



Exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes du territoire Est-héraultais autour du dispositif PAERPA

Claire Vannière

► To cite this version:

Claire Vannière. Exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes du territoire Est-héraultais autour du dispositif PAERPA. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02898235

HAL Id: dumas-02898235

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02898235>

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 MONTPELLIER-NIMES**

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Claire VANNIERE

Le 07/11/2019

*« Exploration de l'expérience vécue des médecins
généralistes du territoire Est-héraultais autour du
dispositif PAERPA. »*

Directeur de thèse : Dr Chokri BOUBAKRI

JURY

Président du jury : Pr AMOUYAL Michel

Les assesseurs : Dr LOGNOS Béatrice

Dr PAVAGEAU Sylvain

Dr BOUBAKRI Chokri

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Claire VANNIERE

Le 07/11/2019

*« Exploration de l'expérience vécue des médecins
généralistes du territoire Est-héraultais autour du
dispositif PAERPA. »*

Directeur de thèse : Dr Chokri BOUBAKRI

JURY

Président du jury : Pr AMOUYAL Michel

Les assesseurs : Dr LOGNOS Béatrice

Dr PAVAGEAU Sylvain

Dr BOUBAKRI Chokri

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

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
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
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
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
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^{re} 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, brulologie
 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
 STOEBSNER 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^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} 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

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
GIANZILY-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^{re} 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 Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES 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^{ème} 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^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} 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
LAINE 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 qui me font l'honneur aujourd'hui d'assister à ma thèse.

Au Pr Michel Amouyal : Je n'ai pas eu l'occasion de beaucoup vous côtoyer durant mon internat, mais j'ai été marquée par plusieurs de vos interventions lors de soutenances de thèse, engagées, humanistes... Je suis très touchée par votre présence aujourd'hui.

Au Dr Béatrice Lognos : Béa, tu m'as accueillie avec une grande disponibilité à une époque de doute et redonné le goût de la médecine générale. Mon chemin aurait été sûrement autre si je n'avais pas croisé ta route... C'est un grand bonheur que tu fasses aujourd'hui partie de ce jury.

Au Dr Sylvain Pavageau : Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'apporter votre expertise de l'analyse qualitative !

Au Dr Chokri Boubakri : Chokri, tu m'as fait confiance pour ce sujet en acceptant que je m'embarque dans une approche qualitative, j'espère que le travail réalisé sera à la hauteur... J'ai peut-être manqué d'ambition en renonçant à certains projets, mais je reste convaincue qu'il y aura toujours une belle façon d'exercer cette gériatrie qui me tient à cœur ici ou ailleurs... Merci pour ta bienveillance, ton amitié et ce petit côté paternaliste que tu cultives et qui fait toujours du bien...

A l'équipe PAERPA 34... Camille, merci pour ta disponibilité et ton aide précieuse...

Aux médecins rencontrés durant ma jeunesse et qui ont influencé mon parcours...

Au Dr Trichard : Philippe tu as toujours incarné pour moi l'image du médecin de famille. Un véritable exemple de par tes qualités humaines hors paires. Ton modèle sera toujours une source d'inspiration...

Au Dr Raingeard : J'espère avoir un jour l'occasion de vous remercier autrement que sur cette feuille de papier...

A tous mes pairs qui m'ont encouragée durant l'externat : Pr Maurel, Pr Rivier, Dr Landragin, Dr Bismuth, Dr Konaté, Dr Baptista...`

Au Professeur Mondain, merci pour votre main tendue il y a quelques années... A Madame de Montrichard, je n'oublie pas vos mots...

A toute l'équipe de gériatrie de Carcassonne. Vous m'avez accompagnée dans mes premiers pas d'interne. Un stage riche de savoir-faire mais plus encore de savoir être, qui m'a confortée dans mon attachement à la gériatrie... Sarah, ton engagement et ta lecture de l'autre m'ont vraiment touchée... Je garde bien précieusement ton petit mot d'au revoir... Et comme tu l'as si bien conclu : « Vive la Philanthropie ! »

Au Dr Mireille Noyer. Mireille, merci pour ces six mois de compagnonnage dans mes débuts de médecin généraliste. Je resterai profondément marquée par votre sens prononcé du dévouement, votre rigueur professionnelle et surtout votre grande humilité... Vous laisserez un grand vide à Murviels après votre départ...

A toute l'équipe des urgences de la clinique Saint Jean. Merci pour votre accueil si chaleureux ! Vous avez su conserver un esprit très familial et je dois dire que cela m'a bien réconciliée avec les services d'urgence ! Ces six mois ne m'auront, certes, sûrement pas suffi à appréhender tous les mystères de la traumato, mais vous m'avez donné le goût des gestes, ce qui m'est plus que précieux aujourd'hui dans ma pratique !

A toute l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Montpellier : Jean-Pierre (Dr Benezech), Laurence (Dr Raffard), Irina (Dr Ivancov), Cécile, Valérie et Valérie, Jean Luc, Sandrine, Maryse, Cathy, Agnès et notre binôme atypique... On a partagé bien plus qu'un simple stage. La temporalité chez vous est autre, les souvenirs bien nombreux... Que de rencontres singulières ! Il est bon de se dire qu'il existe encore des espaces de discussions éthiques, où la parole n'est pas censurée, où le débat est passionné, engagé, mais toujours dans le respect de l'autre. C'est si précieux... Jean Pierre, merci pour ton sens du partage et de la transmission. C'est un réel support de pouvoir encore faire appel à tes conseils éclairés aujourd'hui dans ma pratique ! Valérie M., merci pour toutes tes attentions... Ma Cathy, ton amitié m'est précieuse...

A toute l'équipe de l'Unité Mobile de Gériatrie du CHU de Montpellier : merci pour cet apprentissage de l'expertise gériatrique à vos côtés ! Une jolie philosophie du soin, où la notion de prise en soin globale du patient prend tout son sens...

A toute l'équipe d'onco-hémato du Mas de Rochet. Jean Marc (Dr Salavagione) j'ai vécu une superbe expérience professionnelle et humaine à tes côtés. Merci pour ta grande confiance et cette autonomie que tu m'as accordée. Ce stage restera un temps fort de mon internat. Désolée encore de vous avoir imposé des staffs souvent trop longs et trop enflammés, mais on ne se change pas je crois... Anaïs, heureusement que tu as été là, fidèle au poste, pour manœuvrer la barque.... Ma Laeti, quelle belle rencontre... Ne perds jamais cette curiosité insatiable, elle t'emmènera loin j'en suis sûre !

A ma famille...

A mes grands-parents qui malheureusement ne sont plus présents physiquement mais dont le souvenir m'habite toujours...

Papi Jean. On s'est si peu connu, à mon grand regret... Les récits de ta pratique de la médecine générale de campagne ont bercé mon enfance, j'espère être aujourd'hui digne de reprendre le flambeau... Mon goût pour la médecine rurale et le domicile ont sûrement été influencés par ton héritage...

A mes parents... Ces valeurs que je défends aujourd'hui je les dois à votre éducation. Merci de nous avoir ouvert au monde, en nous offrant ces superbes années de jeunesse en Corse puis à La Réunion. Vous nous avez laissés cette liberté de nous accomplir, à notre rythme... Merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A mes frères... Benoit, merci de m'avoir proposé un jour de t'accompagner pour ce GR20, comme un défi pour trouver le courage de me relancer. Un temps fort de notre fraternité qui reste gravé... Ta sagesse et tes conseils avisés sont toujours aussi précieux... Merci pour ton soutien dans ce travail de thèse ! Jean, je suis hyper fière de ton parcours... Heureusement que tu es là pour venir réveiller ma conscience politique ! Ta façon de questionner le monde est à ton image, ne change rien...

A tous les oncles et tantes qui m'ont soutenue dans mon parcours. A l'Ardèche, mon lieu ressource et mes racines...

A Odile et Christian. Merci d'avoir été là... Christian tu nous manques aujourd'hui...

*A toute l'équipe de la Villa qui m'a accueillie, comme une seconde famille ... Momo (J.L.M)
j'espère que tu seras là aujourd'hui, c'est si symbolique ...*

Aux vieilles amitiés qui durent toujours et qu'on a pris le soin de faire vivre malgré la distance :

Elo et Lio, Val et Mathieu G... Ma Momo on a tant partagé... La liste des péripéties ensemble est longue, tous mes défis un peu audacieux c'était avec toi... Plus de 20 ans qu'on ne se lâche pas. J'espère que les années à venir nous réservent encore de jolis moments d'amitié. Julien M., merci pour ce beau lien qui persiste. A notre « Camino », expérience hors du temps...

A toute la « team » d'Alzon qui se reconnaitra, et à ceux qui l'ont rejoint ! Ben, Greg, Cricri, Oliv, Marielle, Mathias et Marine, Lorenzo et Gwen... La coloc à 10 ça avait son charme quand même...

Aux copains de P1 et d'externat :

Alice, merci pour ta grande fidélité à travers les années... Tu es pour moi un modèle de sagesse et de tempérance, j'essaye d'en prendre de la graine !! Et que dire de ta disponibilité pour m'aider à apprivoiser ce fichu logiciel de traitement de texte qui m'a donné bien du fil à retordre, merci pour ton aide sans faille ! Michou et Cloé, heureusement que vous étiez là les amis... Michou merci pour tout ce que j'admire chez toi en tant qu'ami et qui fait de toi aussi je pense un médecin généraliste assez exceptionnel : ta grande qualité d'écoute, ton non-jugement, ta disponibilité... Le petit rituel café/boulangerie à tes côtés m'a bien aidé pour traverser l'internat, ça restera un super souvenir ! Vuthy, on fait partie de ceux qui ont eu des parcours à rallonge, mais on tient le bon bout ! Hâte de vous retrouver avec Laura pour célébrer en grande pompe votre mariage ! Vincent, à nos souvenirs du tuto physio, aux Week-End « rando » à Matemale, à la GTJ... J'espère qu'on aura vite l'occasion de se faire quelques sommets à la Réunion ! Linda, je suis ravie que tu reviennes parmi nous à Montpellier, hâte de te retrouver ! Benoit, depuis les années Alzon où tu bachotais ta P1 tu m'as bien rattrapée... Quel parcours brillant, et courageux, de par ces choix que tu as assumés... Notre amitié m'est très précieuse... Je compte sur toi pour faire chanter la ferraille ce soir ! A Lorraine,

Bader, Bassem, et toutes nos petites jonctions ici ou ailleurs, au travers des années, toujours aussi savoureuses...

Aux copains d'internat :

A mes deux super co-internes de gériatrie de « Carca » : Laurène et Cam Cam, quelle aventure à vos côtés les filles ! Laurène, notre mère à tous ; heureusement que tu étais là pour tempérer nos fonctionnements parfois trop passionnés ! Ma Cam, je te souhaite plein de belles choses pour tous ces projets hauts en couleurs qui s'offrent à toi !

A Coco et Alex, Mika et Maylis, Emma, Thib thib, Martin Sansi, Bogdan, Horia, Elo et Quentin, Joëlle, Hélène, Simon, Manu... Les loulous quelle chance de vous avoir rencontrés ! Nombreux sont les souvenirs à vos côtés...

Mounia, c'était chouette de se lancer dans cette aventure de la thèse avec toi ! Merci d'avoir supporté mes moments de découragement... Hâte de te voir revêtir la robe à ton tour !

Aux copains du coin :

A votre sens de l'accueil, du partage, du collectif que j'apprécie tant chez vous ... Aux années « Arbousiers », « Nogaret » et « Oiseaux bleus » ... Maud, Vincent et Iris, Edith, Alban et Ida, Anne et Achraf, Marc, Cicy, Guillaume et Tati, Emilien, Antho, Camillou, Gaëlle... Ma Zaza, bravo d'avoir eu le courage d'initier le mouvement, beaucoup de belles choses t'attendent... A tous ceux qui sont venus me tenir compagnie pendant mes « remplas » longs et isolés pour un week-end rando, oeno ou kayak... A tous ceux également qui ont mis la main à la pâte et retroussés leurs manches pour m'aider à mener de front la thèse et les travaux... Merci à vous tous d'égayer mon quotidien, de m'entourer avec autant de générosité et de me soutenir dans tous mes projets !

A toutes les belles rencontres humaines faites en « remplas » aux quatre coins de la région... Merci pour votre accueil ! Petite palme à la MSP de Joyeuse en Ardèche !

Aux amis de chemin que je n'oublie pas...

A tous ceux que je ne cite pas par pudeur mais qui m'ont accompagnée dans ma route...

A madame M., je vous dois tant. Vous m'avez redonné le courage d'y croire et vous ne m'avez jamais lâchée...

LISTE DES ABREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositif d'Aide à la Coordination

DAM : Délégués de l'Assurance Maladie

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes

ESPRAD : Equipe Spécialisée Prévention et Réadaptation à Domicile

FAF-PM : Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale

FMC : Formation médicale Continue

GDS : Geriatric Depression Scale

HAD : Hospitalisation A Domicile

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

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

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

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Indépendance des malades d'Alzheimer

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MDS : Maison Départementale des Solidarités

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PFS 34 : Prévention Fragilité Sénior Hérault

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PSL : Personnel de Santé Libéraux

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSI : Régime Social des Indépendants

SNAC : Services Numériques d'Appui à la Coordination

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SPHERE : Soins Palliatifs Hôpitaux Et Réseaux Externes de Santé

UTAG : Unités Territoriales d'Action Gériatrique

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	4
1.1	<i>Contexte épidémiologique</i>	4
1.2	<i>La notion de syndrome gériatrique</i>	5
1.3	<i>Soins Intégrés.....</i>	7
1.4	<i>Parcours santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie</i>	8
1.5	<i>Historique et particularité du territoire Est-héraultais.....</i>	9
1.5.1	Historique	9
1.5.2	Territoire d'intervention.....	10
1.5.3	Epidémiologie	10
1.5.4	Particularités	10
1.5.5	Professionnels concernés	11
1.5.6	Gouvernance et équipe PAERPA 34	12
1.5.7	Parcours type PAERPA 34	12
1.5.8	Dispositifs dérogatoires	14
1.6	<i>Objectif de l'étude.....</i>	15
2	MATERIEL ET METHODE	16
2.1	<i>Choix de la méthode</i>	16
2.1.1	La méthode qualitative.....	16
2.1.2	Le type d'analyse	16
2.1.3	Choix de l'entretien semi dirigé.....	17
2.1.4	Rédaction du guide d'entretien	18
2.1.5	Vers un entretien compréhensif.....	18
2.2	<i>Recrutement de la population d'étude</i>	19
2.2.1	Critères de recrutement.....	19
2.2.2	Mode de recrutement	20
2.3	<i>Déroulement des entretiens.....</i>	20
2.4	<i>Nombre des entretiens.....</i>	21
2.5	<i>Analyse des entretiens</i>	21
3	RESULTATS.....	22
3.1	<i>Recrutement de la population</i>	22
3.1.1	Au niveau temporel.....	22
3.1.2	Echantillon.....	22

3.1.3	Notion de saturation	22
3.1.4	Caractéristiques de la population.....	22
3.1.5	Durée des entretiens.....	23
3.2	<i>Résultats de l'étude</i>	24
3.2.1	Connaissance du dispositif	24
3.2.2	Perception de la place du médecin généraliste au sein du dispositif.....	31
3.2.3	Modification de la prise en soin du patient.....	38
3.2.4	Modification de la pratique du médecin généraliste	43
3.2.5	Communication au cours de l'accompagnement du PPS entre PAERPA et les médecins généralistes	48
3.2.6	Les outils à disposition : le PPS	52
3.2.7	Le suivi des PPS.....	55
3.2.8	Question de la rémunération éventuelle de la participation au dispositif.....	57
3.2.9	Avenir de PAERPA envisagé par les médecins généralistes.....	60
4	DISCUSSION	63
4.1	<i>Validité de l'étude</i>	63
4.1.1	La question de recherche	63
4.1.2	La population d'étude	64
4.1.3	Le déroulement des entretiens	64
4.1.4	La notion de saturation	66
4.1.5	La méthode d'analyse.....	66
4.1.6	La triangulation.....	67
4.2	<i>Les résultats</i>	67
4.2.1	Connaissance du dispositif	67
4.2.2	Place du médecin généraliste au sein du dispositif.....	70
4.2.3	Modification de la prise en soins du patient	73
4.2.4	Modification des pratiques	74
4.2.5	Communication entre l'équipe PAERPA et les médecins	76
4.2.6	PPS et outils à disposition.....	76
4.2.7	Suivi des PPS.....	80
4.2.8	Question de la rémunération	81
4.2.9	Avenir envisagé pour le dispositif PAERPA par les médecins généralistes.....	83
4.3	<i>Perspectives</i>	84
4.3.1	Pour la recherche	84
4.3.2	Pour la pratique.....	84
5	CONCLUSION	86
6	BIBLIOGRAPHIE	87

7	ANNEXES	93
7.1	<i>Territoire d'intervention PAERPA 34</i>	93
7.2	<i>Questionnaire d'aide à la décision d'orientation à PAERPA.....</i>	94
7.3	<i>Fiche d'orientation à la CTA</i>	95
7.4	<i>Exemple de PPS de PAERPA 34.....</i>	97
7.5	<i>Introduction au guide d'entretien présentée aux médecins généralistes</i>	98
7.6	<i>Guide d'entretien initial</i>	99
7.7	<i>Formulaire de recueil de consentement libre et éclairé</i>	100
7.8	<i>Critères d'inclusion PAERPA versus MAIA</i>	102
7.9	<i>Modalités d'intervention PAERPA versus MAIA</i>	103
7.10	<i>Les MSP en Occitanie en avril 2019.....</i>	104

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte épidémiologique

La conjonction du vieillissement de la population et du creux démographique des professionnels de santé laisse présager une mise en tension de notre système de soins dans les années à venir.

En effet, selon les prévisions de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) l'augmentation la plus importante de la population française devrait concerner les personnes âgées avec une estimation de plus de 13,5 millions de personnes de plus de 75 ans en 2070 (1) contre 9,3 millions en 2018 (2). Ce phénomène démographique s'explique à la fois par le vieillissement de la génération du Baby-boom, ainsi que par les progrès croissants de la médecine moderne permettant une meilleure prise en charge des pathologies autrefois létales.

Ce vieillissement de la population est corrélé à une augmentation forte de la prévalence des pathologies chroniques et des syndromes gériatriques, et par conséquent à une majoration de la perte d'autonomie responsable de coûts de Santé importants.

Selon un rapport récent de la DREES (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) on estimait déjà en 2015 qu'environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie, auxquelles se rajoutaient 584 000 personnes vivant en établissement, soit un total de plus de 2 millions de personnes. La perte d'autonomie chez les sujets de 60 ans peut également être estimée par un critère plus administratif : les personnes bénéficiant de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Dans son modèle prévisionnel pour 2030, la DREES estime que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens bénéficiaires de l'APA) devrait passer de 1 265 000 en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2 050 (3).

Au-delà de ces aspects purement socio-économiques, le rapport Libault « Grand Age et Autonomie » rendu en Mars 2019, et faisant suite à plusieurs mois de concertation à l'échelle nationale locale et citoyenne, invite à repenser la place des personnes âgées dans nos sociétés, proposant une nouvelle politique du grand âge, avec pour objectif principal de « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » (4). Ces propositions font suite à des multiples constats, dont entre-autres :

- Une demande plus affirmée du maintien à domicile.
- Un système de soins encore trop complexe et peu lisible, malgré les efforts importants des pouvoirs publics ces dernières années.
- Un manque réel de coordination à l'origine de rupture dans le parcours de soins, de défaut de prévention et d'isolement.
- Une inégalité importante selon les territoires en termes de perte d'autonomie à domicile mais aussi en termes de ressources.

Ces disparités en terme de perte d'autonomie au domicile des personnes âgées ont été clairement mises en évidence par une autre étude de la DREES, avec des prévalences variant du simple au double selon les départements de France (5). Cette notion d'inégalités entre départements complexifie évidemment la réflexion et nécessite donc d'adapter les propositions à des échelles territoriales plus restreintes.

1.2 La notion de syndrome gériatrique

Pour comprendre la perte d'autonomie chez le sujet âgé, il convient de définir la notion de syndrome gériatrique. Cette notion apparaît dans la littérature médicale dans les années 1980. Le syndrome gériatrique ne doit pas être compris au sens d'une pathologie donnée, et ne répond pas non plus à la définition d'un syndrome médical pour lequel on entend « un ensemble de signes ou de symptômes dont le groupement correspond à une entité nosologique » (6).

Bien que sa définition ne soit toujours pas consensuelle au niveau de la communauté internationale (7), on peut tenter d'approcher cette notion comme étant une situation de santé définie par les 4 critères suivants (6) :

- Une situation de santé dont la prévalence augmente avec l'âge, ou uniquement observée chez le sujet âgé
- Qui résulte de facteurs multiples : des facteurs favorisants (maladie chronique sous-jacente) et des facteurs précipitants (épisodes aigus ou intercurrents)
- Qui a pour conséquence fréquente un risque de perte d'autonomie voire d'entrée en institution
- Et dont la prise en charge se doit d'être multifactorielle, nécessitant une approche globale du patient

Parmi les syndromes gériatriques identifiés peuvent être cités afin d'illustrer cette notion (8):

- Les chutes
- La dénutrition protéino-énergétique
- L'incontinence
- Les troubles du sommeil
- La démence et les troubles du comportement
- La dépression du sujet âgé
- Les troubles visuels et auditifs...

Ces grands syndromes sont à l'heure actuelle responsables d'un coût de santé important pour notre système de soins, de par la perte d'indépendance fonctionnelle, les hospitalisations itératives...

Le fait de les dépister de façon la plus systématisée possible chez tout patient gériatrique permet de prévenir en partie ces complications.

1.3 Soins Intégrés

Face à ces enjeux socio-économiques, les questions de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics (9). Ainsi, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) propose dès 2011 de repenser l'organisation territoriale, afin de favoriser la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Ce sont les « prototypes d'organisations nouvelles » pensés autour du parcours de l'utilisateur (10).

Cette réflexion se base sur le concept de soins intégrés, qui se définit comme « une coordination durable des pratiques cliniques autour de prises en charges chroniques et complexes de patients » (11). Dans cette approche, le patient est repositionné au cœur de sa prise en soins, de façon active, tout en étant intégré au sein d'un réseau multidisciplinaire où chaque professionnel apporte une expertise complémentaire. Ce modèle de soins vise ainsi trois objectifs, c'est le principe du « Triple Aim » (12) :

- « Améliorer l'état de santé de la population en général, et en particulier des malades chroniques ;
- Améliorer la qualité de la prise en soins des patients ;
- Accroître l'efficacité des moyens alloués. »

Les bénéfices des soins intégrés, déjà expérimentés depuis plusieurs années dans de nombreux pays, ont ainsi été mis en exergues par plusieurs études. Celles-ci s'accordent toutes à démontrer qu'ils permettent un meilleur état de santé chez les personnes âgées, à coût égal avec les systèmes actuels (13), (14), (15).

Le rapport Libault reprend d'ailleurs ce concept des soins intégrés en en faisant une des mesures phares de ces propositions. Il engage ainsi à lutter contre l'isolement de la personne âgée et à soutenir les aidants grâce à un modèle d'accompagnement et de soins intégrés associant démarches professionnelles et citoyennes, pour et avec les personnes (4).

