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 des actions de PFS 34 (démarche PAERPA, programme d'éducation thérapeutique),
- Si vous souhaitez quitter le dispositif, vous pouvez retirer votre consentement par tout moyen en vous adressant au professionnel de PFS 34 qui l'a recueilli,
- Les données collectées et traitées seront supprimées au-delà de deux ans à compter du dernier contact,
- Conformément au règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Responsable du traitement des données :

Mme Larboulette-Nigen  
PFS 34 - Hôpital Saint Eloi, 80 avenue Augustin Fliche 34295 Montpellier cedex 5  
Tél : 04 67 33 24 21 – Courriel : secretariat@pfs34.com

Merci de formuler vos accords ci-dessous : (cadre à compléter)

Mme /  Mr NOM : ..... Prénom : .....

Ou son représentant légal : .....

Coordonnées (téléphone, email) : .....

J'accepte l'intervention de PFS 34,

J'autorise les professionnels qui interviennent auprès de moi à recueillir et à échanger, dans la plus stricte confidentialité, les informations me concernant utiles aux soins et aux services que je requiers,

Je consens à ce que ces informations soient informatisées pour les besoins du service et qu'elles soient conservées dans les dossiers des intervenants.

Date : .....

Signature :

## ANNEXE 8 : Contenu des PPS

	Sous problématique	Objectifs	Actions à réaliser
Problèmes nutritionnels	Problèmes d'ordre médical : AEG, Anorexie, problèmes bucco-dentaires, troubles de la déglutition/dysphagie...	Améliorer l'état nutritionnel	Bilan nutritionnel (examen clinique, MNA, biologie...)
			Pesée mensuelle
			Vigilance / Fiche de suivi de la prise alimentaire
			Prise de Compléments nutritionnels oraux (CNO) et/ou enrichissement de l'alimentation
			Biologie de suivi (Albuminémie, CRP)
		Améliorer l'état bucco-dentaire	Consultation dentaire
	Eviter les fausses routes	Bilans ORL, orthophoniste	
		Adaptation de l'environnement, de la posture et des aliments	
	Problèmes d'ordre fonctionnel : difficultés pour les courses / la préparation des repas / la prise des repas et inadéquation des aides	Assurer une meilleure prise du repas	Demande de mise en place ou renforcement aide à domicile lors des repas
			Aide à la prise des repas
Portage de repas			
Aide à la réalisation des courses			

Problèmes locomoteurs du patient	Problèmes de déplacement	Evaluer les capacités fonctionnelles	Evaluation à domicile
			Evaluation hors domicile
		Prévenir le risque de chute et améliorer l'autonomie	Adapter les chaussures
			Mise en place d'aides techniques (cane, déambulateur, ...)
			Demande d'Education thérapeutique "prévention des chutes"
			Mise en place de l'activité physique adaptée et/ou kinésithérapie
	Chute, risque de chute, phobie post chute	Eviter les chutes	Evaluation à domicile
			Evaluation hors domicile
			Adapter les chaussures
			Mise en place d'aides techniques (cane, déambulateur, ...)
			Mise en place de l'activité physique adaptée et/ou kinésithérapie
			Demande d'Education thérapeutique "prévention des chutes"
		Réduire les risques de chutes liés à l'habitat	Evaluation et adaptation du logement
		Pouvoir alerter en cas de chute	Mise en place d'un système de télé-alarme
			Acquisition d'un téléphone mobile adapté
			Apprentissage à donner l'alerte
		Correction des troubles sensoriels	Consultation ophtalmologiste
Consultation ORL			



Troubles de l'humeur	Améliorer les symptômes dépressifs	(Ré)évaluation médicale
	Avoir un suivi régulier	Consultation psychologue / psychiatre
Altération de l'état cognitif	Etablir un diagnostic précis	Réalisation d'une évaluation gériatrique
		Réalisation d'un bilan diagnostique adapté (bilan mémoire, imagerie...)
	Maintenir les capacités motrices, cognitives, sensorielles et de communication	Évaluation et intervention d'une équipe spécialisée autonomie/mémoire/alzheimer
	Avoir un suivi régulier	Réévaluation de la situation tous les 6 mois (EGS, MMS...)
Lien avec équipe mobile gériatrique		
Epuisement familial	Accompagner le(s) aidant(s)	Mise en place/Modification du plan d'aide à domicile
		Recherche de solutions de répit de l'aidant
		Orientation vers la plateforme de répit et d'accompagnement des aidants
		Soutien psychologique
		Intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile

Polymédication (n ≥ 6)	Adapter les traitements	Révision de l'ordonnance
		Adaptation de la posologie à la fonction rénale
		Contact pharmacien
Risque élevé de iatrogénie	Eviter la iatrogénie	Révision de l'ordonnance
		Adaptation de la posologie à la fonction rénale
		Contact pharmacien
Défaut d'observance (traitement non pris, oubli fréquent de prise, non-respect de la posologie ou de la durée de traitement prescrite,...) et difficultés de prise autonome des médicaments	Améliorer l'observance	Contact pharmacien / Famille
		Mise en place d'un pilulier
		Surveillance ou Administration des médicaments par une tierce personne

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## **RESUME**

**Contexte :** L'expérimentation PAERPA mise en place dans le territoire Est-Héraultais depuis septembre 2017 a pour objectif de repérer la fragilité et prévenir le risque de perte d'autonomie chez les sujets âgés de plus de 60ans en facilitant la coordination entre les professionnels prenant en charge le patient via l'outil plan personnalisé de santé PPS. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la mise en œuvre de ce dispositif via la réalisation ou non des objectifs fixés par le PPS.

**Matériels et méthode :** Etude de cohorte descriptive à inclusion rétrospective et suivi prospectif à partir de la base de données de la CTA de l'Est-Hérault. Tous les patients âgés de plus de 60ans vivant à domicile et ayant eu un PPS rédigé entre Septembre 2017 et Avril 2018 ont été inclus. Suivi des PPS pendant 1 an. Description de cette population puis analyse des PPS.

**Résultats :** Notre échantillon comportait 137 patients avec une moyenne d'âge de 79ans et un total de 656 objectifs fixés par les PPS. 52% des objectifs ont été réalisés à 6 mois et 62% des objectifs ont été réalisés à 12 mois de suivi. Les objectifs concernant les problématiques sociales ont été atteints à 70% à 12 mois, 63% à 12 mois pour les problématiques locomotrices, 60% pour les problématiques liées aux troubles de l'humeur et cognitifs, 64% pour les problématiques nutritionnelles et enfin 61% à 12 mois pour les problématiques liées aux médicaments.

**Conclusion :** L'expérimentation semble prometteuse, mais ces résultats devront être confirmés par une étude plus longue et avec un plus grand nombre de patient.

**Mots clés :** autonomie, parcours de santé, coordination, PPS, ambulatoire, PAERPA, personnes âgées.