Ce modèle plus coopératif apparaît comme un levier potentiel pour améliorer les pratiques professionnelles et les parcours de soins, et in fine trouver un équilibre financier pérenne.

1.4 Parcours santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

Dans cet objectif, le ministère des affaires sociales et de la santé a lancé en 2014 dans neuf territoires pilotes les expérimentations « parcours santé » des PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie), afin d'améliorer la prise en charge, la qualité de vie et le « maintien à domicile » des personnes âgées de 75 ans ou plus à risque de perte d'autonomie et de leurs aidants (16). Secondairement, en juin 2016, le projet a été étendu à sept nouveaux territoires, puis, en septembre 2017, au territoire Est Héraultais.

Sont définis comme « patients à risque de perte d'autonomie », les patients de 75 ans et plus, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical (17). Le rapport Libault 2013 pour la mise en œuvre des projets pilotes souligne que ces personnes à risque de perte d'autonomie sont particulièrement exposées à quatre facteurs de risque d'hospitalisation, jugés évitables : la iatrogénie, la dépression, les chutes et la dénutrition (17).

Pour répondre à cet enjeu, les missions du dispositif « parcours de santé » des PAERPA peuvent se définir de la sorte (9) :

- améliorer la qualité de vie du patient et des aidants avec entre-autres l'éviction tant que possible des hospitalisations et du recours aux urgences, en prévenant notamment les quatre facteurs de risques jugés évitables sus-cités.
- favoriser la coordination entre les professionnels de santé libéraux (PSL).
- former aux bonnes pratiques professionnelles (notamment en termes de dépistage de la fragilité et de la iatrogénie).
- améliorer la transition ville –hôpital.

Pour cela, trois niveaux de coordination ont été définis :

- la Coordination clinique de proximité (CCP), où le médecin traitant occupe un rôle de chef d'orchestre entre les différents PLS.
- la Coordination Territoriale d'Appui (CTA).
- la coordination entre structures de soins et médecine de ville.

Un des outils majeurs de ce dispositif est le Plan Personnalisé de Santé (PPS) (18), qui a pour but:

- d'organiser la prise en soins des personnes âgées et de définir le rôle des différents acteurs de soins engagés dans la prise en charge.
- de résumer la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours.
- d'établir un plan d'actions pour y répondre, comportant un volet « soins » et un volet « aides »

Sous la responsabilité du médecin traitant, il formalise la coopération et la coordination des professionnels (dans le cadre de coordination clinique de proximité) intervenant auprès de la personne âgée.

Il a été laissé à la liberté de chaque territoire de s'approprier à sa convenance les outils proposés par la HAS (Haute Autorité de Santé). Ainsi notre territoire propose sa propre version du PPS (cf annexe 4).

1.5 Historique et particularité du territoire Est-héraultais

1.5.1 Historique

En 2015, sous l'impulsion du professeur Claude JEANDEL qui en deviendra le coordonnateur scientifique et d'Eva LABOURLETTE NIGEN, membre du conseil d'administration de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), est créée l'association Prévention Fragilité Séniors 34 (PFS 34), à défaut d'obtenir l'agrément nécessaire pour la mise en place de PAERPA.

Les missions de PFS 34 posaient déjà les bases du projet PAERPA à venir, à savoir : prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et coordination clinique de proximité, avec mise en place et suivi du PPS (19).

En étant validé comme nouveau territoire pilote du projet expérimental PAERPA en septembre 2017, le dispositif PAERPA est venu naturellement s'adosser à l'activité « PAERPA-like » de PFS34 qui continue aujourd'hui son activité (le financement de « PAERPA-like » court jusque fin 2021).

1.5.2 Territoire d'intervention

Le territoire Est-héraultais comporte 11 cantons, soit 58 communes dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres autour de Montpellier (cf annexe 1), couvrant un territoire de 797 km². Il s'agit du territoire de la MAIA Est-Héraultaise (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), qui a été volontairement conservé par soucis de cohérence.

1.5.3 Epidémiologie

Au niveau épidémiologique, on compte actuellement selon le diagnostic territorial de la MAIA plus de 110 000 personnes âgées de 60 ans et plus, dont plus de 41 000 de 75 ans et plus. Parmi eux 9 415 étaient bénéficiaires de l'APA en 2015 (20).

1.5.4 Particularités

Le dispositif PAERPA Est-héraultais a pour particularité d'élargir son champ d'action aux patients âgés de 60 ans et plus. Cette spécificité s'explique avant tout de par son origine. L'association PFS 34 entretenant dès le début des liens étroits avec la MAIA Est-Héraultaise (mêmes locaux, mêmes objectifs), c'est tout naturellement et dans un esprit de cohérence que PAERPA en a adopté son territoire et son critère d'âge (21). Les missions de MAIA sont bien distinctes de celles de PAERPA. Il s'agit d'une méthode visant l'intégration des services d'aides

et de soins dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, non pas à risque de perte d'autonomie, mais bien en perte d'autonomie. Sa mission est donc d'assurer la lisibilité et l'articulation des ressources pour favoriser le maintien à domicile lors de situations de perte d'autonomie avérées (22).

1.5.5 Professionnels concernés

Tout partenaire impliqué à un moment donné du parcours de santé (aides & soins) de la personne âgée est concerné par le dispositif, couvrant les 3 secteurs que sont :

- le secteur sanitaire : médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, pédicures-podologues...
- le secteur médico-social : services de soins infirmiers à domicile, services d'aide et d'accompagnement à domicile...
- le secteur social : services sociaux du département, des caisses de retraites, des établissements de santé...

Selon le diagnostic territorial de la MAIA on comptait en 2015 pour le secteur libéral :

- 701 médecins généralistes et 314 médecins spécialistes
- 1 062 infirmiers
- 518 pharmaciens
- 1 116 kinésithérapeutes
- 117 podologues

Le secteur sanitaire quant à lui regroupe :

- 1 CHU
- 11 cliniques
- 12 SSR
- 1 filière gériatrique
- Des centres experts
- 4 consultations mémoires
- HAD

- Des réseaux de santé

1.5.6 Gouvernance et équipe PAERPA 34

Le projet PAERPA 34, financé par l'ARS Occitanie (Agence régionale de santé) s'inscrit dans le cadre d'une convention tri-partite entre l'association PFS 34 et le CHU de Montpellier.

Le comité de pilotage intègre en plus différents acteurs des secteurs sanitaires, médico-social et social, parmi lesquels figurent l'URPS (Union régionale des professionnels de santé), la CTA, le conseil départemental de l'Hérault, le CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale), les organismes de Protection Sociale : CARSAT, CPAM, RSI, MSA, certaines associations comme France Parkinson, France Alzheimer...

L'équipe PAERPA 34 se compose d'une secrétaire et d'une assistante de direction, de 3 ergothérapeutes ainsi que d'une responsable ergothérapeute de formation. Cette équipe se distingue des autres territoires par la présence d'un poste d'infirmier dédié à l'interface ville-hôpital et à la supervision du dispositif dérogatoire hébergement temporaire PAERPA, d'un chirurgien-dentiste et de deux gériatres, assurant une complémentarité des compétences et actions.

1.5.7 Parcours type PAERPA 34

La sollicitation initiale à la plateforme pour signaler une situation de fragilité gériatrique peut émaner de tout professionnel de secteur ou de toute personne non professionnelle à l'origine de ce constat (famille, voisin, aidant...). Elle ne relève donc pas forcément du médecin traitant. En effet, chacun ayant un prisme de lecture et d'intervention complémentaire, cela permet de multiplier les sources de signalement potentielles.

Pour faciliter l'orientation d'un patient, une grille d'aide à la décision d'initier un PPS chez une personne à risque de perte d'autonomie a été définie, validée par la HAS (cf annexe 2).

Elle se présente en deux étapes :

1) *Si le professionnel répond oui à une des six questions citées, l'initiation d'un PPS peut être pertinente :*

La personne :

- a-t-elle été hospitalisée en urgence dans les six mois ?
- a-t-elle une poly-pathologie (≥ 3), une poly-médication (≥ 10), ou une insuffisance d'organe sévère ?
- a-t-elle une restriction de ses déplacements dont un antécédent de chute grave ?
- a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux, ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté son entourage / aidant ?
- a-t-elle des problèmes sociaux- économiques (isolement, habitat, faibles ressources ?)
- a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?

2) *La décision finale d'initier le PPS dépendra de la validation finale des deux points suivants :*

- la nécessité d'un support pluri-disciplinaire pour le patient
- l'accord du patient.

L'orientation peut se faire soit via appel téléphonique à la plateforme CTA, soit par envoi mail ou fax de la fiche d'orientation disponible sur le site internet de la plateforme cta@paerpa34.fr (cf annexe 3).

Après orientation à la CTA et validation du médecin traitant, le patient est évalué de façon multidimensionnelle par l'équipe au domicile. S'en suit un recueil d'information exhaustif auprès des différents professionnels gravitant autour du patient afin de compléter l'information et de confronter les points de vue. Ces démarches permettent à l'évaluateur d'aboutir à la rédaction d'un PPS, document secondairement partagé auprès de la personne âgée concernée ainsi que des différents personnels de santé et de ses aidants (seulement après accord de la personne âgée). L'équipe reste par la suite à disposition et assure une aide à la mise en place des préconisations.

Les modalités de réévaluation ont été initialement définies comme suit :

- Une réévaluation systématique par téléphone à 6 mois (le M6), auprès du médecin traitant et de la personne âgée concernée dans un premier temps. Evaluation éventuellement complétée par un appel téléphonique auprès de toute autre personne ressource si nécessaire pour compléter le relevé d'information (personnel de santé, aidant...), et pouvant donner lieu à une visite à domicile selon les besoins.
- Une réévaluation systématique à 12 mois (le M12) dans le cadre d'une visite à domicile.

L'évaluation initiale à domicile se veut être un dépistage global des difficultés éventuelles rencontrées afin d'enclencher le plus précocement les expertises nécessaires le cas échéant, et ce par les professionnels adaptés. Elle vient évaluer le contexte social et les ressources, les antécédents médicaux et traitements en cours, l'environnement et les habitudes de vie, l'état psycho-affectif, l'état cognitif, le degré d'autonomie, la mobilité, l'état nutritionnel, l'aspect dentaire. Elle peut être réalisée par un ergothérapeute coordinateur, un IDE coordinateur ou un médecin gériatre selon les besoins.

Lors de cette première évaluation l'ensemble des intervenants au domicile et des aidants sont répertoriés, avec au mieux leurs coordonnées, afin d'avoir une vision exhaustive de l'étayage déjà en place, ainsi que dans un souci de communication.

1.5.8 Dispositifs dérogatoires

PAERPA 34 met également à disposition gratuitement pour l'utilisateur deux places en hébergement temporaire, financées à l'année dans 5 EHPAD du territoire, ainsi qu'un ergothérapeute dans le cadre de prestations de réadaptation fonctionnelle ESPRAD (Equipe Spécialisée Prévention et Réadaptation à Domicile).

Ce projet semble donc être une piste de réflexion intéressante pour répondre aux enjeux démographiques, sanitaires et économiques auxquels nous allons devoir faire face dans les années à venir.

1.6 Objectif de l'étude

Deux grands rapports sont venus évaluer l'impact du dispositif PAERPA depuis sa mise en place : celui de la DREES intitulé : « évaluation qualitative PAERPA » de mai 2017 (23), ainsi que celui de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) : « Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de Santé des Aînés PAERPA » (24). Les résultats sont mitigés, avec notamment la mise en évidence d'un trop faible taux de connaissance du dispositif et d'un taux de réalisation de PPS bien inférieur aux objectifs fixés. Cependant, ces rapports soulignent un certain nombre de leviers possibles pour améliorer l'adhésion des PSL au projet : citons, entre autres, une meilleure diffusion et communication autour du projet, une formation des acteurs de santé renforcée, un support plus prégnant des CTA.

Ces travaux ont été mis en perspectives par quelques thèses de médecine, dont les conclusions restent assez similaires, mais qui témoignent malgré tout de variantes inter territoriales (25),(26),(27),(28).

Jusqu'à ce jour aucun travail de thèse n'a été réalisé autour du PAERPA de l'Est Héraultais.

Au vu des limites soulignées précédemment, il semblerait judicieux de venir explorer l'expérience vécue des médecins généralistes autour du dispositif PAERPA après un an d'expérimentation. L'objectif secondaire de cette étude sera d'identifier les freins actuels et les leviers potentiels pour espérer une pérennisation du dispositif et un plus large déploiement.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix de la méthode

2.1.1 La méthode qualitative

Lorsque l'on souhaite venir explorer des facteurs difficilement quantifiables, telle qu'une expérience vécue, et ce dans une démarche compréhensive, la méthodologie qualitative s'impose, en opposition à la méthode quantitative : « Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion, ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet » selon Paillé (29).

C'est donc le choix qui a été retenu afin de répondre au mieux à notre problématique de recherche portant sur l'exploration d'une expérience vécue.

La définition proposée par N. Depraz permet de mieux appréhender l'enjeu : « c'est une méthode descriptive (elle décrit la multiplicité des dimensions de l'existence, sans toutefois se vouloir exhaustive), signifiante (en participant à la découverte et à la construction de sens de cette existence) et compréhensive (elle postule la possibilité qu'à tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme) » (30).

2.1.2 Le type d'analyse

La question du choix du type d'analyse s'est avérée relativement complexe. Il semblait pertinent d'envisager une analyse phénoméno-pragmatique pour explorer au mieux l'expérience vécue, sa substance, sa richesse (29). La finalité aurait été, après une caractérisation des catégories selon le modèle de Pierce, la production d'un récit phénoménologique de synthèse.

Cependant pour répondre à l'objectif secondaire de recherche consistant en la mise en évidence de freins et de leviers potentiels, une analyse selon une approche thématique semblait plus pertinente et probablement plus didactique pour servir de support de réflexion, exposant cependant au risque d'une perte de substance importante.

Pour bien comprendre les différents niveaux d'analyse possibles en méthode qualitative, nous pouvons nous référer aux écrits de Paillé: **l'analyse thématique** peut se définir « par l'entremise des thèmes, elle vise à dégager un portrait d'ensemble » (29), l'opération centrale est la thématisation et elle peut être illustrée par un arbre thématique. « **L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes** repose sur la création et le raffinement des catégories, se situant d'emblée à un certain niveau d'abstraction, elle revendique une posture conceptuelle et non pas uniquement descriptive face aux données de l'analyse » (29). Enfin « **l'analyse phénoméno-pragmatique**, par la production d'énoncés et de récits vise la compréhension authentique de ce qui se présente tel qu'il se présente » (29).

C'est donc dans un souci de lisibilité qu'il a été convenu de privilégier une analyse thématique, quitte à essayer de faire évoluer certaines catégories de façon plus conceptuelle sous forme de théories ou d'ébauche de récit phénoménologique pour ne pas perdre toute la richesse de l'analyse.

2.1.3 Choix de l'entretien semi dirigé

En ce qui concerne le mode d'entretien, il apparaissait évident que le fait de choisir des entretiens individuels semi-directifs plutôt que des entretiens de groupe (focus groupe) permettrait de recueillir un propos plus riche, plus libre, moins censuré par l'éventuel poids du groupe, la peur du jugement des pairs...

En effet, lorsque l'on vient explorer une expérience vécue, on invite la personne interviewée à se livrer sur un sujet intime, sensible, engagé... Le cadre de la relation duelle interviewé/interviewer permet de créer un climat de confiance, de non jugement favorisant la confiance (29).

Le choix s'est ainsi porté naturellement vers cette méthode de recueil de données.

2.1.4 Rédaction du guide d'entretien

En amont de la réalisation des entretiens, la première étape a consisté en l'élaboration d'un guide d'entretien, constitué volontairement quasi exclusivement de questions ouvertes afin d'ouvrir un espace d'expression le plus libre possible.

Ce support de réflexion, malléable, a été remanié au décours des premiers entretiens afin de s'adapter au mieux à la question de recherche (cf annexes 5 et 6).

Très rapidement, avec une meilleure appropriation de la méthode, une souplesse assez importante par rapport au guide a été prise. Cela a permis d'ouvrir l'échange avec des médecins qui se retrouvaient pour certains assez peu dans les questions posées au vu de leur faible expérience réelle. Alors que pour d'autres, à contrario, dont l'expérience vécue était plus riche, le guide d'entretien s'est effacé, restant juste un support en toile de fond, afin de laisser plus de place à une expression libre du vécu, des émotions... C'est d'ailleurs bien ce que préconise Kaufman dans sa méthodologie de l'entretien compréhensif, incitant l'enquêteur à oublier sa grille, après l'avoir parfaitement apprise par cœur et assimilée (31).

2.1.5 Vers un entretien compréhensif

Dans le cadre de l'analyse qualitative, il n'existe pas une approche unique pour mener à bien un entretien. Dans son ouvrage « l'entretien compréhensif » Jean Claude Kaufman distingue deux courants.

D'un côté une tendance à l'entretien impersonnel qui tend vers l'effacement de l'enquêteur, limitant les interactions, évitant toute forme d'engagement. Cette approche a l'avantage de permettre une conduite des entretiens standardisée, réduisant ainsi les variations entre les entretiens. Le corollaire étant que « pour gagner en extension, on se condamne à perdre en relief » selon les termes d'Anne Gotman (32).

En opposition à cette première tendance, Kaufman prône l'entretien compréhensif et propose au contraire à l'enquêteur de s'engager activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté. « L'enquêteur qui reste sur sa réserve empêche donc l'informateur de se livrer » (31). Il s'agit à la fois de proposer une écoute bienveillante, empathique, de savoir respecter certains temps de silence certes, mais aussi « une présence forte, bien que discrète ». Il ne s'agit plus de se cantonner aux simples questions ouvertes, dans un excès de neutralité. Il est possible de participer émotionnellement (rires...), de faire partager succinctement sa propre opinion, d'analyser en direct les propos de l'informateur... (31).

Ce parti-pris d'un entretien compréhensif a été défendu pour ce travail de recherche.

2.2 Recrutement de la population d'étude

2.2.1 Critères de recrutement

La question de recherche explorant l'expérience vécue des médecins autour du dispositif PAERPA, il semblait pertinent de sélectionner uniquement des médecins du territoire ayant au moins une expérience d'accompagnement de PPS (achevée ou en cours), quel que soit le professionnel à l'initiative de la sollicitation.

Ces médecins ont été recensés à partir de la base de données de PAERPA.

Dans le cadre de la méthodologie qualitative, l'échantillon ne se doit pas d'être statistiquement représentatif. Il importe plus qu'il puisse regrouper les différentes caractéristiques de la population étudiée, afin de couvrir la plus grande variabilité autour de la question de recherche, c'est l'échantillonnage en variation maximale (29).

Pour répondre au mieux à cet objectif il a, dans un premier temps, été nécessaire de définir des variables jugées pertinentes, pouvant influencer l'objet d'étude, c'est-à-dire l'expérience vécue du dispositif. Ainsi le sexe, l'âge, le mode d'exercice, la part d'activité gériatrique, la participation ou non à des activités universitaires, le nombre de PPS accompagnés ont été

définis comme des caractéristiques de population pouvant fortement impacter le vécu autour de PAERPA.

A titre d'exemple : une activité gériatrique importante peut-être corrélée à un plus grand intérêt pour un dispositif s'adressant aux personnes âgées de 60 ans. De même un faible nombre de PPS accompagnés peut à la fois signifier un manque d'intérêt ou de connaissances autour du dispositif, un jugement négatif à priori, ou encore potentiellement une déception importante suite à une première expérience d'accompagnement, profils particulièrement intéressants pour faire émerger les freins potentiels. A contrario, une participation importante au dispositif laisse à penser une adhésion forte au projet ainsi qu'une expérience riche de sens.

Il semblait donc primordial que tous ces points de vue puissent être recensés.

2.2.2 Mode de recrutement

Les médecins ont été sollicités par téléphone, avec présentation succincte du sujet de thèse auprès d'eux-mêmes directement ou de leur secrétariat.

Le chercheur se présentait rapidement en annonçant son niveau d'étude (médecin généraliste remplaçant non thésé), ainsi qu'une présentation rapide du sujet de recherche, la plus succincte possible, afin d'accrocher sans orienter le propos ni permettre au médecin de s'y préparer de façon excessive. Des relances téléphoniques se sont parfois avérées nécessaires.

2.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés directement au cabinet médical, à l'exception d'un entretien qui a été proposé au domicile d'un médecin. En ce qui concerne les contraintes temporelles, la plupart se sont déroulés durant le temps de pause du midi ou en fin de journée. Deux entretiens ont été limités à un créneau de consultation réservé. Pour favoriser la confidentialité, permettre une parole plus libre et limiter toute forme d'interférence, chaque entretien n'a eu lieu qu'en présence seule de l'investigateur et du médecin interrogé. La participation du médecin était formalisée par un consentement écrit signé (cf annexe 7).

2.4 Nombre des entretiens

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été défini a priori au début de l'étude.

En revanche il avait été initialement déterminé d'atteindre la saturation des données, saturation définie comme atteinte lorsqu'il n'émerge plus aucune nouvelle idée au cours d'un nouvel entretien (29).

2.5 Analyse des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés simultanément sur ordinateur et téléphone portable, puis secondairement retranscrits mot à mot de façon manuelle pour analyse du verbatim. Les pauses et expressions non verbales ont été également intégrées dans le texte, entre parenthèses, considérées comme matériel d'étude à part entière.

Pour procéder à l'analyse thématique, le verbatim a d'abord été lu à plusieurs reprises afin de s'imprégner au mieux du contenu, c'est ce qu'on appelle la lecture flottante. Secondairement, il a été découpé de façon manuelle en unité de sens. Celles-ci ont été retraduites en thèmes à partir desquels ont pu émerger des grandes catégories. Ce travail d'analyse a été effectué par l'étudiant chercheur.

Secondairement il a été tenté de faire évoluer certaine catégorie de façon plus conceptuelle.

Afin d'apporter plus de validité et de rigueur à l'étude, une triangulation des entretiens aurait été pertinente. Elle consiste « en la superposition et la combinaison de plusieurs perspectives » (33) permettant de limiter notamment les biais d'interprétation. Cela avait été pensé initialement en proposant une double analyse : une analyse manuelle réalisée par l'étudiant chercheur, secondairement confrontée aux résultats d'une analyse à partir du logiciel QSR NVivo 11® réalisée par le directeur de thèse. Ce projet a finalement été récusé devant les contraintes temporelles.

3 RESULTATS

3.1 Recrutement de la population

3.1.1 Au niveau temporel

Les entretiens se sont déroulés du 14 Novembre 2018 au 17 Janvier 2019. Les entretiens, pour des raisons de logistique n'ont pas tous été retranscrits au fur et à mesure. La retranscription a été réalisée de façon discontinue du 15 Novembre 2018 au 20 Janvier 2019.

3.1.2 Echantillon

Parmi les 20 médecins sollicités en plusieurs étapes, 10 ont répondu favorablement. La variation de l'échantillon a été jugée satisfaisante.

3.1.3 Notion de saturation

Il a été décidé d'interrompre les entretiens au bout du dixième.

Le neuvième entretien n'a pas apporté de nouveau thème. En revanche, le dixième entretien a fait émerger un unique sous-thème jugé négligeable. La justification de ce choix sera argumentée dans la partie discussion.

3.1.4 Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau ci-dessous, présentées par ordre chronologique des entretiens.

Praticien	sexe	Age (ans)	Mode d'exercice	Ancienneté d'installation (années)	Part d'activité gériatrique	Activité universitaire	PPS accompagnés	Sollicitations de la CTA
1	H	58	Urbain. Seul. Secrétariat physique	22	40 %	oui	9	1
2	F	56	Urbain. Seule. Secrétariat téléphonique	25	Entre 10 % et 25 %	non	34	16
3	H	64	Urbain. Seul. Secrétariat téléphonique	32	25 %	non	6	0
4	H	48	Semi rural. Association. Secrétariat téléphonique	17	Entre 10 % et 25 %	non	9	3
5	F	30	Semi rural. Cabinet de groupe. Secrétariat téléphonique.	2	Entre 10 et 25 %	oui	1	0
6	F	35	Semi rural. Cabinet de groupe. Secrétariat physique	5	25 %	non	1	1
7	H	35	Semi rural. Cabinet de groupe. secrétariat physique	5	Moins de 10 %	non	3	2
8	H	60	Urbain. Cabinet de groupe. Secrétariat physique	26	Entre 10 et 25 %	oui	22	14
9	F	50	Urbain. Seule. Secrétariat téléphonique	20	Environ 30 %	non	3	0
10	H	56	Urbain. Cabinet de groupe. Secrétariat téléphonique	17	Moins de 10 %	non	3	0

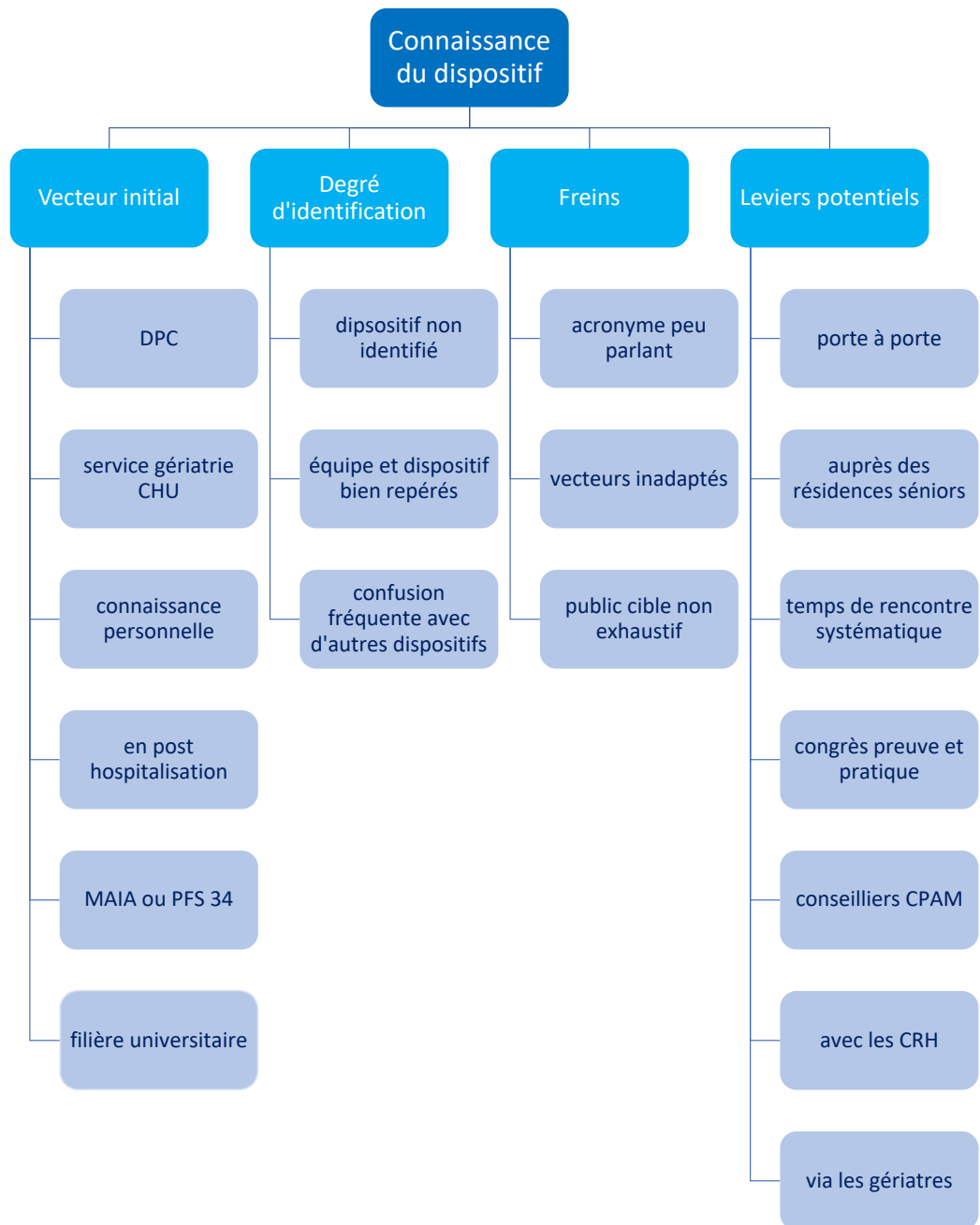
3.1.5 Durée des entretiens

Les entretiens ont duré respectivement de 12 à 71 minutes, pour une durée moyenne de 41 minutes, soit une durée totale d'enregistrement de 6 heures et 50 minutes.

La durée de l'entretien étant en grande partie conditionnée par la disponibilité du médecin lors de l'entretien et son degré de connaissance du dispositif.

3.2 Résultats de l'étude

3.2.1 Connaissance du dispositif



3.2.1.1 Une première approche du dispositif par des vecteurs très différents

- Via les soirées type DPC (Développement Professionnel Continu)

P 1 : « Euh...oui c'est ça, ou une formation **FAF-PM**, enfin bon c'est pareil, même procédure (que DPC...). »

- Via un interlocuteur de l'hôpital gériatrique Antonin Balmès

P6 : « J'ai renvoyé un mail au **Dr Boubakri** qui devait la voir en consultation à **Balmès**, en lui demandant s'il pouvait la voir rapidement ; et c'est là qu'il m'a dit qu'il allait en discuter avec l'équipe du dispositif (...) **avant je ne savais même pas que ça existait** (rires). »

- Connaissance personnelle d'un membre de l'équipe

P7 : « Oui, alors l'infirmière qui a été recrutée c'était **une amie**. (...) J'en avais déjà entendu parlé mais j'ai vraiment connu la structure quand elle y est allée. »

- Médecins généralistes contactés par PAERPA directement pour la mise en place d'un PPS en post hospitalisation sans forcément avoir eu connaissance du dispositif au préalable ou pour le choix d'un médecin traitant (cas de patient en rupture de soins)

P7 : « ça m'est arrivé une fois d'être **appelé par PAERPA**. Pour un patient qui devait retourner au domicile. **Ils cherchaient un médecin traitant** en fait pour ce patient. »

P 9 : « **En sortie d'hospitalisation**. (...) c'est par un coup de fil en fait... Ils m'ont appelé à propos d'un patient pour mettre en place le dispositif. »

- Via la MAIA ou par l'ancien PFS 34

P2 : « Alors au tout début je crois que c'est le PAERPA qui s'est présenté, ou plus exactement **PFS 34** à l'époque, euh, je crois que c'est eux qui m'ont contactée. »

P4 : « moi j'avais déjà eu affaire non pas à la PAERPA, mais à une structure connexe la **MAIA**. »

P8 : « je travaille depuis longtemps avec Marie-Christine Etienne, avec qui j'ai travaillé sur des dispositifs d'accès aux soins. »

- Via la filière universitaire

P5 : « moi c'est en fait en faisant mon **master 2**, quand je suis devenue chef de clinique, j'ai dû faire un master 2 et j'ai pris le master 2 de géronto qu'il y a à Montpellier. »

3.2.1.2 Un degré de connaissance du dispositif par les médecins généralistes très variable

- Pour certains un dispositif non identifié malgré des PPS en cours

P3 : « Attends on parle de quoi... ? » « Actuellement je n'ai plus ... Enfin... **Je ne sais pas** ... J'en ai encore là ?? » « On peut couper une seconde l'enregistrement ? » « Non non j'avoue que je suis perdu là, je parle dans le vide... »

P10 : « je ne savais même pas que ça existait. **J'ignorais totalement leur existence.** (rires) »

- Pour d'autres un dispositif et une équipe clairement repérés

P2 : « au fur et à mesure que leur association a grandi, j'ai pu faire **connaissance** avec les autres. (...) on a pris un **grand moment** pour essayer de **comprendre** un peu comment ça marchait. »

P8 : « on **travaille depuis longtemps ensemble** » « Marie Christine je l'ai vu 3 milliards de fois. »

- Pour bon nombre de médecins une mauvaise compréhension des missions du dispositif (confusion et assimilation à d'autres dispositifs ou réseaux : MAIA, réseau de soins palliatifs...)

P4 : « je crois que la **PAERPA a repris la MAIA** maintenant. »

P5 : « Tu vois, je ne pourrais pas expliquer la **différence entre MAIA et PAERPA**. »

« pour lui clairement il fallait une **place en EHPAD** en secteur fermé (...) du coup j'ai contacté la plateforme en espérant qu'ils aient une **solution pour placer** ce Monsieur. »

P10 : « Moi j'imaginais que **PAERPA s'adressait à un patient hyper lourd** au domicile, (...) grabataire, qu'on lève à la grue (rires). »

P7 : « Un cancer dont je ne connais plus le primitif (...) la perte d'autonomie est surtout liée à une « méta » cérébrale » « Son souhait était de **mourir à domicile**. »

3.2.1.3 Limites soulevées en termes de communication et d'information autour du dispositif

- Un acronyme peu parlant qui illustre mal le dispositif

P3 : « Vous dites **comment ? PAERPA ?** »

P7 : « organisme dont **je ne connais pas l'acronyme**. »

P10 : « Elle m'a peut-être dit le nom mais vu que je connaissais pas je n'ai pas ... Enfin **vu le terme que c'est** en plus ... »

« dans ce **truc ?** »

- Certains vecteurs de communication inappropriés, notamment le support papier

P7 : « le petit **fascicule** ça n'est pas la meilleure solution. »

« L'envoi des **courriers et des mails** il y a une chance sur deux que ça finisse à la **poubelle** sans que ce soit lu. »

« Si elle est comme ça **noyée dans la masse** (...) elle ne se différencie pas... »

P10 : « Bon je suis un mauvais client moi, parce que les tracts je les (...), enfin si je les survole toujours **avant de les jeter**. »

- Une communication autour du dispositif encore trop limitée, ne ciblant pas tous les médecins généralistes

P8 : « aujourd'hui le dispositif il est devenu **inégalitaire**. »

« ce sont **toujours les mêmes**. (...) Allez ce sont les **15 % à 20 % des effectifs** que tu retrouves partout (...). Donc on peut faire avec ce panel là, mais il ne faut pas se dire **comment on va toucher les autres**. »

P9 : « je pense qu'il y a sûrement une **carence**. Oui parce que je n'y pense pas. »

3.2.1.4 Leviers potentiels pour améliorer la connaissance du dispositif

- Envisager des campagnes de porte à porte

P2 : « peut-être refaire une **campagne de porte à porte** : peut-être expliquer aux médecins ce qu'ils font vraiment. »

- Cibler les congrès type « preuve et pratique »

P2 : « Les **congrès** c'est pas mal... ça réunit du monde. »

P8 : « Le congrès du CNGE tu n'as que ceux du CNGE (...) Le congrès de la médecine générale qui va avoir lieu en Mars à Paris c'est un peu **plus large** mais quand même tu as d'autres manifestations **comme « preuves et pratiques »** et ce n'est pas les mêmes. »

- Intégrer les conseillers de la CPAM dans la campagne de communication notamment lors du passage pour la ROSP

P5 : « je pense peut-être aux médecins **conseils de la CPAM** (...) »

P8 : « Alors moi je crois que le **nouveau colportage c'est l'assurance maladie** (...) »

« les délégués de l'assurance maladie ils sont reçus par les confrères les plus réfractaires parce qu'il y a la **ROSP**, et (...) la ROSP c'est une usine à gaz (...) là il y a un levier potentiel. »

- Intégrer le dispositif de façon concrète à la sortie d'hospitalisation des patients au sein du compte-rendu d'hospitalisation, avec une présentation

P10 : « c'est qu'il y ait des propositions qui émanent directement (...) sur des **sorties d'hospitalisation** (...) Parce qu'en sortie d'hospit on lit toujours les courriers (...). Et là tac, tout

de suite ça **prend** un **sens** ». « ça n'occasionne **pas de démarche supplémentaire**, et ça n'est **pas perdu** au milieu d'un flot de papiers et autre ».

- Faire véhiculer l'information auprès des médecins généralistes via les gériatres

P7 : « c'est le point de levier des gérontos, des **gériatres**. (...) Le fait que ce soit **sponsorisé par le médecin gériatre** que je connais, dans son domaine de compétence, je pense que ça peut être une solution. »

- Faire connaître le dispositif auprès du public cible comme par exemple les structures type résidences-séniors

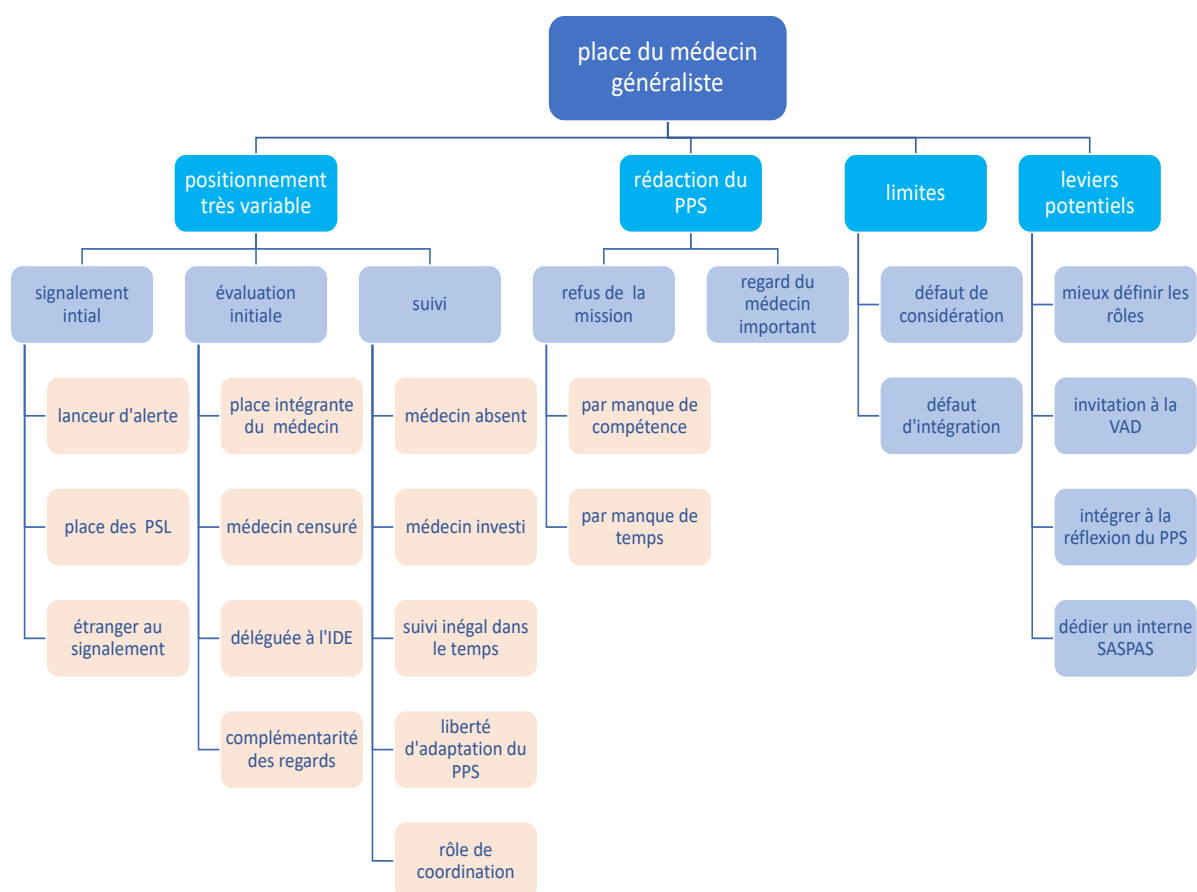
P2 : « il y aurait peut-être aussi une information à faire auprès des **résidences-séniors**, dans l'autre sens : c'est-à-dire **dire aux séniors qu'ils peuvent être aidés**. (...) Parce qu'ils ne comprennent pas toujours l'intérêt. »

- Envisager un temps de rencontre entre équipe PAERPA et médecins généralistes

P2 : « Le fait d'avoir rencontré les membres de l'équipe de PFS 34, parce qu'on s'est rencontré à des petites interventions, **le fait de se voir c'est important**, de mettre des visages sur des noms, voilà... »

Une connaissance du dispositif encore limitée sur le territoire, ciblant un public de médecins restreint. Des missions mal identifiées pour un bon nombre, amalgamées à d'autres dispositifs. Des pistes de réflexion possibles pour améliorer la connaissance, avec entre autres l'intégration des conseillers de la CPAM et des présentations lors des congrès...

3.2.2 Perception de la place du médecin généraliste au sein du dispositif



3.2.2.1 Un positionnement au sein du dispositif très variable selon les médecins généralistes.

- Par rapport au signalement initial

Le médecin généraliste peut être un des lanceurs d'alerte

P1 : « (Ma mission :) **détection** effectivement d'une **vulnérabilité**, première chose. »

P4 : « là c'est **moi qui ait sollicité la PAERPA**. »

P8 : « la plupart du temps se sont des **situations complexes** pour lesquelles je n'arrive pas à trouver des solutions seul (...) J'ai une **grille**, je **l'envoie en mail à la plateforme** »

La possibilité d'un signalement émanant d'autres professionnels de santé est jugée pertinente

P10 : « ce qui est intéressant aussi c'est de se dire que le **signalement initial** peut **émaner d'autres personnes** que le médecin traitant, notamment pour des **choses qu'on n'aurait pas vues**. »

D'autres sont totalement étrangers au signalement

P3 : « Oui je pense que c'est ça (instauré au décours d'une hospitalisation) ... **Je ne l'ai pas sollicité**. »

P9 : « (c'était) avec un courrier de patients. En sortie d'hospitalisation... Non (je n'ai **jamais sollicité** le dispositif par la suite). »

- Par rapport à l'évaluation initiale

Pour certains médecins place intégrante du médecin généraliste

P7 : « On y a passé deux fois une heure. (...) **j'avais tenu à être là** parce que c'est mon patient, (...) je voulais aussi être là pour apposer le **poids du médecin**. »

D'autres se sentent censurés de cette première évaluation

P8 : « **jamais on ne m'a proposé d'aller en visite** auprès de personnes. Jamais on ne m'a dit : « tiens on va aujourd'hui là-bas, est-ce que vous pouvez venir ? »

D'autres délèguent à l'IDE par contrainte de temps

P4 : « je me suis totalement **déchargé sur l'infirmière**, (...) elle a assisté je crois au rendez-vous de coordination. »

Une complémentarité du regard du médecin généraliste jugée importante

P2 : « et **dans l'autre sens**, où moi **j'ai pu expliquer** un peu comment les gens étaient sur un plan clinique, et où elles **ça les a aidées**. »

P8 : « Tu penses que moi je n'ai rien à dire (...) ? Tu m'impliques dans le dispositif dès le début, tu me dis ce que tu en penses et **on construit ensemble...** »

- Lors du suivi

Certains médecins sont assez absents du suivi, faute d'identification de la participation au dispositif

P6 : « Nous en fait on va dire **qu'on n'intervient pas vraiment** dans ce plan. »

P9 : « Ben peut être que j'ai suivi un truc ou deux. Mais je ne sais même pas... »

Place intégrante du généraliste dans le suivi pour d'autres

P1 : « **régulièrement** je remets une couche pour **renforcer** ce qu'il a déjà fait, (...), et continuer à revoir avec lui pour **mettre d'autres propositions en place...** »

« c'est **à nous médecins d'être derrière...** C'est du **coaching**. »

P5 : « Ma place est celle du médecin traitant comme pour tous mes autres patients. Essayer de **continuer la prise en charge**, la coordination et tout. »

Mais un suivi du médecin généraliste qui a tendance à s'étioler, par manque de temps

P1 : « Moi je vois que je suis derrière on va dire le **premier mois, peut-être à 3 mois... après je suis moins présent (...)** »

P2 : « c'est **difficile de faire un suivi de tout et longtemps**. »

P8 : « **Il faut se dégager un peu de temps pour faire ça**. (...) On ne s'est pas dégagé ça nous (...). **On est enseveli par le travail**. »

Liberté laissée au médecin de se saisir ou non des propositions

P1 : « je pense qu'en en faisant **déjà un ou deux...** après au patient et à moi de voir laquelle est la plus facile à mettre en œuvre au départ. »

P4 : « je me permets de **corriger certaines choses** qui ne sont pas toujours très fonctionnelles ou pas vraiment adaptées... »

P6 : « C'était juste des propositions (...) après **on fait ou on ne fait pas, on adapte ou pas...** »

P8 : « Je leur ai demandé de fixer (...) **un ou deux objectifs pas plus** »

Le médecin généraliste conserve un rôle de coordination important pour certains

P1 : « on pourrait dire le **chef d'orchestre**, mais la partition c'est le dispositif qui me la donne ! »

P2 : « on est un petit peu je dirais la **plaque tournante** des différents corps de métier. »

P7 : « (mon rôle de médecin a été) comme je voulais (...) à la fois **pivot central et coordonnateur**. »

3.2.2.2 Point de vue quant à l'implication éventuelle du médecin généraliste pour la rédaction du PPS

- Rédaction ne devant pas relever de la charge du médecin généraliste

Par manque de compétence

P1 : « je n'ai **aucune compétence** pour aborder tous ces aspects... » « Je serais **incapable** de rédiger ça, (...) parce que je n'ai **pas une pratique suffisante** pour le faire correctement. »

P5 : « moi je trouve ça **embêtant** (de rédiger le PPS) si je fais appel au **PAERPA** c'est en me disant qu'ils auront **plus la compétence que moi**. »

P6 : « mais ça me semble assez **spécialisé** comme prise en charge (...) je pense que quand même l'intervention des **gériatres** est **indispensable**. »

Par manque de temps

P1 : « je ne peux pas aborder tout ça (...), ça n'est **pas possible**, je n'ai **pas le temps**. »

P2 : « **je ne peux pas passer une heure au domicile du patient pour chacun**. »

P5 : « je n'aurai **pas le temps** moi de faire toute l'évaluation gériatrique complète et le PPS et tout... »

P6 : « ce genre de visites **ça ne prend pas une demi-heure** quoi. Après caler ça dans notre pratique quotidienne je ne suis **pas sûre qu'on y arrive** (rires). »

- Intérêt de prendre en compte le regard du médecin sur la situation

P8 : « ça peut être une **co-rédaction...** (...) On y va **ensemble** pour se dire « Tiens on discute de la situation de Madame ». Et non **pas l'ergo** qui y va **toute seule** et après qui t'envoie son bilan. »

3.2.2.3 Limites soulevées

- Certains médecins généralistes ne sentent pas suffisamment considérés...

P8 : « il y a des fois, je l'ai peut-être parfois un peu **mal vécu**. (...) surtout **quand on te dit que ce que tu fais c'est nul**. »

- Ou intégrés...

P8 : « **Jamais** on ne m'a dit : « tiens on va aujourd'hui là-bas, est-ce que vous pouvez venir ? » (...) On dit « je viens ». »

« j'ai une **inquiétude**, c'est que ça nous **échappe totalement**. C'est-à-dire que ce soit (...) un dispositif spécialisé gériatrique (...) et **nous on n'existe plus**. »

« quand le dispositif là, (...) il veut monter des projets pour faire de l'éducation thérapeutique (...) **je leur en veux** beaucoup ; **il nous sollicite quand le truc il est fini pour savoir comment on peut participer.** »

3.2.2.4 Leviers potentiels

- Etablir une meilleure définition des rôles de chacun

P1 : « Mais **qui a défini** ce rôle du médecin ? »

P8 : « Je crois que **si on ne définit pas le rôle de chacun on ne peut pas y arriver** (...). Or dans le dispositif il y a une **mission** du **médecin généraliste**, mais qui nous l'a présenté un jour ? (...) Personne. Ou tout du moins ça n'est pas clair. »

« Les **tâches** sont **mal définies** et on ne sait pas trop comment on fait les choses ensembles. »

- Inviter de façon systématique le médecin généraliste à participer à la première évaluation à domicile

P8 : « il faut dire ben voilà : « on vous **propose deux dates**, parce qu'après plus c'est l'enfer (...), est-ce que vous voulez venir ? Peut-être que vous ne serez pas dispo tout le temps pendant l'heure mais si vous venez au moins un peu c'est déjà pas mal. »

« **il faut qu'il y ait une invitation** »

- Intégrer le médecin à la réflexion du PPS mais ne pas attendre d'eux seuls la rédaction du document

P2 : « Franchement si ça passe dans le rôle du médecin traitant ça va tomber à l'eau. (...) il faut **que ce soit eux qui rédigent, que ce soit une aide.** »

P5 : « si ça veut dire au final juste les contacter pour qu'ils me passent une grille et **que je fasse le travail moi** (...) je pense que **je ne les contacterai plus.** »

P8 : « **ça peut être une co-rédaction...** »

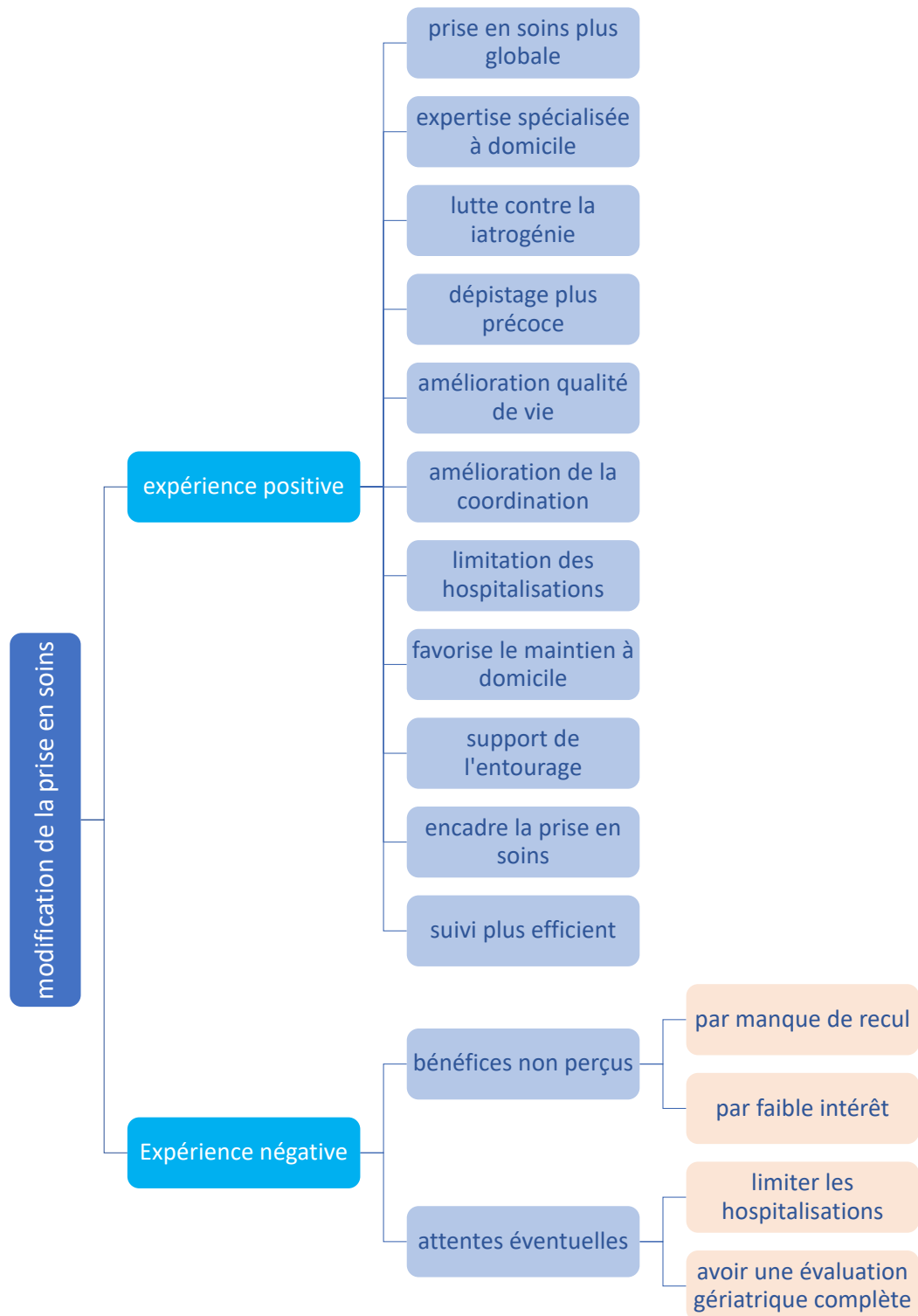
- Dans le cadre d'un SASPAS, intégrer l'interne à l'activité de suivi

P8 : « j'ai proposé (...) de **déléguer ça à un interne.** (...) J'ai beaucoup travaillé avec ces deux internes avec lesquels on a mis un protocole en place. »

« Tant que nous on n'est pas passé dans une autre dimension et ben **il faut que le SASAPS il s'y colle** (...) il faut qu'on affiche dès le départ dans le choix du poste d'interne qu'ils ont à gérer ça, et ils ne viennent PAS s'ils n'ont pas envie de le gérer ou s'ils ne sont pas capables de le gérer. »

Un degré d'investissement au sein du dispositif très variable selon les médecins, en partie corrélé à leur degré d'identification du dispositif. Une mission du médecin généraliste encore insuffisamment définie. Une transition vers une rédaction du PPS par les médecins sans support de l'équipe PAERPA qui semble inenvisageable...

3.2.3 Modification de la prise en soin du patient



3.2.3.1 *Expérience positive*

- PAERPA permet une prise en charge plus globale, axée sur la prévention

P1 : « il y a toute une prise en compte de l'environnement, des choses comme ça, **environnement physique, social, administratif, juridique.** »

P2 : « quand j'ai reçu les premiers PPS, je me suis rendue compte qu'elles avaient une **activité** bien plus **étendue** que je ne le pensais (...) : **l'équilibre, la mémoire, les kinés, les besoins sociaux** etc... » « ça nous a beaucoup aidé aussi dans le **travail sur la sécurité à domicile.** »

« PFS 34 (...) a fait la démarche d'amener le **sujet de la prévention à domicile.** »

« Il y a une **prise en charge beaucoup plus globale.** »

- PAERPA permet une évaluation gériatrique spécialisée et à domicile

P4 : « ce qui m'intéresse c'est **l'avis médical gériatrique à domicile** »

P6 : « Je pense que là on est plus dans le **domaine de la spécialité.** » « Suite à la **visite à domicile** (...) il y a eu **évaluation gériatrique standardisée.** »

P10 : « c'est vrai que **d'aller à domicile ça apporte beaucoup de choses.** »

- PAERPA permet de lutter contre la iatrogénie

P6 : « ce que ça a modifié c'est qu'on a **adapté le traitement.** »

- PAERPA permet un dépistage plus précoce de certains troubles

P8 : « tu as des personnes qui viennent et **qui voient des choses** et (...) ça fait **progresser.** »

« On a un **déficit de prévention** (...) dans notre quotidien. »

P9 : « quand c'est **au tout debout des petits troubles** comme ça, ben **on n'est pas toujours très alertés** rapidement. »

P10 : « **on ne voit pas tout nous.** (...) **Celui qui a passé deux heures au domicile** avec la personne **il voit d'autres choses** c'est sûr... »

- PAERPA améliore la qualité de vie des patients

P2 : « (entre) Les **séniors** que j'ai qui ne sont pas **pris en charge par PFS 34** et ceux qui sont pris en charge, **il n'y a pas photo...** »

P7 : « (ça a permis) que la personne ait des **conditions de vie décentes** au domicile. »

- PAERPA améliore la coordination entre les différents intervenants

P1 : « Ce type de plateforme (est là) pour apporter des liens pragmatiques au patient (...) il faut **centraliser** l'information. »

P2 : « Et du coup le PAERPA a collé à ce système qui était déjà présent. Et non seulement a collé, mais aussi a permis le bon fonctionnement, la **cohésion** en fait. »

- PAERPA limite le recours à l'hospitalisation

P6 : « ça a aussi rassuré la patiente dans le sens où elle **ne voulait pas** du tout **être hospitalisée**. »

- PAERPA favorise le maintien à domicile

P4 : « on a réussi à le **maintenir à domicile** alors qu'il était dans un état pitoyable. »

P7 : « le patient a pu **rester chez lui** presque deux années supplémentaires. »

- PAERPA offre un support de l'entourage

P1 : « A partir du moment où il y a un guideline, **l'entourage a été plus investi** aussi »
« des liens directs avec des partenaires pour le patient et **pour la famille**. »

P5 : « ça a fait ne serait-ce qu'un **soutien psychologique pour la femme** »

- PAERPA permet d'encadrer la prise en soins en cas d'entourage insuffisant

P6 : « c'est un facilitateur certain quand on n'a **pas d'aide du côté de la famille**. Et malheureusement c'est fréquent... c'est fréquent. »

- PAERPA permet un suivi plus efficient

P2 : « là on a eu une **très nette amélioration du suivi** ».

P5 : « ils ont au moins permis un petit peu d'**appui** (...) par un **suivi plus rapproché** »

3.2.3.2 Expérience négative

- Bénéfices non perçus par certains généralistes

Par manque de recul

P9 : « Bon si ça ne fait qu'un an et demi c'est vrai que **ça fait jeune** (...). Vos **premiers retours** ils ne doivent **pas** être « **géniaux** » non ? (Rires) »

P 10 : « Ben je n'ai **pas assez de recul encore** »

Par un faible intérêt au travail en réseau ou un défaut d'appropriation des préconisations

P3 : « Oui, voilà, je suis assez **solitaire**. Ça me convient comme ça. »

P9 : « De toute façon, euh, ça n'apportait **pas grand-chose** en tous cas pour la famille. » « Non il n'y a **pas eu de répercussions** non. » « Non je ne l'ai **pas intégré dans ma pratique**. »

- Attentes qui en découlent

Limiter le recours à l'hospitalisation

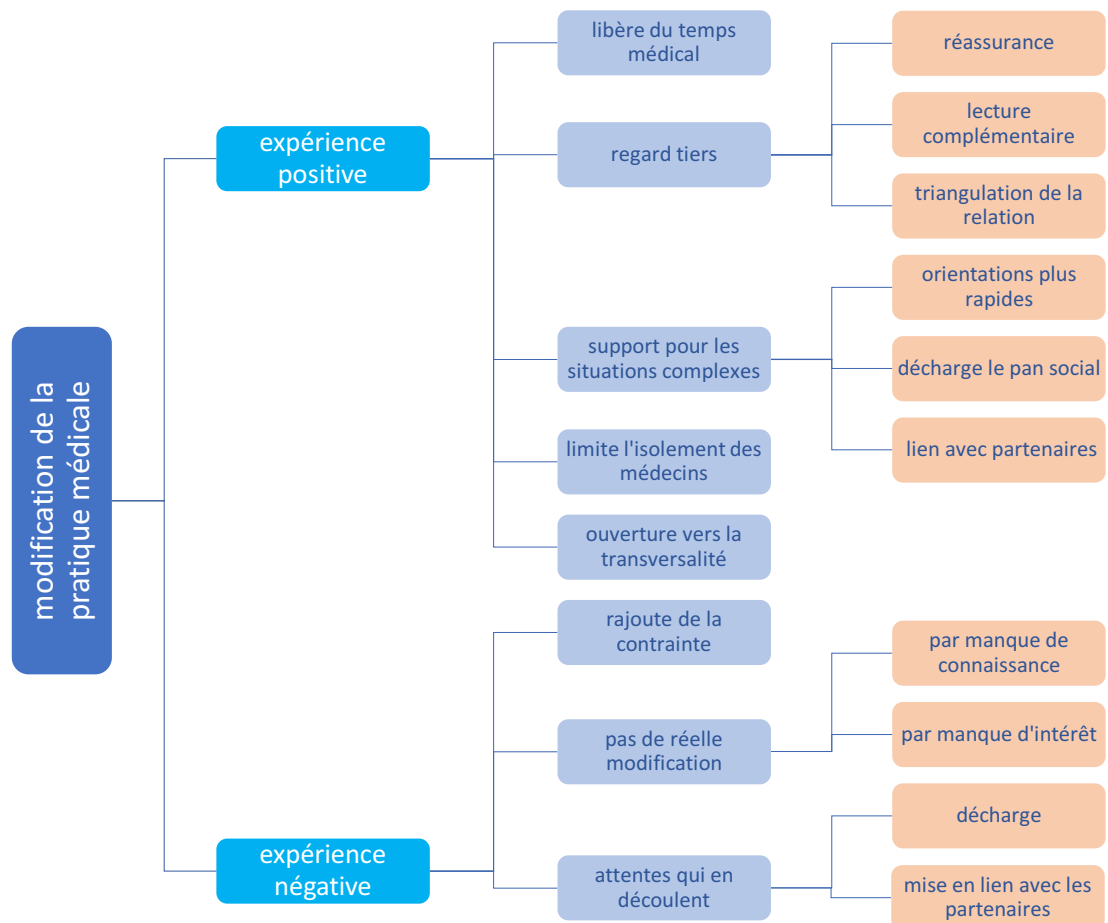
P3 : « En fait ça serait une **bonne alternative à Anthonin Balmès** quoi. »

Bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée

P9 : « se dire qu'on va faire un bilan complet par eux. »

Pour les médecins ayant bien intégré les missions du dispositif et investi le suivi, perception d'une amélioration globale de la prise en soin des patients. En revanche, perception relativement négative pour ceux moins investis : soit par méconnaissance totale du dispositif, soit par un faible intérêt pour la transversalité et le travail en réseau.

3.2.4 Modification de la pratique du médecin généraliste



3.2.4.1 Expérience positive

- PAERPA permet de libérer du temps médical

P2 : « **ça me soulage** pour des choses que je ne ferais peut-être pas moi-même, **toute la partie administrative.** »

P5 : « ça fait **gagner du temps** »

P8 : « Aujourd'hui pour moi l'exercice il ne va pouvoir évoluer et se transformer que si la structure médecine générale se modifie avec d'autres personnes qui puissent **répondre à la demande quotidienne qui ne nécessite pas nos compétences** (...) et **PAERPA** pousse à ça. »

- PAERPA offre un regard tiers dans l'évaluation du patient

Qui rassure le médecin

P1 : « Eh bien ça me **sécurise** »

P5 : « le fait de voir que même eux ils n'avaient pas plus de solution que ça, **je me suis dit que je n'avais rien loupé** (...) ce qui était plus **rassurant** pour moi aussi... »

P6 : « ça m'a **rassurée** sur la prise en charge aussi. »

Qui permet une lecture complémentaire au travers d'un prisme différent

P1 : « **avant** je faisais du bricolage (...), mais **j'avais du mal à voir la direction.** »

P2 : « ça été extrêmement **formateur.** »

P5 : « ils ont pensé à mettre en place des trucs **auxquels moi je n'aurai jamais pensé** ».

Qui permet au médecin de s'extraire de sa relation duelle avec le patient

P1 : « Et là aussi le fait de faire intervenir des personnes extérieures à domicile, ça permet au **patient de verbaliser ce qu'il ne peut pas verbaliser avec le médecin.** ».

P2 : « si **quelqu'un (d'extérieur)** vient de façon bienveillante et leur explique, **ils acceptent**, et là on fait le travail. »

P4 : « il faut **plusieurs sons de cloche** pour les convaincre. »

P8 : « la **venue d'un tiers permet souvent le déblocage.** »

- PAERPA apporte une aide, un support face aux situations complexes

Orientation vers des spécialistes facilitées et plus rapides si nécessaires

P5 : « PAERPA serait là pour (...) me **mettre en lien** avec des personnes compétentes comme les ortho ou qui que ce soit d'autre. »

P6 : « Voilà donc elle a fait en sorte qu'elle ait un **rendez -vous rapide...** »

Support dans le pan social de la prise en charge

P2 : « je pense notamment à tout ce qui est **administratif**, où là nous on a de grosses **grosses lacunes**. (...) là il y a eu énormément de **progrès** de faits sur les patients. »

P4 : « Mais pour tout ce qui est **côté social** (...) là c'est complètement **obscur** » « vous êtes une **interface** entre nous médecins (...), et ces structures-là que nous ne connaissons pas. »

P 6 : « elle m'a aussi **aidée** dans la démarche de la **mise sous tutelle** »

Favorise la mise en lien avec les partenaires paramédicaux

P6 : « pour des prises en charges paramédicales, que ce soit orthophoniste, ergothérapeute, tout ça ; c'est vrai qu'on les utilise mais nous (...) **on ne connaît personne** quoi... »

- PAERPA permet de lutter contre l'isolement des médecins généralistes dans leur pratique

P1 : « **dans des situations comme ça**, il ne faut **jamais rester seul**. » « Quelque chose qui te met en difficulté, il ne faut pas rester seul. »

P8 : « ces confrères-là, parce qu'ils bossent ces mecs-là hein (...) **tu les sors du dispositif**, alors qu'on sait bien que les confrères **les plus isolés** sont les confrères **les plus sensibles au burn-out** professionnel. »

- PAERPA ouvre vers le travail en réseau, à la transversalité

P2 : « le fait que le PPS ait été diffusé à tout le monde ça a permis une certaine **collaboration**, peut-être pas cohésion mais collaboration. (...) en plus ça a ouvert à **d'autres professions**. »

P8 : « On a à apprendre à **travailler ensemble**. »

3.2.4.2 Expérience négative

- PAERPA rajoute de la contrainte

P8 : « Alors je pensais que ce dispositif allait me solutionner plein de **problèmes** et en fait il m'en a plein rajouté, il m'en a **plein rajoutés**... (...) il m'a rajouté des **préoccupations**, pfou bon voilà... »

- Pas de réelle modification des pratiques pour certains

Par manque de connaissance du dispositif (ceux qui ignoraient leur participation au dispositif)

P10 : « Ben je n'ai **pas assez de recul** encore ».

Par un faible intérêt au travail en réseau, ou une faible appropriation du dispositif

P3 : « Oui, voilà, je suis assez **solitaire**. Ça me convient comme ça. »

P9 : « Ben ça ne m'a **rien appris** quoi. »

« Non je ne l'ai **pas intégré dans ma pratique**. »

- Attentes qui en découlent

Décharge du médecin

P10 : « on a **besoin** de trucs **concrets** qui puissent nous **faciliter la tâche** quand on en a besoin. »

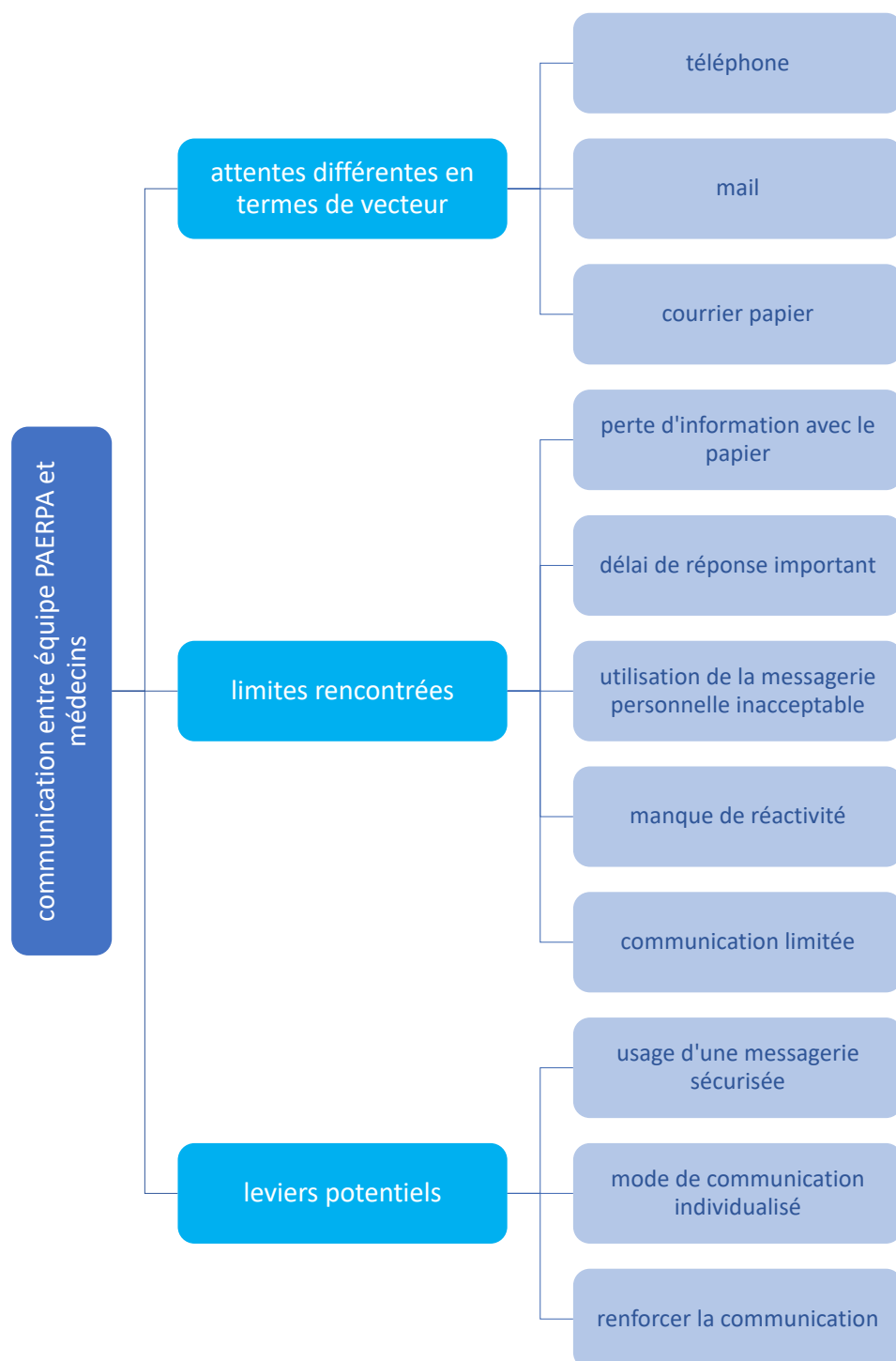
Mise en lien avec les partenaires et coordination

P3 : « C'est sûr, **d'avoir accès aux différents intervenants**. (...) Là ça peut apporter quelque chose effectivement. »

P10 : « Des fois on galère tellement à **coordonner** dans notre coin et c'est sûr que s'il y a des dispositifs qui peuvent **nous aider** là-dedans ben c'est positif (...) Qu'il y ait une structure (...) qui ait justement les **coordonnées** de ces différents **intervenants**. »

Pour les médecins ayant au moins une vraie expérience de PAERPA, constat d'une modification évidente de leur pratique, assez positive, bien que le dispositif soit encore imparfait. En revanche, bénéfices non perçus par ceux qui manifestent peu d'intérêt au travail en réseau.

3.2.5 Communication au cours de l'accompagnement du PPS entre PAERPA et les médecins généralistes



3.2.5.1 Des attentes différentes selon les médecins et leur pratique en termes de vecteur de communication

- Préférence du téléphone

P6 : « elle m'a envoyé un mail (...) Alors c'est pratique mais le seul truc c'est qu'il **faut prendre le temps d'écrire un mail...** (...) mais c'est vrai que le **téléphone ça marche bien** aussi, quand vraiment il y a besoin d'avoir un **avis rapide** ou en cas de changement de situation. »

P7 : « Téléphone, **téléphone c'est plus pratique.** (...) personnellement j'aime bien le **contact vocal** ; que ce soit en face à face ou par téléphone »

- Préférence du mail

P2 : « Oui c'est vrai qu'on fait moins par **téléphone** parce que c'est vrai que **ça prenait du temps** »

P4 : « Moi je préfère par **mail**. J'ai une boîte mail **sécurisée** »

P9 : « par **voie téléphonique** (...) Pfou non c'est **chiant** en fait (...) Par **mail alors** »

- Préférence du courrier papier

P5 : j'ai eu une gériatre (...) qui m'a **appelée** carrément (...) j'étais en consultation (...) je suis **restée plus de 5 min à l'écouter**, alors que bon, **j'aurai préféré juste lire son courrier** le soir après les consults »

3.2.5.2 Limites rencontrées

- Perte d'information importante et problématique d'archivage avec le compte rendu par courrier

P2 : « si on reçoit le PPS par **courrier** (...) il peut arriver qu'il y ait des PPS qui **tombent un peu aux oubliettes** »

P4 : « **papiers** (...) je **ne les recevais pas**, ou qu'ils avaient été **mal classés** par ma secrétaire (...) ça m'agaçait. »

- Délai de réponse trop important avec le compte rendu par courrier

P4 : « la communication avec la PAERPA n'est pas toujours très évidente, parce que plusieurs fois j'ai été obligé de **re-solliciter le secrétariat pour avoir les comptes rendus**. »
« au bout d'un **certain temps** »

- Utilisation de la messagerie personnelle jugée inacceptable par non-respect du secret médical et perte d'information importante

P8 : « ça n'est **pas possible par mail perso** (...) parce que si c'est A. qui reçoit et que je vois la patiente (...) Ben **c'est impossible**. Parce que si le PPS est encore dans sa **boite mail perso** (je ne peux pas le récupérer). (...) Et vice versa ; parce que nous c'est gestion de groupe. »

- Pour certains un manque de réactivité globale

P4 : « Ça a bien mis **un mois et demi** avant d'avoir l'intervention »
« plusieurs fois j'ai été **obligé de re-solliciter** le secrétariat »

- Une communication parfois trop limitée

P8 : « (On s'est) **très peu** (recontactés) par la suite. Je pense qu'eux aussi ils ont des demandes, des demandes... C'est compliqué »
« (On **ne se revoit pas** après) Non **jamais**... Ca ne rentre **pas dans le budget, pas dans le timing**... (rires). »

3.2.5.3 Leviers potentiels proposés

- Systématiser l'usage de la messagerie sécurisée pour l'envoi des documents, pour réduire le délai de réception et pour faciliter l'archivage

P2 : « je pense que c'est très important de travailler par **mail sécurisé** pour avoir une **communication rapide et efficace**. Si on les reçoit (...) par **Apicrypt ou MS santé**, ça **rentre directement dans les dossiers du patient**. »

P9 : « Moi je préférerais par **Apicrypt**, par **messaging sécurisé** (rires). C'est vachement **plus simple** pour nous » « je pense qu'il y a **beaucoup de médecins** qui ont Apicrypt. »

- Adapter le support de communication aux attentes prédéfinies du médecin pour mieux s'adapter à sa pratique

P5 : « Mais bon, après ce n'est **que mon avis**, peut être que d'**autres** médecins trouveraient ça bien... »

P 10 : « Chacun fonctionne **différemment**... »

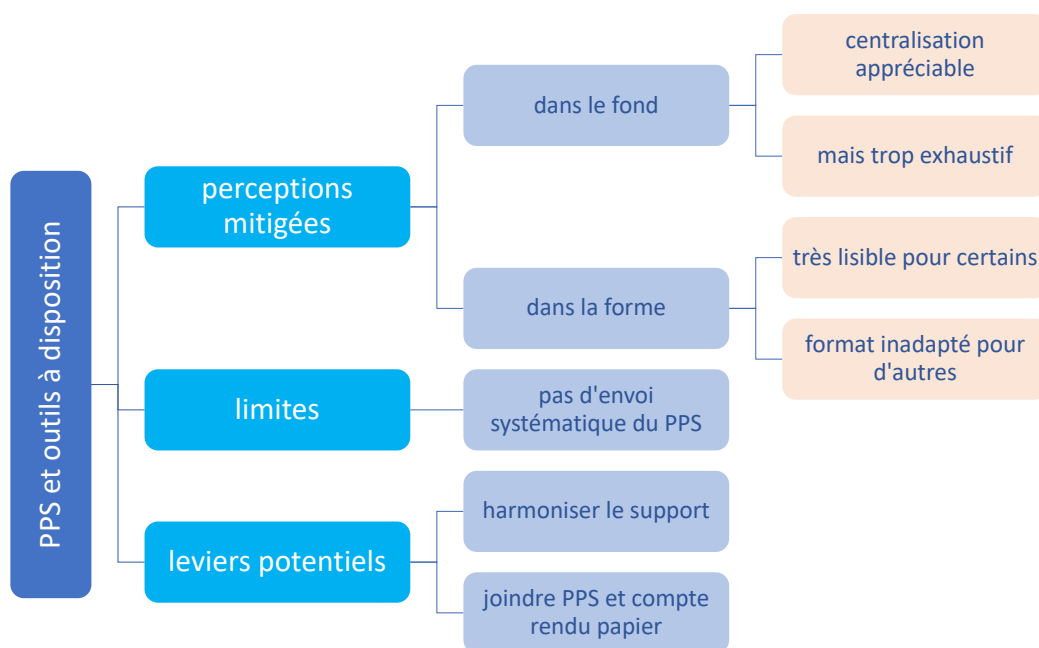
- Renforcer la communication durant le suivi

P9 : « Il faudrait peut-être **plus de communication** (...) Pour dire : « voilà, est-ce que vous bien reçu ça pour tel ou tel patient ou alors voilà ce qu'il en est ». »

Une communication actuelle encore imparfaite, avec des vecteurs utilisés ne satisfaisant pas toujours les médecins. Les attentes à ce niveau sont effectivement divergentes, reflétant de pratiques différentes. Une des pistes proposées serait d'adapter le mode de communication aux attentes prédéfinies du médecins. Vers un mode de communication plus individualisé...

Problématique importante du transit et l'archivage des documents écrits, pour laquelle la piste de la messagerie sécurisée systématique semble être la plus adaptée.

3.2.6 Les outils à disposition : le PPS



3.2.6.1 Perceptions mitigées du PPS ou du compte-rendu d'intervention à domicile

- Dans le fond

Synthèse (en termes de centralisation des données) appréciable

P1 : « mais c'est tellement **cadré**, avec les **objectifs** identifiés, les actions à mettre en œuvre pour y arriver »

P2 : « Le gros travail de **synthèse** est fait par le PPS (...) c'est un **très bon outil** »

P10 : « ça **centralise** bien l'info »

Mais jugé trop exhaustif pour la plupart

P1 : « il y a beaucoup **beaucoup** de choses à faire. (...) On prend le risque d'être **découragé** avant même d'avoir commencé »

P5 : « (le PPS) il n'est **pas très synthétique** »

P8 : « C'est bien, mais il y en a **3 milliards** (de préconisations) »

- Dans la forme : ne fait pas l'unanimité

Très lisible pour certains

P2 : « (concernant le PPS) on balaye l'état de santé et l'état social des gens relativement facilement, donc ça c'est très intéressant, c'est **très lisible** »

P9 : « (le PPS) **Très bien, clair, net**. Très adapté »

Trop dense pour d'autres, avec un format inadapté

P10 : « Je n'ai pas pris le temps encore de la lire, parce que **c'est énorme** »

3.2.6.2 Limites

- Un PPS non systématiquement envoyé

P4 : « Je n'ai **jamais vu** un PPS »

P6 : « **je n'ai pas cette grille**. J'ai un compte-rendu où les différents problèmes sont posés. »

P 9 : « j'ai reçu un gros **courrier** et voilà, **c'est tout**. »

3.2.6.3 Leviers potentiels

- Harmoniser le support écrit

P10 : « tu vois c'est important d'avoir un **mode de communication** qui reste **un petit peu le même et habituel** »

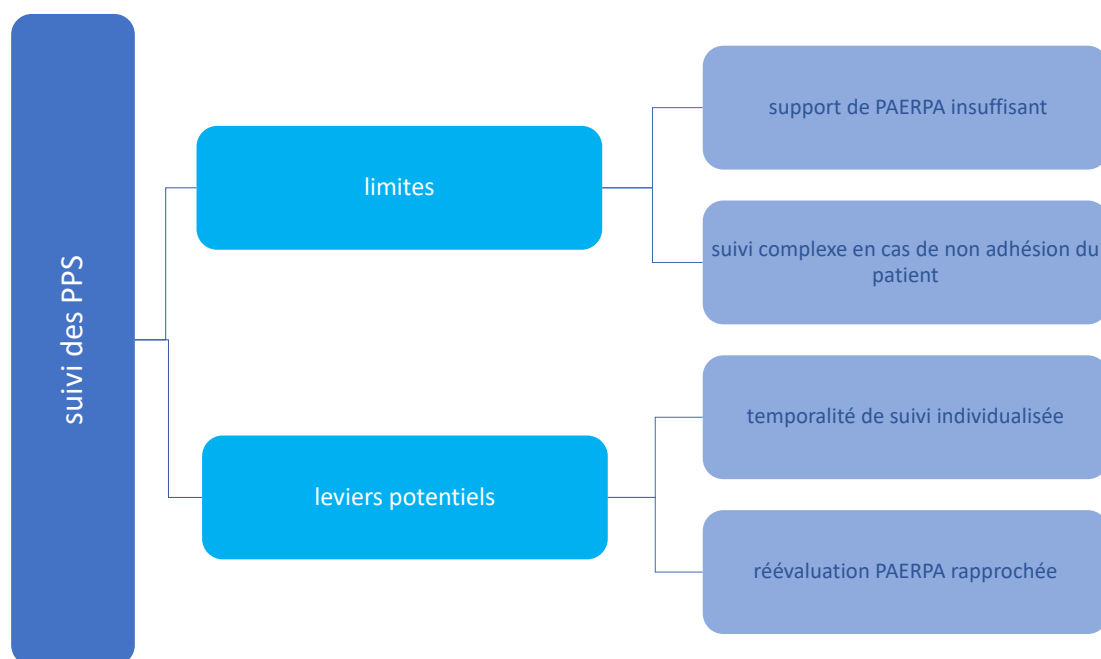
- Joindre systématiquement le PPS et le compte-rendu d'évaluation avec un résumé par soucis de complémentarité

P5 : « je pense que le **courrier** c'est très bien, avec un truc un peu plus synthétique, **et le PPS derrière**, complet, pour ceux qui veulent prendre du temps (rires) »

P10 : « Tu vois il faudrait peut-être qu'au niveau des compte-rendus il y ait **les deux approches complémentaires**, le **courrier résumé** avec les gros points et le **PPS**. »

Un PPS qui ne fait pas l'unanimité... Une centralisation des informations et un guideline des préconisations jugés intéressants, mais peu accessible en première lecture rapide du fait de son exhaustivité. De plus un PPS non systématiquement envoyé, ce qui contribue à sa moins bonne identification. Intérêt de joindre systématiquement PPS et compte-rendu papier d'intervention par soucis de complémentarité. Une faible appropriation globale des autres outils (site internet, grille d'aide à l'orientation...) qui mérite d'être prise en compte...

3.2.7 Le suivi des PPS



3.2.7.1 *Limites rencontrées*

- Un suivi de PAERPA jugé parfois insuffisant

P1 : « Alors c'est nécessaire, mais ce n'est **pas forcément suffisant** (...) »

P2 : « s'il y en avait **un petit peu plus ça serait encore mieux...** »

P8 : « **il faut quelqu'un sur le terrain qui soit là en permanence** ; nous on n'y est pas en fait... »

- Un suivi souvent complexe en cas de faible compliance ou rupture de soins

P5 : « pour ces deux femmes aidantes j'ai le même **problème** : j'ai un gros paquet de PPS (...), mais en même temps les patientes **ne consultent pas**, donc c'est **compliqué** (...). »

P8 : « Parce qu'il faut faire aussi avec le fait que **les gens ne veulent pas toujours** (...). Ça c'est une **limite** du dispositif »

3.2.7.2 - *Leviers potentiels*

- Envisager une temporalité à adapter à chaque situation

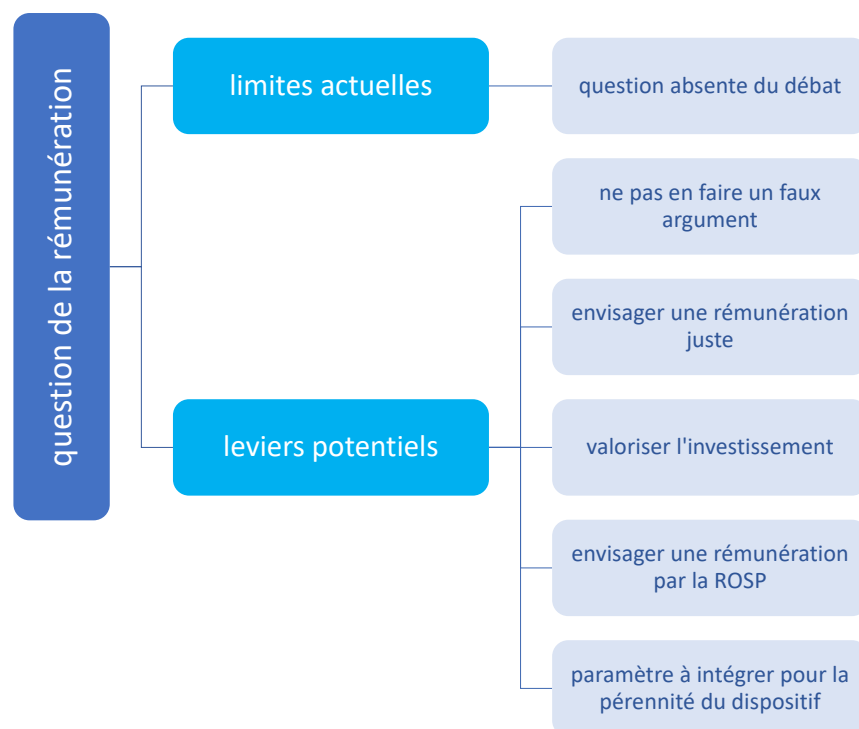
P2 : « c'est difficile à dire parce qu'il y a **des personnes** pour qui (...) je vois effectivement qu'il n'y a **pas besoin de mettre en place un suivi tous les 3 mois**. (...) Et puis il y en d'autres pour qui il faudrait un **suivi plus rapproché** »

- Mais privilégier globalement une réévaluation rapprochée pour maintenir le cadre

P6 : « peut être qu'à **six mois ça serait mieux**, parce qu'à **un an ça fait loin**. »

Une équipe insuffisamment présente en support durant le suivi pour certains, avec des rôles mal définis. Des modalités de réévaluation de PAERPA qui devraient pouvoir se penser de façon plus individuelle selon les situations accompagnées, en privilégiant d'une façon générale des réévaluations rapprochées dans le temps pour ne pas laisser le suivi s'étioier.

3.2.8 Question de la rémunération éventuelle de la participation au dispositif



3.2.8.1 Limite actuelle

- Une question absente du débat jusqu'à ce jour

P1 : « Euh **je ne connais pas la rémunération** »

P4 : « quand (...) je prends le temps d'essayer de mettre en place le PAERPA : **zéro rémunération** »

« **le temps passé n'est pas un temps payé** »

P 8 : « les 100 euros là... Parce que là aujourd'hui **je n'ai lu nulle part comment j'allais les toucher** »

3.2.8.2 Leviers potentiels

- La rémunération ne doit pas être un argument pour majorer progressivement les responsabilités du médecin généraliste

P1 : « Le médecin traitant c'est le pilier du système, le problème c'est que **le système met de plus en plus de charges sur le pilier.** »

P2 : « **quelle que soit la valorisation financière...** On remet toujours le médecin généraliste au centre du réseau, sauf qu'à force de **charger la mule**, ben la mule elle fait ce qu'elle peut »

P4 : « c'est un peu comme les **enveloppes de l'ARS** pour les **maisons médicales de garde** (...) Résultat on va à **l'implosion** »

- Envisager une rémunération à hauteur de l'investissement consacré

P4 : « Honnêtement, vous n'aurez **aucun** médecin généraliste qui pour **moins de 100 euros** va prendre en charge en truc sur lequel il faut **passer 8 heures...** »

P7 : « Que ça soit **rémunéré c'est très bien**, parce qu'on fait **plein de choses** qui ne sont **pas rémunérées** »

P8 : « ce gars-là il **va prendre sa matinée** mais à aucun moment on se dit **comment il va être rémunéré ? Ben je m'assois dessus quoi...** »

« Mais **on marche sur la tête quoi...** (...) c'est **ne pas reconnaître** que le type qui va se déplacer ou la consœur qui va se déplacer pour ça, c'est un vrai boulot ! »

- Pour valoriser de façon juste l'investissement plus que par mesure incitative

P4 : « **je ne le fais pas pour l'argent je le fais pour l'intérêt du patient** »

« **60 euros, autant le faire pour rien, (...) pour la beauté du geste.** Mais je n'en ferais **pas des milles et des cents** »

- Proposition d'une rémunération par la ROSP

P8 : « Attends, par la **ROSP** on sait très bien comment nous rémunérer ! Il pourrait y avoir un **bonus** (...) C'est là que **l'assurance maladie** elle a un rôle à jouer »

- Au final, une rémunération jugée nécessaire pour que le dispositif prenne plus d'ampleur

P1 : « mais s'il faut qu'en plus on gère, on **finance par nous même** un outil, qui en soit est une charge pour nous, c'est ce qu'on appelle **la double contrainte**. Donc ça va se **casser la gueule**. »

P4 : « après, si **personne** n'est **payé**, et ben ça va se **casser la gueule** »

P8 : « **ça ne peut pas fonctionner** (...) tu ne vas avoir **que les dinosaures** qui ont envie de faire avancer le truc. Et **les autres** ils vont dire ben **on me prend pour un con** (...) » « tu vas avoir 4 personnes et le **dispositif il va crever** ; ça n'est **pas réaliste** ! » « **si on veut que les personnes s'impliquent**, c'est obligé, il faut de la **rémunération**, et de la reconnaissance ».

Une rémunération à l'heure actuelle inexistante et absente du débat.

Nécessité d'envisager une rémunération juste, à hauteur de l'investissement consacré, pour valoriser ce dernier, plus que par mesure incitative. Une rémunération jugée indispensable pour espérer la pérennisation du dispositif.

Piste de réflexion proposée autour d'une rémunération par la ROSP de la CPAM.

3.2.9 Avenir de PAERPA envisagé par les médecins généralistes



3.2.9.1 Nécessité d'un temps de recul supplémentaire pour mieux évaluer l'apport du dispositif

P4 : « c'est **un peu tôt** pour faire une évaluation » « ça ne se fait pas en un an ni en deux ans »

P8 : « On est **expérimental** de toute façon... »

P9 : « (rires) Je pense que **je ne connais pas assez** pour pouvoir en juger (...) Je pense qu'il faut **au moins 3 ou 4 ans** pour que ça avance. »

3.2.9.2 Motivation globale des médecins à intégrer plus de patients dans le dispositif

P5 : « ça fait que si jamais je suis encore en difficulté avec une personne âgée **je n'hésiterai pas à les contacter**. Alors qu'avant... »

P6 : « Pour des prochains patients je pense que **j'y penserai**. »

3.2.9.3 Souhait que le dispositif PAERPA soit mieux connu des médecins et plus intégré dans les pratiques de chacun

P2 : « Il faudrait vraiment que **chaque médecin (...) y pense** en fait. »

P5 : « il faudrait qu'ils fassent **plus de publicité** pour se faire **connaître** des médecins traitants. »

P7 : « Si le médecin sait à quoi ça sert, il sera **forcément impliqué** dedans. »

3.2.9.4 Souhait global d'une pérennisation du dispositif

P2 : « Du coup, maintenant qu'on y a goûté ça semble **difficile de s'en passer**. »

P7 : « ce dispositif il **a comblé un vide** (...) J'espère que ça va se **pérenniser** vraiment. Ça aide... »

P8 : « C'est un **bijou formidable**, qu'il faut vraiment **conserver**, mais comme tout bijou il faut le ciseler quoi, Il faut le travailler. »

3.2.9.5 Intérêt d'étendre ce type de dispositif à d'autres cibles de patients complexes

P2 : « qui devrait même à mon avis plutôt **s'élargir**, c'est-à-dire qu'on en aurait besoin pour **d'autres patients**, pas uniquement des séniors : des gens qui des fois ont des pathologies, **où c'est très lourd** à gérer, à coordonner. »

Un dispositif encore expérimental, nécessitant un temps de recul supplémentaire pour mieux évaluer son impact réel. De nombreuses limites qui persistent, mais pour autant un souhait général de pérennisation, voir même d'extension à d'autres populations cibles de patients complexes.

4 DISCUSSION

4.1 Validité de l'étude

4.1.1 La question de recherche

La question de recherche portait sur l'exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes du territoire Est Héraultais autour du dispositif PAERPA.

Lorsque je me suis engagée de ce travail de recherche je n'avais pas pris conscience de l'exhaustivité du sujet et de la richesse des verbatims qui en découleraient, faisant émerger un grand nombre de catégories.

Cependant, aucun travail de ce type n'ayant été réalisé au sujet du dispositif PAERPA 34, j'ai volontairement assumé le fait de conserver un angle de recherche très large, afin de venir recenser un nombre d'axes d'exploration assez exhaustif. Bien évidemment, il s'agit d'un premier travail à visée exploratoire, posant les grandes bases de la réflexion, et il conviendrait de compléter de façon plus précise l'analyse de chaque grande catégorie par exemple. Cela pourra faire l'enjeu de prochains travaux de thèses.

L'objectif secondaire était de mettre en exergue des leviers potentiels afin d'améliorer ce dispositif en cours d'expérimentation, encore bien imparfait. Ces pistes de réflexion ont pu émerger des entretiens pour un bon nombre de catégories.

4.1.2 La population d'étude

L'étude concernait des médecins généralistes du territoire Est Héraultais ayant déjà expérimenté le dispositif afin d'en explorer leur expérience vécue. Nous avons choisi comme « critère d'expérimentation » du dispositif, le fait d'accompagner au moins un PPS. Il aurait pu être décidé de choisir plutôt des médecins ayant sollicité au moins une fois la plateforme que cela ait abouti ou non à une intégration dans le dispositif, ou encore de s'adresser à un public de généralistes tout venant, quel que soit leur degré de participation au dispositif. J'ai finalement décidé de ne retenir que ceux ayant, du moins sur le papier, une expérience réelle du dispositif dans le cadre d'un accompagnement de PPS, la question de recherche portant sur une expérience vécue.

Parmi les médecins interrogés, plus de la moitié étaient des connaissances personnelles. Je pensais initialement m'orienter vers un public neutre, mais les difficultés de recrutement m'ont contrainte à cibler un public plus facilement accessible. Cet aspect peut-être à l'origine d'un biais de sélection.

Une des forces de cette étude est la qualité de l'échantillon, en effet il recouvre toutes les variables identifiées comme pouvant impacter sur l'expérience vécue, permettant un recueil de matériel d'étude relativement large.

4.1.3 Le déroulement des entretiens

Le guide d'entretien a servi de support mais n'a pas été appliqué de façon standardisée. En effet, quelques médecins interrogés et ayant plusieurs PPS à leur actif, ont tout simplement découvert l'existence du dispositif et de sa censée implication au travers de mon intervention. De ce fait, le guide d'entretien n'étant plus applicable en la matière, il a fallu rebondir sur d'autres pistes de réflexions concernant leurs attentes éventuelles, les leviers potentiels pour parfaire le dispositif ou encore obtenir leur point de vue quant au PPS une fois identifié. Ces entretiens ont bien sûr été conservés, venant soulever de nouvelles limites qu'il semblait parfaitement légitime d'intégrer à cette réflexion.

D'autre part, certaines questions posées sont venues de façon inattendue mettre en évidence une grande méconnaissance autour de certains sujets, notamment celui d'une éventuelle rémunération, ou encore celui d'un possible changement de posture de la position du médecin pour la rédaction du PPS. Afin de recueillir le point de vue des médecins sur ces sujets respectifs, il m'a fallu m'impliquer davantage pour en préciser les cadres, tout cela bien évidemment en essayant d'influencer le moins possible leurs propos.

J'ai également été interpellée à quelques reprises par des médecins, attendant que je réponde à leurs interrogations, étant identifiée à tort comme membre à part entière de l'équipe PAERPA (et ce malgré ma présentation initiale en tant que médecin remplaçante non thésée).

De même, ayant pris le parti pris d'une approche compréhensive et non impersonnelle (31) pour mener à bien mes entretiens, le guide d'entretien s'est volontairement effacé, restant toujours en toile de fond, pour permettre un déroulé de la discussion plus fluide, réagir au mieux aux interventions des médecins. Ainsi, beaucoup de relances ont été faites, sans avoir été anticipées ou intellectualisées en amont, notamment lorsqu'un nouveau thème semblait émerger, et ce afin d'en préciser le sens, ou encore pour faire évoluer l'entretien vers un nouveau thème. J'ai donc choisi une attitude active, imprimant une certaine direction à l'entretien, pouvant parfois influencer le propos malgré moi.

Pour être parfaitement rigoureux d'un point de vue méthodologique, il aurait été souhaitable que chaque entretien puisse être totalement analysé avant de passer à l'entretien suivant, dans un souci de réappropriation du guide. Pour des raisons organisationnelles, devant la fréquence rapprochée des entretiens, tous n'ont pas pu être systématiquement retranscrits et intégralement analysés à chaque fois. En revanche, un temps de réécoute de l'enregistrement ou de relecture du verbatim précédent déjà retranscrit a été systématiquement pris afin de se ré-imprégner et d'identifier les nouveaux termes émergents.

Tous ces points énoncés précédemment participent probablement à l'émergence de biais de méthodologie, bien que je me sois astreinte à les minimiser du mieux possible.

4.1.4 La notion de saturation

La question de la saturation est complexe (cf § 3.1.3). Le neuvième entretien n’a réellement apporté aucune information supplémentaire. En revanche, le dixième entretien a fait apparaître un nouveau thème jugé pertinent. Il a été retenu, mais s’est révélé à l’échelle de l’analyse globale avoir peu d’impact, ne remettant pas en cause l’obtention de la saturation de mon point de vue.

Compte tenu de la quantité importante de verbatim recueilli (presque 7 heures d’entretiens), et de l’obtention d’une apparente saturation, j’ai conclu qu’il était pertinent et justifié d’interrompre ce travail après 10 entretiens.

4.1.5 La méthode d’analyse

Lorsqu’il a été défini d’explorer une expérience vécue, l’analyse phénoméno-pragmatique semblait s’imposer, étant le mode d’analyse le plus abouti pour retranscrire avec sens. Cependant, pour répondre au mieux à l’objectif secondaire, et surtout dans un souci de lisibilité et d’appropriation de ce travail par l’équipe PAERPA, l’analyse thématique m’a semblée plus pertinente. J’ai donc taché de présenter de façon didactique l’ensemble de mes résultats, pour identifier rapidement au sein de chaque catégorie les freins et leviers potentiels. En revanche, pour ne pas perdre le sens complet et la cohérence de l’analyse, j’ai tenté de faire évoluer certains termes de façon plus conceptuelle. Une courte synthèse dont la teneur se rapproche d’un récit phénoménologique conclut chaque catégorie.

Cette analyse, à cheval entre thématique et phénoméno-pragmatique, découle de la difficulté à allier avec pertinence un objectif principal portant sur l’exploration d’une expérience vécue et un objectif secondaire portant sur la mise en évidence de freins et leviers potentiels. Pour éviter cet écueil il aurait certainement été souhaitable de recentrer la focale sur l’objectif principal.

4.1.6 La triangulation

Dans l'analyse qualitative le concept de triangulation permet d'apporter plus de puissance à l'étude en limitant les biais d'interprétation par la confrontation de plusieurs analyses menées en aveugle.

Nous avons prévu de trianguler les résultats soit en réalisant deux analyses manuelles indépendantes (une par l'étudiant chercheur, une autre par le directeur de thèse ou un médecin neutre formé au qualitatif) qui auraient été confrontées à posteriori, soit en mettant en perspective une analyse manuelle avec une analyse informatique via le logiciel N Vivo®. En pratique, face à des contraintes temporelles et humaines le projet n'a pas pu aboutir. Cela est effectivement critiquable et dessert l'analyse, l'exposant à des biais de subjectivité et d'interprétation.

4.2 Les résultats

4.2.1 Connaissance du dispositif

Ce travail de recherche révèle une **connaissance très variable** du dispositif sur notre territoire, ce qui semble globalement le cas dans la plupart des territoires expérimentaux comme en attestent d'autres travaux de thèse (25). De nombreux médecins, même accompagnant des PPS, méconnaissent totalement l'existence du dispositif. D'autres, bien qu'ayant identifié le dispositif, en confondent très largement les critères d'inclusion. On constate notamment une assimilation erronée avec la MAIA, qui concerne elle des situations relevant d'une perte d'autonomie avérée chez le sujet de plus de 60 ans (cf annexes 8 et 9).

En somme, les critères d'inclusions tels que se les représentent la plupart des médecins généralistes correspondent plutôt à leurs attentes qui se situent souvent autour des problématiques de perte d'autonomie et de prise en charge sociale complexe. Les réponses à ces situations complexes se situeraient en pratique plus dans le champ d'action des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Leurs missions concernent l'appui à l'organisation des

parcours complexes sans critères d'âge ni de pathologie, et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire (34).

Ces **confusions entre dispositifs d'appui**, également retrouvées dans le travail de thèse de Fanny Sarrazin (25), témoignent d'une trop grande complexité de l'offre. Il existe un réel manque de lisibilité et d'identification des dispositifs qui reste un frein majeur à leur recours. Dans une optique de centralisation de l'information et de simplification des choses nous devrions voir apparaître en France d'ici trois ans les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) : regroupement de tous les réseaux de soins, des PTA, MAIA, PAERPA, CLIC..., avec un système de numéro unique (35). Cette attente a d'ailleurs été très clairement exprimée par plusieurs médecins dans ce travail.

De plus, les **outils** à dispositions, dont notamment le site internet et la grille d'aide à l'orientation sont encore largement **méconnus**, comme en attestent les retours des médecins interrogés.

A l'échelle nationale, trois canaux de communication de masse ont été prévus afin de faire connaître le dispositif PAERPA : les réunions d'information par les équipes projet, les formations via les organismes gestionnaires de développement professionnel continu (OGDPC) et les visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) (23).

La **campagne d'information** actuelle réalisée par l'équipe projet sur notre territoire apparaît peu adaptée. Elle touche un public encore bien limité malgré les efforts déployés. Son contenu, trop exhaustif, ne semble pas permettre aux libéraux de santé d'identifier clairement les principales missions du dispositif et ses critères d'inclusion. Ce frein, lié à une communication insuffisante et inadaptée, a d'ailleurs été constaté dans d'autres territoires comme notamment les Hautes Pyrénées où les réunions se sont même avérées contre-productives, véhiculant une mauvaise idée du programme et entraînant une diminution des sollicitations par la suite (23).

Un des leviers majeurs pour favoriser la mobilisation des PLS serait donc de proposer des réunions d'informations plus « pratiques », précisant bien le cadre de l'action, les outils à disposition, et travaillant sur des cas réels pour illustrer les bénéfices attendus.

Une des autres pistes de réflexion proposée par les médecins interrogés serait de renforcer le message véhiculé par les **Délégués de l'Assurance Maladie** (DAM), notamment lors des visites pour la ROSP, et de proposer un accompagnement à l'utilisation des outils (23). Jusqu'à présent seuls les Conseillers d'Assurance Maladie (CAM) en charge du PRADO (service de l'Assurance Maladie initié en 2010 pour favoriser le retour à domicile du patient en post hospitalisation) ont reçu une information relative au dispositif PAERPA par l'équipe projet sur le territoire Héraultais.

En ce qui concerne la communication via les soirées de **formation continue** des médecins, il s'agit d'un vecteur plus qu'anecdotique puisqu'à ce jour on ne recense qu'une seule soirée d'information dans le cadre de FMC 34 organisée sur notre territoire, non validante pour le DPC. A l'avenir, il faudrait tendre vers une communication plus large dans ce cadre, à condition bien-sûr que ces soirées puissent être reconnues.

En revanche, l'équipe projet s'attache déjà à communiquer auprès des futures générations de médecins dans le cadre de leur formation initiale. Ces deux dernières années, deux séminaires ont été organisés pour les internes de médecine générale en lien avec le département de médecine générale de Montpellier.

La proposition d'une communication à l'échelle nationale au sein de **congrès** type « preuve et pratique » comme cela l'a été suggéré lors de plusieurs entretiens ne semble pas inintéressante en guise de première approche.

Les campagnes de **porte à porte** ont également été suggérées. Elles semblent cependant difficilement réalisables de façon exhaustive au vu des contraintes humaines de l'équipe et des contraintes temporelles des médecins.

Une des autres pistes à ne pas négliger est celle d'une diffusion de l'information via le **milieu gériatrique hospitalier**. Plusieurs des médecins interrogés ont témoigné du fait que l'information concernant PAERPA aurait plus de poids si directement véhiculée par un gériatre dans le cadre d'un compte-rendu d'hospitalisation par exemple. Des actions de formation/acculturation au dispositif PAERPA auprès des professionnels hospitaliers sont développées par les Equipes Mobiles de Gériatrie, mais l'intégration dans la pratique hospitalière demeure insuffisante et serait à renforcer (36).

Pour finir, l'**acronyme PAERPA**, peu parlant, ne favorise pas l'identification et l'intégration du dispositif. Peut-être serait-il nécessaire de le renommer de façon plus lisible, mais au risque de générer une part de confusion chez ceux l'ayant déjà assimilé sous son appellation actuelle...

4.2.2 Place du médecin généraliste au sein du dispositif

La **place** que souhaite occuper le médecin généraliste au sein du dispositif est dès le départ très **variable** selon les profils de médecins. En effet, certains semblent peu sensibilisés à la spécificité de la prise en gériatrique et aux notions de dépistage et prévention. Cela représente un frein réel à leur mobilisation. De même, tous ne présentent pas le même attrait pour le travail en réseau et l'interdisciplinarité.

Ce travail a permis de faire émerger trois grands profils de médecins :

- Les médecins de plus de 50 ans, ayant toujours exercés seuls, peu sensibilisés au travail en réseau, à l'interdisciplinarité, et ce indépendamment de leur intérêt ou non pour la gériatrie.
- Les jeunes médecins, de fait peut-être plus sensibilisés durant leur formation initiale à ce type de pratique, tout à fait en demande de mieux connaître et intégrer ce type de dispositif à leur pratique, et ce quelle que soit leur part d'activité gériatrique et leur rapport à l'universitaire.
- Une dernière catégorie de médecins, plus avancés dans leur carrière, mais porteurs de projets, hautement concernés par le travail en réseau, la collaboration interprofessionnelle. Parmi eux on retrouve un lien fort avec l'universitaire ou encore une pratique antérieure rurale et isolée ayant participé à développer ce sens du travail en équipe. Ce sont eux qui semblent avoir la meilleure connaissance actuelle du dispositif et qui s'en saisissent le mieux.

Lors de l'élaboration du projet PAERPA, la HAS insiste sur le fait que le médecin doit participer à toutes des étapes du PPS, c'est à dire son initiation, son élaboration et son suivi. Le PPS est ainsi présenté comme un plan d'action participatif de proximité où le médecin est amené à s'entourer des acteurs nécessaires apportant chacun leurs compétences propres (18).

En pratique, selon les territoires pilotes, le médecin traitant n'occupe pas la même place, notamment concernant l'étape de l'élaboration du PPS. Ce point fait encore débat aujourd'hui.

Sur notre territoire, contrairement à d'autres, les PPS sont rédigés par l'équipe PAERPA, puis validés par le médecin traitant. La notion de **coordination clinique de proximité** (CCP) ne revêt pas de réalité concrète. Aucun temps de concertation entre professionnels de santé pour l'élaboration du plan de soin n'est prévu. Cela contribue probablement au plus faible investissement des médecins généralistes en termes de coordination et de suivi, puisque non intégrés en amont dans cette étape fondamentale d'élaboration. Dans son évaluation de 2017, la DREES insiste sur ce point. Sur tous les territoires où les professionnels sont déchargés de la rédaction du PPS, la CCP est clairement défavorisée (23).

Dans d'autres territoires, comme le Nord Est Parisien ou encore la Mayenne, la CCP prend tout son sens, puisque l'élaboration du PPS est assurée par le médecin et les libéraux de santé qui se coordonnent eux-mêmes. Cela est facilité par l'exercice au sein de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) qui proposent un cadre propice pour les réunions entre professionnels de santé, ou hors MSP lorsque le territoire propose un appui fort de la CTA et une offre de services conséquentes (23).

Cependant, quel que soit le territoire et le positionnement du médecin face à la rédaction du PPS, le **caractère chronophage** reste un frein majeur pour une plus grande mobilisation des libéraux de santé (23), (24), (25), (26), (27), (36). Le problème est donc qu'il persiste un schisme entre la cohérence du projet tel qu'il est pensé et les contraintes du terrain. A l'heure actuelle, on estime le temps de travail hebdomadaire moyen des médecins généralistes en France à plus de 52 heures, dont 20 % lié à des activités de diagnostics hors consultation et plus de 10 % dédié à la charge administrative (37). La majorité des médecins généralistes se sent déjà étouffée par la charge de travail et peine à dégager du temps pour s'investir pleinement dans ce type de dispositif.

Pour autant, le collège de médecine générale, dans son analyse du document PPS publiée en 2013, insiste sur le fait que médecin généraliste et l'équipe soignante de premier recours doivent être les **initiateurs OBLIGATOIRES** du PPS. Le non-respect de cette procédure exposerait selon eux à une perte évidente d'efficacité du dispositif (38).

Comment concilier alors les ambitions et le sens même du projet avec la réalité de l'exercice médical ? Une mutation profonde des pratiques axée sur plus de coordination et une

reconnaissance financière réelle de l'investissement consacré semblent s'imposer pour répondre à cet enjeu. (cf § 4.2.4 et 4.2.8)

Au-delà du frein « manque de temps », deux grandes craintes émergent : celle d'être rapidement mis à l'écart et dépossédé de la relation médecin-malade, et indirectement celle d'une atteinte au caractère libéral de l'exercice au travers d'un contrôle des pratiques par un dispositif issu d'une volonté politique.

Toutes ces considérations laissent à penser qu'il serait pertinent de redonner plus de place sur notre territoire à la CCP. Cependant vu les retours de cette étude, il semble difficilement envisageable de faire marche arrière et de repositionner le médecin traitant à la rédaction du PPS alors qu'il en a été déchargé jusqu'à présent. Une des pistes de réflexion pourrait être celle d'une co-rédaction libéraux de santé/ équipe PAERPA, avec un temps de rencontre soit durant l'évaluation à domicile, soit au cabinet médical, voir à terme via le Web-PPS (cf § 4.2.6). Sur le territoire parisien, l'interface de la M2A (Maison des Aînées et des Aidants) est un bel exemple d'efficience de cet outil numérique (39). Les médecins en coordination avec les libéraux de santé initient le plan via le web PPS en remplissant uniquement les champs qui leur sont propres, puis l'envoient à la plateforme qui le complète. C'est bien vers ce mode de fonctionnement que tend l'équipe de PAERPA 34, malheureusement encore limité par un outil informatique non optimal dans son utilisation.

Ainsi, la question de la **redéfinition des rôles de chacun** de façon plus lisible apparaît comme un enjeu nécessaire pour un meilleur déploiement du dispositif. C'est d'ailleurs une des principales limites de nombreux modèles de soins intégrés expérimentés au niveau international. En Suisse, où beaucoup d'espoirs sont mis autour de la création d'« un socle solide de soins de santé primaire interprofessionnel et cohérent » pour améliorer l'efficience du système de soins, l'institut universitaire de médecine générale rappelle que ces modèles ne peuvent être viables que si les missions des différents professionnels à l'intérieur d'une équipe sont bien redéfinies et s' il existe une bonne collaboration entre professionnels des différents niveaux de soins (40).

4.2.3 Modification de la prise en soins du patient

Les médecins ayant bien intégré les missions du dispositif et investi le suivi, perçoivent une amélioration globale de la prise en soin des patients. Ils soulignent principalement une prise en charge plus globale axée sur la prévention, le dépistage plus précoce de certains troubles notamment cognitifs, une amélioration palpable de la qualité de vie. Un seul médecin a abordé la limitation du recours à l'hospitalisation, et un seul autre l'intérêt de la conciliation médicamenteuse permettant de diminuer la iatrogénie, ces deux points faisant pourtant parti des objectifs principaux du dispositif.

A l'échelle **nationale**, une évaluation de l'impact du dispositif PAERPA sur des critères de soins primaires réalisée par l'IRDES entre 2015 et 2016, a mis en évidence que **l'impact moyen de l'expérimentation n'était pas significatif concernant le recours à l'hôpital et la polymédication**. On notait néanmoins une importante disparité au niveau territorial sur ces critères de soins primaires (24). En dépistant précocement des situations à risque de décompensation aiguë et en favorisant les entrées directes en service d'hospitalisation de court séjour gériatrique si besoin, le dispositif PAERPA est bien sensé participer à la réduction du recours aux urgences pour les personnes âgées, en accord avec la mesure 5 du « pacte de refondation des urgences » de 2019 (41).

Sur notre territoire, **aucune étude n'a à ce jour permis d'évaluer l'efficacité réelle du dispositif**, notamment en termes de réduction du recours à l'hôpital et de limitation des durées moyennes de séjour.

Pour tenter d'évaluer l'impact des PPS sur le territoire Est-Héraultais, une cohorte incluant 88 patients sur l'année 2018 a comparé les résultats des échelles d'évaluation à M0 et à M12. Après un an de suivi, on notait une amélioration globale de tous les scores de santé : une réduction de 5 % du risque de dépression (mini-GDS), une réduction de 15 % du risque de malnutrition (MNA) enfin une augmentation de 39 % des personnes estimant leur état de santé au-dessus de la moyenne. Cette étude, à visée exploratoire, demande à être confirmée en incluant plus de patients, mais elle révèle une première tendance plutôt encourageante.

De même, les résultats préliminaires d'une étude en cours, réalisée dans le cadre d'un travail de thèse portant sur l'évaluation du suivi des préconisations des PPS sur notre territoire, s'avèrent assez prometteurs. Il a été observé un taux d'objectifs atteints à 12 mois de suivi, de respectivement : 72% pour la prise en charge sociale, 57% pour les problèmes locomoteurs, 69 % au niveau nutritionnel, 68 % pour les problèmes d'humeur et/ou de comportement, mais seulement 56 % pour les problématiques liées aux médicaments.

Au niveau international, la notion de **soins en collaboration interprofessionnelle** apparaît comme une piste de réflexion indispensable pour faire face aux grands enjeux de santé publique actuels.

La fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé, dans son rapport de 2007, souligne que « le renforcement de la collaboration interprofessionnelle donne des résultats positifs tant pour le personnel soignant, que pour le système et la patient ». En effet, les scores de satisfaction des patients sont parlants, on note également une amélioration d'un bon nombre de scores de santé chez les patients, ainsi qu'une diminution globale des coûts de santé avec une diminution des hospitalisations, notamment via les urgences, une diminution des consultations en cabinet médical, ainsi qu'un allègement des prescriptions (15).

4.2.4 Modification des pratiques

Les médecins ayant un peu de recul sur le recours au dispositif PAERPA parlent d'une modification globale de leur pratique certes, sans pour autant pouvoir l'illustrer de façon très concrète. Pour plus de la moitié des médecins il n'y avait pas de modification réelle des pratiques. Sur le territoire Sud-Ouest Mayennais les résultats de Marion Paris sont assez similaires (27).

Quelques médecins ont insisté sur l'intérêt d'une intervention extérieure permettant de s'extraire de la relation duelle avec le patient en cas de faible compliance, soulevant indirectement la problématique de leur isolement.

Une des attentes fortes qui revient de façon assez récurrente est la « **libération de temps médical** ». Les médecins aspirent à être déchargés de missions qui pourraient être facilement

déléguées à d'autres. Les dispositifs d'appui type PAERPA doivent selon eux répondre à cet enjeu. A ce sujet, plusieurs ont fait le lien avec les infirmiers de pratiques avancées (IPA) qui rentreront en exercice en 2020 (42).

L'axe d'exploration de la modification des pratiques a été finalement peu développé dans l'étude. Il s'agit du probable reflet d'un exercice en cours de mutation, encore peu orienté vers un travail en coopération avec des dispositifs d'appui. Dans cette étude, aucun des médecins interrogés n'exerçait en **Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)**, et les retours auraient été probablement autres si nous avions interrogé une population de médecins s'inscrivant dans ce cadre d'exercice. Cela ne vient pas d'un biais de recrutement lié à un échantillon d'une trop faible variabilité mais tout simplement du fait qu'il n'existe à ce jour sur le territoire PAERPA Est Héraultais aucune MSP.

Depuis les mesures de l'ARS en 2012 et le Pacte territoire Santé 2 de 2015, on assiste au déploiement de ces structures sur l'ensemble du territoire Français. Les MSP se sont d'abord développées sur les territoires ruraux où l'offre de soins était fragile, mais face à la démographie médicale et au papy-boom des médecins généralistes ce mode d'exercice tend à s'étendre au milieu urbain et semi-urbain. Sur la région Occitanie, le rythme de développement est particulièrement soutenu. On recense en avril 2019, 142 MSP. Il n'y en a à ce jour aucune en activité sur le territoire PAERPA Est Héraultais, mais 4 sont en projet et devraient être fonctionnelles en 2020 (43). (cf annexe 10)

Dans cette même perspective de coordination et d'inter-professionnalité, nous assistons au déploiement des **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** sous l'impulsion des ARS (44). Il s'agit de regroupements de professionnels de santé de premier recours, selon leur propre initiative, travaillant en collaboration avec des acteurs de second recours et du champ médico- social, dans un souci de coordination et d'amélioration des prises en soins de patients complexes. Une CPTS est en cours de création sur le territoire Est-héraultais et devrait voir le jour courant 2020 : la CPTS « Camargues ». PAERPA 34 s'est déjà positionné pour intégrer le dispositif. Il sera intéressant de suivre l'avancée de ce projet et d'encourager les médecins à adhérer plus largement à ce type d'initiative.

On peut penser que dans les années à venir le paysage de la médecine générale va grandement évoluer sur notre territoire, et que le développement de structures pluridisciplinaires favorisera le lien des professionnels de santé avec les dispositifs d'appui à la coordination.

4.2.5 Communication entre l'équipe PAERPA et les médecins

Les modalités de communication actuelle entre l'équipe PAERPA et les médecins ne font pas l'unanimité. Les vecteurs utilisés ne satisfont pas toujours les médecins. Les attentes à ce niveau sont effectivement divergentes, reflétant de pratiques et de modes organisationnels différents. Certains vont ainsi privilégier le téléphone car attachés au contact humain et à l'interaction bien que ce soit chronophage, d'autres préfèrent un support écrit pour avoir la liberté de s'organiser comme ils le souhaitent dans leur travail sans être dérangés sur les temps de consultation.

Une des pistes proposées serait d'adapter le mode de communication aux attentes prédéfinies du médecin, s'orientant ainsi vers un **mode de communication plus individualisé...**

On pourrait donc envisager que lors de l'élaboration de chaque PPS, l'équipe définisse avec le médecin généraliste le vecteur de communication qui lui convient le mieux selon ses habitudes et ses contraintes, et que ce vecteur soit par la suite celui privilégié pour les échanges.

A terme bien sûr, comme nous le traiterons dans le chapitre suivant sur les outils à disposition, l'accès à une interface numérique fonctionnelle avec messagerie sécurisée devrait faciliter la communication entre les acteurs de proximité et l'équipe.

4.2.6 PPS et outils à disposition

- Le PPS

Le **PPS** est un des outils phares du dispositif. Chaque territoire s'est réapproprié le modèle initial pensé par la HAS (18) pour l'adapter au mieux aux contraintes locales.

Sur notre territoire l'avis des médecins relatif au support proposé est relativement mitigé, et dans le fond, et dans la forme. Tous saluent son exhaustivité mais s'accordent à dire qu'il peut

sembler indigeste à la première lecture. Ceux qui s'en saisissent le mieux sont ceux qui en ont réellement compris l'utilisation. Ce support se veut exhaustif certes, mais la liberté est ensuite laissée de définir une ou deux actions à mener selon les priorités que le médecin définira lui-même avec les autres professionnels de santé. Ce point particulier semble avoir été mal appréhendé par de nombreux médecins interrogés, qui se sentent acculés par l'ampleur de la tâche.

Un des autres freins soulevés est l'absence sur notre territoire de retour standardisé. En effet, le compte-rendu d'intervention prend la forme du PPS lorsqu'il est rédigé par une coordinatrice ergothérapeute, mais celle d'un courrier de synthèse lorsqu'il est rédigé par le médecin gériatre. Les attentes des médecins en termes de support écrit sont divergentes. Certains souhaiteraient systématiquement un PPS, en guise de grille de synthèse. D'autres, peu convaincus par sa présentation, se sentent plus à l'aise avec des préconisations rédigées dans le cadre d'un compte rendu d'évaluation à domicile.

L'absence de standardisation du support écrit, inhérente à notre territoire, contribue probablement au manque d'identification du dispositif et de ses missions. Il conviendrait donc de réfléchir à un support unique pour plus de lisibilité. L'idéal serait, pour satisfaire le plus grand nombre, de joindre systématiquement un compte-rendu d'évaluation pour première lecture, à un PPS pour le suivi et la coordination. Ces deux supports devraient à terme être dématérialisés.

Dans un souci de **transition numérique** du système de soins, le cahier des charges du dispositif PAERPA prévoit le développement de nombreux outils numériques appelés « SI » pour Système d'Information partagée avec entre-autres : un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales, une messagerie sécurisée et l'utilisation du dossier médical partagé (DMP) (16).

- **Le site internet PAERPA 34 et le Web PPS**

En ce qui concerne le **site internet PAERPA 34**, cette étude nous révèle une méconnaissance quasi absolue de son existence et des outils qu'il met à disposition. L'intérêt principal de cette interface lors de sa conception était de permettre l'accès à un **Web-PPS**, outil offrant la possibilité aux membres de la CCP d'initier très facilement un pré-PPS, en co-rédaction,

secondairement transis à la plateforme pour finalisation. Par ce même vecteur, le document finalisé peut ainsi être transmis à l'ensemble des intervenants sur le terrain, limitant les problématiques de perte d'information, de délai de réception, d'archivage, de non-respect du secret médical... Dans les faits, le Web-PPS n'est toujours pas fonctionnel sur notre territoire et cela reste un frein au déploiement d'une vraie coordination clinique de proximité.

Cette problématique d'interface informatique encore imparfaite a été également pointée du doigt dans différents travaux. Dans le territoire bourguignon où les médecins sont en charge de la rédaction du PPS, celle-ci peut se faire via le Web PPS, mais en pratique peu y sont correctement formés et l'absence d'interopérabilité avec les « logiciels-métier » dissuadent de nombreux médecins (26).

Il semble donc nécessaire de renforcer la communication autour de cette interface, à condition avant toute chose qu'il soit optimisé et rendu réellement fonctionnel, et qu'une formation à son utilisation puisse être proposée aux acteurs de proximité.

Un des modèles dont nous aurions tout intérêt à nous inspirer est celui du territoire Paris Nord Est avec son interface « **maison des aînés et des aidants** » (M2A) (39).

La problématique du non-respect du secret professionnel n'a pas été soulevée dans ce travail contrairement à d'autres travaux de thèse (26). Il s'agit d'un frein majeur pour certains médecins à participer au PPS, car de leur point de vue la diffusion d'un plan de soins avec données médicales et confidentielles à l'ensemble des acteurs de proximité est une entrave grave au secret médical. Un levier intéressant pour limiter ce risque est la création de matrice d'habilitation sur le web PPS, permettant de segmenter l'accès au contenu du PPS selon la profession (45).

- **La messagerie sécurisée**

La question du non recours à une **messagerie sécurisée** s'est révélée être un frein majeur, notamment pour un des médecins très impliqué dans le dispositif. Parmi tous les médecins interrogés entre novembre 2018 et janvier 2019, aucun n'avait pu recevoir les PPS ou courriers via messagerie sécurisée.

Depuis avril 2019 seulement, l'ARS Occitanie a décidé de financer la messagerie médimail® comme socle numérique pour l'ensemble des dispositifs d'appui de la région, dont PAERPA 34.

Elle reste cependant toujours sous-utilisée faute d'usage chez les acteurs de proximité. Se pose la question du choix de cette messagerie, peu utilisée par les professionnels de santé de notre territoire plutôt qu'une autre type apycrypt®, largement plus répandue et citée dans les entretiens. Ce choix, s'est justifié en partie dans une optique de décloisonnement des secteurs, étant à la fois accessible aux professions du médical, du médico-social et du social et permettant un annuaire commun, mais il reste à ce jour controversé. En conséquence, l'ARS a décidé de financer des moyens humains afin d'accompagner au mieux les professionnels dans cette transition numérique. Depuis peu, 8 agents régionaux appelés « animateurs territoriaux E-parcours » sont en charge sur le territoire de l'accompagnement à l'usage des outils numériques. L'inscription et l'administration du compte médimail® sont totalement gratuites, en revanche l'« intégration des données » fait défaut car tous les logiciels métiers ne sont à ce jour compatibles. .

Un des leviers potentiels, appuyé par les préconisations de l'ASIP (36),(46), serait effectivement que les éditeurs puissent rapidement adapter leurs logiciels-métier et les rendre interopérables avec cette messagerie sécurisée, afin de faciliter l'échange de documents et la communication de façon sécurisée. Un exemple d'une belle réussite de logiciel unique de coordination dont nous aurions beaucoup à apprendre est celui de **PAACO globule®** sur le territoire Nouvelle Aquitaine (47).

- **Le Dossier médical partagé**

La question de l'intégration du PPS au **Dossier médical Partagé (DMP)** n'a pas du tout été soulevée dans cette étude, reflétant une faible intégration du DMP dans la pratique des médecins. Les principaux freins sont l'existence de logiciels métiers non DMP-compatibles ou et un manque d'accompagnement des professionnels de santé à son usage (48).

Sur le CHU, l'intégration des données dans le DMP est rendue possible avec le logiciel DX Care®, DMP compatible. En pratique, au sein du dispositif PAERPA, lorsque le médecin gériatre rédige un courrier de synthèse avec ses préconisations via DX Care®, celui-ci peut être

facilement intégré sur le DMP par les secrétaires. En revanche, lorsque les coordinatrices ergothérapeutes rédigent un PPS-type via le logiciel de PAERPA médiatteam®, l'intégration du document n'est pas possible faute de compatibilité.

Une de pistes de réflexions réside donc dans le fait d'utiliser un logiciel unique au sein de la structure configuré pour l'utilisation du DMP.

La transition numérique du domaine de la santé est bien amorcée, mais elle reste aujourd'hui encore fastidieuse, comme en atteste nos résultats. Le déploiement des Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) ne peut se penser sans les moyens humains nécessaires pour diffuser l'information et accompagner le personnel soignant dans cette démarche, comme le préconise la Direction Générale de l'Offre de Soins dans son instruction du 24 avril 2017 (49).

4.2.7 Suivi des PPS

- Répartition des rôles de chacun durant le suivi

Cette étude nous révèle que les **missions** qui incombent au médecin généraliste durant le suivi et le rôle assuré par PAERPA ne sont **pas toujours très bien assimilées**. Certains souhaiteraient pouvoir se décharger plus sur l'équipe. La majorité des médecins reconnaît que d'une façon générale le suivi a tendance à s'étioler avec le temps au prix d'une probable perte de qualité. Concernant leurs attentes en termes de temporalité de suivi, il semble très important que PAERPA dans son rôle de suivi de préconisations et de réévaluation puisse maintenir un cadre suffisamment rapproché.

Dans le cahier des charges initial, un PPS ne prend sens que si un **suivi** au décours est mis en œuvre (16). Les modalités et missions de chacun des acteurs lors de suivi est une fois de plus affaire de chaque territoire. Le suivi de l'équipe PAERPA 34 a pour objectifs à la fois d'identifier les freins à la mise en place des préconisations pour pouvoir agir sur celles-ci, mais aussi d'actualiser le PPS et de le repartager aux différents intervenants. Les principaux freins à la mise en place des préconisations identifiés par l'équipe sont le frein économique, le refus des patients, le manque de temps des acteurs de proximité et le manque de coordination entre les acteurs de proximité.

Sur d'autres territoires PAERPA se positionne différemment dans son rôle de suivi des PPS. Pour le PAERPA Paris Nord Est par exemple où les PPS sont rédigés directement par les professionnels de santé, deux grands cadres de suivi sont prévus selon la complexité des situations. Pour les PPS sans demande d'appui, l'action est mise en place et évaluée par les professionnels eux-mêmes. Un rappel est fait aux professionnels ayant participé à l'élaboration à la date anniversaire. En revanche, pour les PPS avec demande d'appui émanant de l'équipe PAERPA, celle-ci assure un suivi plus prégnant assurant évaluation, coordination, orientation selon les besoins...(39).

Une des leviers potentiels qui a pu être exprimé dans cette étude serait d'envisager un **suivi plus individualisé** à la manière de PAERPA Paris Nord-Est, avec un **appui de l'équipe** et une **temporalité** de suivi **adaptés** selon la complexité des situations. En pratique, au vu du nombre de situations accompagnées et des effectifs actuels de l'équipe, cela semble malheureusement difficilement envisageable en l'état des choses.

- **Qu'en est-il du suivi réel des préconisations ?**

Parmi les 10 médecins interrogés accompagnants des PPS, 3 n'avaient pas réellement identifié le dispositif. Parmi ceux ayant bien identifié l'enjeu du plan de soins, la plupart des médecins disaient hiérarchiser les préconisations, et n'en suivre qu'une ou deux de front.

Dans le travail de thèse en cours de rédaction précédemment cité concernant l'impact du dispositif PAERPA, les résultats préliminaires semblent encourageants avec 67 % des objectifs fixés par les PPS atteints à 12 mois.

4.2.8 Question de la rémunération

Même si elle n'est toujours pas d'actualité sur notre territoire, cette question sensible semble être une prochaine **étape de négociation plus que nécessaire** pour envisager un déploiement du dispositif.

Dans son communiqué de presse de 2016, le collège de médecine générale réaffirme la nécessité d'une rémunération dédiée aux professionnels de santé de premier recours afin de les mobiliser (50). De même, les URPS revendiquent depuis la création du projet une valorisation financière systématique pour tout participant.

Dans d'autres territoires la rémunération des médecins dans le cadre du parcours PAERPA est déjà mise en œuvre : sous le terme de « liquidation » des PPS. Elle se présente sous la forme d'une enveloppe forfaitaire annuelle de 100 euros répartie entre les différents professionnels de santé participant à l'élaboration du PPS. Le médecin généraliste reçoit alors 60 euros si la coordination est effectuée avec un autre professionnel de santé ou 40 euros si elle est réalisée avec deux autres professionnels libéraux de santé. Cela nécessite que le PPS est transité via la CTA qui valide sa véracité auprès de la CPAM pour que celle-ci puisse procéder au paiement.

Ces modalités de rémunération sont loin de satisfaire l'ensemble des médecins et apparaissent comme un frein potentiel à une plus grande mobilisation des libéraux de santé (26). Dans sa thèse concernant le territoire bourguignon où la rémunération est en vigueur, Camille Guyon montre ainsi qu'elle est considérée comme insuffisante pour 61.54% IC95[0.35 ;0.88] des médecins inclus dans l'étude (28).

Sur le territoire, il n'est pas question à ce jour de repositionner le médecin dans un rôle de rédaction du PPS. Il reste donc inéligible à l'enveloppe actuelle. Pourquoi ne pas envisager alors une rémunération forfaitaire pour chaque signalement aboutissant à la mise en place d'un PPS ? Dans les territoires où la rémunération est en vigueur, on relève que les délais de rémunération peuvent être longs et la traçabilité complexe (27). Une des pistes de réflexion intéressante suggérée dans ce travail serait alors d'envisager une **rémunération par la ROSP (Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique)**. Cette proposition soulève malgré tout d'autres problématiques : elle expose au risque de favoriser le quantitatif au dépend du qualitatif en incitant les médecins à initier un grand nombre de PPS sans en garantir un suivi efficient. Il conviendrait pour palier à cette possible déviance de définir des critères de ROSP valorisant à la fois l'initiation mais également un suivi de qualité. Reste à déterminer un niveau de rémunération juste et à la hauteur de l'investissement consacré...

4.2.9 Avenir envisagé pour le dispositif PAERPA par les médecins généralistes

Cette étude est venue recueillir l'expérience vécue de médecins traitants ayant environ une année de recul depuis la mise en place du dispositif. La majorité souhaite la **pérennisation du dispositif** malgré tous les freins relevés et une meilleure appropriation dans leurs pratiques.

Dans sa thèse, portant sur le territoire bourguignon, Camille Guyon relevait 46,15 % IC95[0,19 ; 0,73] de médecins peu satisfaits (28). Aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée à ce jour pour l'Est héraultais.

Quoi qu'il en soit, il semble que l'expérimentation soit trop jeune pour pouvoir tirer de réelles conclusions quant à son efficience, mais ces premiers retours de médecins généralistes sont toutefois encourageants. Le comité national PAERPA rappelle la nécessité de « ne pas aller trop vite », et d'accepter un **temps « d'acculturation » nécessaire** au changement de paradigme (36).

L'avenir du dispositif est encore incertain à ce jour. Les crédits alloués pour la phase expérimentale du dispositif s'achèvent fin 2019. Au décours, le ministère de la santé validera ou non le passage du dispositif dans le droit commun (ce qui est actuellement le cas pour la MAIA par exemple).

Bien que l'aspect chronophage de ce type d'implication reste un frein majeur, plusieurs médecins perçoivent l'intérêt d'**étendre** ce type de dispositif à d' **autres populations de patients complexes**. Ce souhait a également émergé dans le travail de thèse de Marion Paris dans lequel les professionnels de santé interrogés soumettent l'idée de dispositifs équivalents pour le champ du handicap, de la dépendance ou de la cancérologie par exemple (27).

Les réflexions actuellement menées en France vont de ce sens. Le champ du handicap a d'ailleurs été récemment intégré dans les missions MAIA pour les plus de 60 ans. C'est également tout l'enjeu du développement des **Dispositifs d'Appui à la Coordination des situations complexes (DAC)**, appellation regroupant tous les réseaux de santé, CLIC, PTA et CTA (35).

4.3 Perspectives

4.3.1 Pour la recherche

Ce travail de recherche ne s'est centré qu'autour de l'expérience vécue des médecins généralistes. Il serait donc intéressant de confronter ces résultats à l'exploration du vécu des autres intervenants du dispositif.

Il conviendrait également d'évaluer à l'aide d'une échelle validée le niveau de satisfaction réel de l'ensemble des acteurs de proximité sur notre territoire, et de répéter cette évaluation à des temps définis pour en suivre l'évolution parallèlement au déploiement du dispositif.

Enfin, dans un objectif de pérennisation il apparaît nécessaire d'évaluer l'efficience du dispositif PAERPA 34 selon une méthode quantitative de puissance suffisante. Cependant, étant donné le faible recul du dispositif déployé sur le territoire Est-Héraultais, cette étude ne peut être pour le moment envisagée.

4.3.2 Pour la pratique

Face aux contraintes de santé publique énoncées précédemment la notion d'inter professionnalité semble s'imposer. Cette transition dans l'organisation et la pensée du soin doit être accompagnée à tous les niveaux, c'est à dire de la formation initiale à l'exercice de la profession et sa formation continue.

Dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, aucun article ne fait mention de la nécessité de renforcer la formation initiale autour des notions de soins intégrés. Pourtant c'est probablement bien dans cette direction que nous devrions tendre pour amorcer un réel changement des pratiques, comme a pu le faire la Suisse avec son programme de promotion « interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017/2020 » qui souligne la nécessité d'une formation initiale et continue de qualité à ce sujet (51).

En ce qui concerne les changements de pratique, le rapport grand Age et autonomie de Dominique Libault (4) va dans ce sens en rappelant l'intérêt des médecins à se positionner dans l'avenir des DAC dont l'organisation structurelle est en perpétuelle évolution (35), (52). Cette mutation apparaît nécessaire pour faire face aux enjeux de santé de santé publique actuels et à la nouvelle démographie du milieu médical.

5 CONCLUSION

L'expérimentation PAERPA est un projet ambitieux, visant l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Ce travail axé sur l'exploration de l'expérience vécue de médecins généralistes du territoire Est Héraultais dans le cadre d'accompagnement de PPS est venu faire émerger plusieurs grands profils de médecins. Ceux peu sensibilisés au travail en réseau et à la coordination semblent difficilement mobilisables. Pour les autres, convaincus de l'intérêt des soins intégrés, persistent encore de nombreux freins pour espérer un déploiement plus large du dispositif : une connaissance du dispositif très limitée, une communication insuffisante, des rôles mal définis ou du moins mal appréhendés, des outils à disposition, notamment numériques, qui peinent à se développer, une rémunération non accessible aux médecins généralistes sur notre territoire, et dont les modalités à l'échelle nationale paraissent peu attractives...

Ces résultats vont globalement dans le sens de l'évaluation intermédiaire du dispositif réalisée à la demande du ministère de la santé sur les neufs premiers territoires pilotes. Il existe toutefois une grande variabilité entre chaque territoire ne permettant pas de généraliser les résultats entre eux.

A l'heure d'une mutation profonde de notre système de santé basée sur le travail en coordination et l'interprofessionnalité, il semble souhaitable de pérenniser ce type de dispositif à condition de le faire évoluer en prenant en compte les retours d'expériences des professionnels concernés.

Comme pour toute expérimentation, il convient de ne pas tirer de conclusions hâtives et de s'accorder le temps nécessaire de « l'acculturation » et de l'intégration dans les pratiques.

Une réflexion actuelle devrait conduire à la création de dispositifs d'appuis pour tout type de situations complexes dans les années à venir.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
3. Matières Grises | EHPA - Conseil - Formation [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ehpa.fr/matieres-grises/>
4. Rapport « Concertation : Grand âge et autonomie » - Dominique LIBAULT - Mars 2019 - APHP DAJ [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-concertation-grand-age-et-autonomie-dominique-libault-mars-2019/>
5. Brunel mathieu, Carrère Amélie. Les dossiers de la DREES : Perte d'autonomie des personnes âgées à domicile [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd34.pdf>
6. Belmin J. Les syndromes gériatriques : au cœur du métier de gériatre. :48.
7. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc. mai 2007;55(5):780-91.
8. American geriatric Society. Geriatric Review Syllabus. 2009.
9. Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA. Ministères des affaires sociales et de la santé. 2014.
10. Assurance maladie et perte d'autonomie Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie; 2011 juin.
11. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. dimensions et mise en reuvre. :15.

12. The Triple Aim [Internet]. Health Quality & Safety Commission. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/>
13. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff Proj Hope*. déc 2014;33(12):2247-55.
14. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. sept 2009;17(5):447-58.
15. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. :31.
16. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA [Internet]. janv, 2013. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf.
17. Libault D, Pr. Legrain S, Pr. Jeandel C. Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes. comité national de pilotage sur le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie; p. 85.
18. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/jcms/c_1638463/en/plan-personnalise-de-sante-ppspaerpa
19. Prévention Fragilité Seniors PFS34 [Internet]. Présence verte services. 2016 [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.presenceverteservices.fr/pfs34/>
20. Les Plateformes territoriales d'appui (PTA) | Parcours Personnes âgées Occitanie - Maia Occitanie [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.personnes-agees-occitanie.fr/les-plateformes-territoriales-dappui-pta>
21. L'expérimentation dans l'Hérault | Paerpa 34 [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.paerpa34.fr/paerpa/experimentation-paerpa-herault>

22. Simplifier le parcours santé des personnes âgées sur le territoire | Parcours Personnes âgées Hérault - Maia 34 Hérault [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.personnes-agees-herault.fr/>
23. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L. Évaluation qualitative PAERPA. rapport final. DREES. mai 2017;(135):72.
24. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (PAERPA). Premiers résultats. IRDES; 2018 juin p. 68. Report No.: 567.
25. Sarrazin F. Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA [Thèse d'exercice]. [Lilles 2]: faculté médecine Henri Warembourg; 2018.
26. Ghiorghita C. Expérimentation projet PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) dans la région Bourgogne: quels sont les freins à l'utilisation de l'outil plan personnalisé de santé ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
27. Paris M. PAERPA Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie Etude de l'impact de la mise en place auprès des professionnels de santé du Sud-Ouest Mayennais [Thèse d'exercice]. [angers]: angers; 2016.
28. Guyon C, Bley Y. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA [Thèse d'exercice]. [Dijon, France]: Université de Bourgogne; 2016.
29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.
30. Depraz N. comprendre la phénoménologie, une pratique concrète. A Colin. 2012.
31. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.
32. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin; 2015. (128 tout le savoir).

33. Martineau S. Propos sur le monde : Triangulation en recherche qualitative [Internet]. Propos sur le monde. 2012 [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <http://propossurlemonde.blogspot.com/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html>
34. DGOS. Plateformes territoriales d'appui - PTA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>
35. 2019 : les grands chantiers pour les dispositifs d'appui à la coordination [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://innovations.dac-sante.fr/spip.php?article304>
36. PAERPA bilan intermédiaire 2017 [Internet]. 2018 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf
37. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
38. Collège de la Médecine Générale. Analyse par le collège de la Médecine Générale du Document Plan Personnalisé de Santé (PPS) publié par la HAS et daté de juillet 2013. [Internet]. 2013 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Analyse_PPS_PAERPA.pdf
39. La Maison des Aînés et des Aidants 9-10-19 | www.paerpa-paris.fr [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/nos-actions/suivi-des-actions/prevenir/cta>
40. Netgen. L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-364/L-avenir-des-soins-primaires-interprofessionnels-dans-un-temps-de-crise>
41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. Gouvernement.fr. 2019 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/pacte-de-refondation-des-urgences-754-millions-et-des-mesures-perennes-pour-soutenir-les>

42. DGOS. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
43. Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-occitanie>
44. Agence Régionale de Santé. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf
45. Sécurité : Gérer les habilitations | CNIL [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/securite-gerer-les-habilitations>
46. ASIP Santé, l'agence française de la santé numérique | esante.gouv.fr [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/>
47. Outil PAACO/Globule [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
48. ANAP. Le DMP en établissement de santé Retours d'expérience [Internet]. calameo.com. 2019 [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0023953312e57fc1932fd>
49. Direction Générale de l'Offre de Soins. Instruction relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans la région. [Internet]. 2017 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0031.pdf
50. Collège de la Médecine Générale. Communiqué de Presse : PAERPA, encore trop de « petits pas » à faire... [Internet]. 2016 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2018/10/communiqu%C3%A9_cmge_paerp2.pdf
51. Office fédéral de la santé publique. Programme de promotion «Interprofessionnalité dans le domaine de la santé» [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale->

gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html

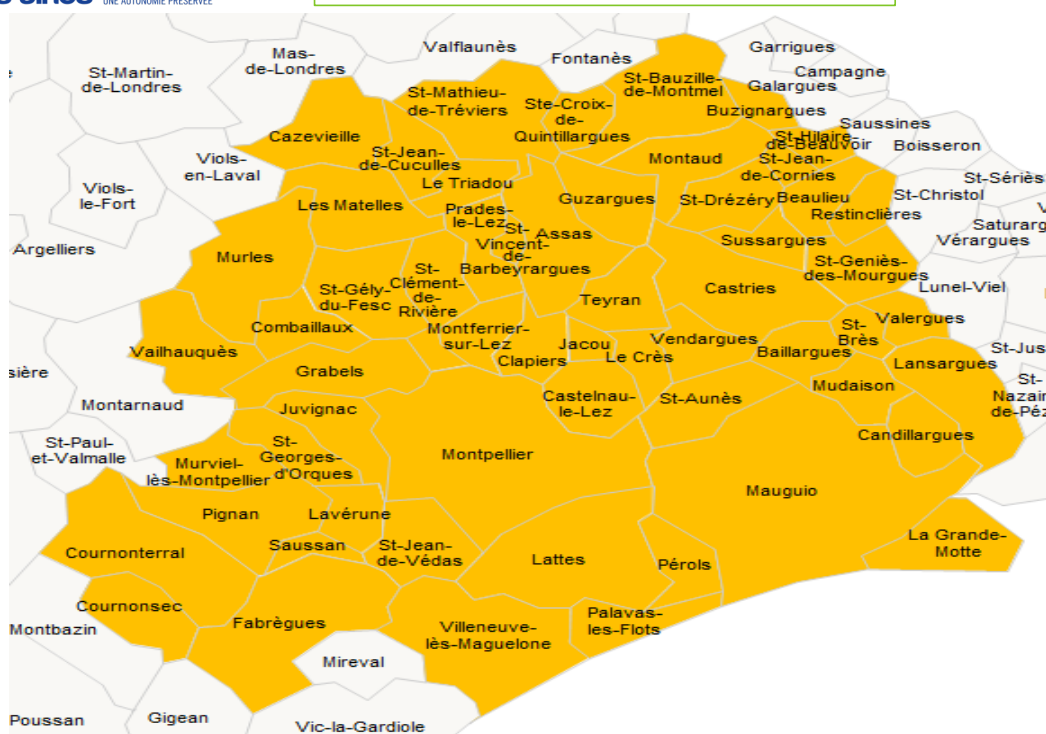
52. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23. 2019-774 juill 24, 2019.

7 ANNEXES

7.1 Territoire d'intervention PAERPA 34



Territoire d'intervention



Vendargues 27 Mars 2018

3

7.2 Questionnaire d'aide à la décision d'orientation à PAERPA

Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez une personne âgée à risque de perte d'autonomie

1^{re} 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 ¹ 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 ?			

¹ Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

2^{de} 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 ?		

7.3 Fiche d'orientation à la CTA

Document à faire parvenir à : Coordination Territoriale d'Appui
Tel : 04 67 33 24 21 – Fax : 04 67 33 22 58 – de préférence par courriel : cta@paerpa34.fr



FICHE D'ORIENTATION
Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet

DATE DE LA DEMANDE : / /

DATE DE RECEPTION : / /

*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*

CONCERNANT ☐ Madame ☐ Monsieur	PROFESSIONNEL RENSEIGNANT LE FORMULAIRE
Nom : Prénom : <i>Nom de jeune fille :</i>	Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :	Fonction :
Téléphone/Mail :	Structure :
Adresse :	Téléphone/Mail :
Vit seul : ☐ oui ☐ non	

DEMANDE EXPRIMÉE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATION/CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CONCERNÉE ET/OU DE SON REPRÉSENTANT LÉgal

Est-elle informée de l'orientation ?	☐ Oui ☐ Non	Si non, pourquoi :
Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?	☐ Oui ☐ Non	Si non, pourquoi :

ENTOURAGE / ANTICIPATION

Personne à contacter : Lien avec la personne :	Nom : Tél :	Prénom : Mail :	
Représentant légal : ☐ Non ☐ Oui Statut : ☐ Famille ☐ Professionnel	Nom : Tél :	Prénom : Mail :	
Personne de confiance ☐ Non ☐ Oui			
Directives anticipées ☐ Non ☐ Oui	Mandat de protection future ☐ Non ☐ Oui		

AUTONOMIE

APA	☐ Ne sait pas ☐ Non ☐ En cours ☐ Oui, cotation GIR:..... Nb d'heures du plan d'aide : ☐ Téléalarme ☐ Portage de repas ☐ Autre (précisez) :
PCH	☐ Ne sait pas ☐ non ☐ en cours ☐ Oui Si oui, nb d'heures du plan d'aide :

PROFESSIONNELS EN PLACE

Fonction et Structure (IDE, Ass. Social, SAAD, Kiné...)	NOM et Prénom	Tél/ Mail	Fréquence d'intervention
Médecin traitant <i>(Donnée obligatoire)</i>			
Autres :			

ASPECTS	Problématiques OU faits alarmants	Caractérisation des problématiques
Familiaux et sociaux	☐ Isolement social ☐ Aidant en difficulté ☐ Conflit familial ☐ Refus/manque d'aide ☐ Risque d'abus ☐ Suspicion de maltraitance	
Autonomie fonctionnelle et décisionnelle	☐ Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) ☐ Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments) ☐ Difficultés dans la gestion administrative /budgétaire ☐ Difficultés à la mobilité	
Santé	☐ Chutes ☐ Plaies ☐ Troubles sensoriels ☐ Troubles du comportement ☐ Troubles cognitifs ☐ Perte de poids ☐ Difficulté à boire ☐ Hospitalisations fréquentes ☐ Refus/manque de soins ☐ Douleurs	
Economique et administratif	☐ Difficulté d'accès aux droits ☐ Précarité financière ☐ Difficultés dans la gestion administrative et/ou budgétaire	
Environnement et sécurité	☐ Logement inadapté/ vétuste/insalubre ☐ Incapacité à donner l'alerte ☐ Maintien à domicile compromis ☐ 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

☐ Orientation acceptée	☐ Demande réorientée vers :	Date et nom du professionnel : / /
---	--	--

7.4 Exemple de PPS de PAERPA 34



HÉRAULT
Parcours Santé
des aînés
DES ACTEURS COORDONNÉS POUR
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE



arS
Agence Régionale de Santé
Occitanie

Plan Personnalisé de Santé			PPS M0 : Septembre 2017	Nom :	A.
				Prénom :	Eliane
				Date de naissance :	02.06.1946
Número du PPS	1	Souhaits de la personne	Etre soutenue dans son rôle d'aidante.		
Référent du PPS	Dr T.	Priorité de soins de la personne	Aucune priorité exprimée.		
Coordinatrice Paerpa 34	Mme BENZINE-CAUVY Camille				
Problèmes classés par priorité	Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Prochain bilan Etape : Mars 2018
Epuisement de l'aidante	Soutien de l'aidante	Réévaluation du plan d'aide dans le cadre de l'APA du conjoint	UTAG Est-Héraultais	Réévaluation en cours	Réévaluation faite en Décembre 2017
		Augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile + Aide administrative	SAAD G. Services	Aide à domicile renforcée	Attente du nouveau plan d'aide
		Recherche de solutions de répit + Formation de l'aidant + Soutien psychologique	Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants	Accompagnement en place	Accueil en ADJ 2 fois par semaine
		Favoriser l'autonomie du conjoint	Equipe Spécialisée Alzheimer à définir	Intervention en cours	Programmée en Avril 2018
		Lien avec l'association concernée	France Alzheimer	Lien effectué	Soutien psychologique en place
Troubles de l'équilibre et risque de chutes	Réduire les risques de chute	Reprise des séances de kinésithérapie en cabinet	Kinésithérapeute Mme B	Séances de kinésithérapie en cours	En cours
		Adaptation du logement Conseils en gestes et postures	Prestation de réadaptation PAERPA	Intervention effectuée	Intervention faite sur 5 séances en Janvier-Février 2018
Rupture du parcours de santé	Reprise des suivis médicaux	Consultation ophtalmique	Ophtalmologue Dr A.	RDV pris	RDV non pris « pas prioritaire »
		Pré-évaluation dentaire Consultation dentaire	Chirurgien-dentiste PAERPA Dentiste à déterminer	RDV pris	Soins dentaires en cours Dentiste : Dr V.

Vendargues 27 Mars 2018
10

7.5 Introduction au guide d'entretien présentée aux médecins généralistes

Le vieillissement de la population est enjeu de santé publique majeure, face auquel notre système de soins tente de répondre.

En tant que médecin généraliste vous êtes de plus en plus confrontés à des situations de fragilité gériatrique au domicile (fragilité au sens large : pathologies chroniques, chutes, troubles cognitifs ou thymiques, isolement social, dénutrition...), nécessitant une prise en charge globale et pluridisciplinaire complexe et pouvant amener à compromettre le maintien au domicile.

Ces situations amènent également trop souvent à des hospitalisations itératives et un recours aux urgences parfois inadapté.

Pour vous aider dans votre prise en soins, favoriser le maintien au domicile, et limiter les hospitalisations des personnes âgées en situation de fragilité, Montpellier expérimente depuis sept 2017 le dispositif PAERPA, étendu dans notre région aux patients de 65 ans et plus.

En tant que médecin traitant exerçant dans la région de l'est héraultais, vous avez déjà sollicité la plateforme de la CTA à plusieurs reprises et accompagné certains de vos patients dans le cadre d'un Plan Personnalisé de Soins avec le dispositif PAERPA.

Cette étude qualitative a pour objectif de questionner votre vécu autour de ce dispositif, afin d'en soulever les éventuels freins et leviers.

7.6 Guide d'entretien initial

Pourriez-vous me raconter une expérience d'utilisation du dispositif PAERPA ?

Comment avez-vous perçu votre rôle en tant que médecin traitant au sein du dispositif ?

Qu'est-ce que vous en avez pensé en fonction de vos attentes ?

Qu'est-ce que cela a changé dans la prise en soin du patient ?

En quoi cette expérience a pu modifier votre pratique ?

Un commentaire sur les outils à disposition ?

Un commentaire sur la rémunération ?

Comment envisagez-vous l'avenir de PAERPA ?

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

7.7 Formulaire de recueil de consentement libre et éclairé

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

Je soussigné(e) Dr

(Nom, Prénom), donne mon accord pour participer à une étude qualitative sous forme d'entretiens semi dirigés autour du vécu du dispositif PAERPA par les médecins généralistes de l'Est Héraultais dans le cadre de la réalisation de la thèse d'exercice de Mlle Claire VANNIERE, sous la direction du Dr Chokri BOUBAKRI, pour le compte du département universitaire de médecine générale de Montpellier-Nîmes.

Je certifie avoir été informé(e) des conditions de l'étude et compris les informations concernant ses objectifs et son déroulement. Il m'a été clairement précisé(e) que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et qu'il m'était possible d'interrompre ma participation à tout moment.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Au cours de l'entretien, j'accepte, librement et de façon éclairée, que soient recueillies des données sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement personnelles et à usage exclusif de la thésarde Claire VANNIERE et du directeur de thèse de l'étude, Docteur Chokri BOUBAKRI.

J'accepte que les données enregistrées par audio lors de l'entretien puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. Tous ces renseignements ne serviront qu'aux seules fins de l'étude. Les bandes audios seront détruites au décours de l'analyse afin de garantir l'anonymisation.

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès, de rectification et d'opposition à la communication de données couvertes par le secret médical.

Fait à :

Date :

Signature

Je souhaite connaître les résultats de l'étude lorsqu'elle sera achevée :

OUI ☐

NON ☐

Si oui, merci de me laisser votre adresse mail

.....

7.8 Critères d'inclusion PAERPA versus MAIA



1 Equipe, 2 publics



Personne de 60 ans et + , vivant à domicile sur l'Est-Hérault

1 OUI suffit
La personne,
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?
A-t-elle une polypathologie ($n \geq 3$) ou une insuffisance d'organe sévère ou une Polymédication ($n \geq 10$) ?
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 ?

FRAGILITE



Accompagnement PAERPA

Les 3 critères cumulatifs
A noter,
Problème relevant du champ médical + perte d'autonomie fonctionnelle + problème d'autonomie décisionnelle
+ Aides et soins absents, insuffisants ou inadaptés
+ Pas d'aidants en mesure de mettre en place et de coordonner les réponses aux besoins

SITUATION COMPLEXE



Gestion de cas MAIA



CTA 04 67 33 24 21

7.9 Modalités d'intervention PAERPA versus MAIA



1 Equipe, 2 publics,
2 modalités d'intervention



FRAGILITE

SITUATION COMPLEXE

↓
Accompagnement PAERPA

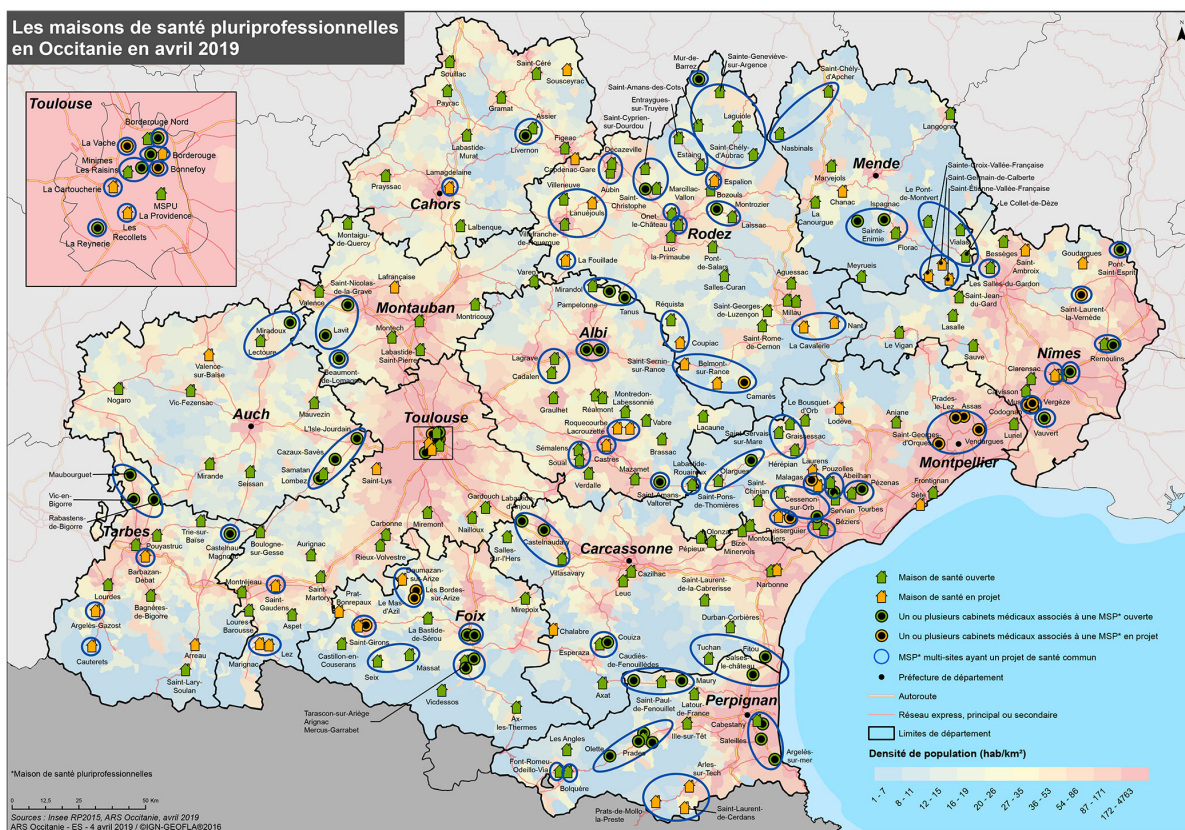
↓
Gestion de cas MAIA

Sollicitation CTA	
Information et validation d'intervention par Médecin Traitant	Validation des critères dont confirmation du souhait de rester à domicile
Evaluation des besoins* à domicile	Prise de contact professionnels partenaires et recueil des informations
Prise de contact avec l'entourage professionnel et non professionnel, recueil et partage des informations, élaboration de préconisation en concertation avec l'ensemble des acteurs	Visite(s) à domicile pour évaluation multidimensionnelle* = durée 1 à 2 mois pour 3 à 4 VAD
Elaboration et rédaction du PPS (Plan personnalisé de Santé)	Elaboration d'un PSI qui formalise les axes de travail, validés par patient et méd. traitant
Validation par le Médecin traitant	Accompagnement au long cours de la mise en œuvre de préconisations
Transmission du PPS à la personne âgée	
Facilitation à la mise en place des préconisations, à court terme	Réévaluation tous les 6 mois
Point étape à 6 mois	
Réévaluation à 12 mois	



CTA 04 67 33 24 21

7.10 Les MSP en Occitanie en avril 2019



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

Pour faire face au vieillissement de la population et à la mise en tension de notre système de soins, un dispositif expérimental PAERPA (parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a été initié en 2013 dans 9 territoires pilotes de France, et secondairement étendu à l'Est-Héraultais en septembre 2017. L'objectif est d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en situation de fragilité. Afin d'explorer l'expérience vécue de médecins généralistes du territoire ayant déjà participé au dispositif, nous avons réalisé fin 2018 une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins ayant au moins un PPS (Plan Personnalisé de Santé) en cours d'accompagnement. Il en ressort une connaissance très variable du dispositif, en partie liée à une communication encore insuffisante autour du dispositif, mais aussi une difficulté à mobiliser les médecins généralistes peu sensibilisés à l'inter-professionnalité. Les médecins manifestant un intérêt réel pour le travail d'équipe sont ceux qui s'en saisissent le mieux. Ils soulignent un impact positif sur la prise en soins des patients et leurs pratiques médicales. De nombreux freins à une plus grande appropriation du dispositif persistent néanmoins : une intégration complexe du médecin généraliste au sein du dispositif, une implication chronophage, des outils à disposition qui ne font pas l'unanimité, une valorisation financière de la participation au projet à ce jour inexistante...

Ce travail devra être mis en perspective avec d'autres études portant sur l'efficacité réelle du dispositif en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients et de réduction des coûts de santé...

Mots clés : Fragilité gériatrique, prévention, soins intégrés, coordination, PAERPA, PPS

In order to address population ageing and its impact on our national health service, an experimental protocol PAERPA (coordinated healthcare circuit for frail elderly persons) was initiated in 2013 as a pilot project in 9 territories in France, and subsequently extended to other territories, including Eastern Hérault in September 2017. The aim is to improve the coordinated healthcare circuit for frail elderly persons. In order to explore the experience of general practitioners who already took part in the program, we carried out at the end of 2018 a qualitative study based on semi-structured interviews of 10 GPs having currently at least one elderly person cared for with a personalised health plan (PPS) in their practice population. According to our study, GPs show a varying degree of knowledge about the protocol, due in part to the lack of communication on the protocol, but also to the difficulty to mobilise GPs, who are not used to pluri-professional approaches. GPs with a real interest for team work are those who can best appropriate the tools available. They tend to agree on the positive impact of the protocol on patient care and medical practice. However, several obstacles to a wider deployment of the protocol remain: the role of GPs in the protocol is complex to define, tools at GPs disposal do not enjoy consensus support, a financial valuation of the participation in the protocol does not exist to this date... This work will have to be put in perspective with other studies to evaluate the efficiency achieved by the protocol in terms of improvement of patients' quality of life and the reduction of the cost of cares and hospitalization.

Key words: Geriatric frailty, prevention, coordinated care, coordination, PAERPA, PPS