



HAL
open science

Le concept PAERPA : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile ?

Clotilde Huzar

► To cite this version:

Clotilde Huzar. Le concept PAERPA : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732716

HAL Id: hal-01732716

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732716v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Clotilde Huzar

le 20 octobre 2015

LE CONCEPT PAERPA : UN ATOUT POUR LE MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE FRAGILE ?

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François ALLA

Président

Mme le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Juge

Mme le Docteur Frédérique CLAUDOT

Juge

Mme le Docteur Sophie SIEGRIST

Juge et directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François
CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-
Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise
MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN -
Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques
ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert
UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT -
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone
GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques
LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques
POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur
Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE

PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))*

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston
(U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur François ALLA,
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention
(type mixte : clinique)

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la
présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre
gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Professeur Christine Perret-Guillaume,
Professeur de médecine interne.

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse,
recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,
Maître de conférence des universités-Praticien Hospitalier (HDR) en Santé
publique.

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.

Recevez ici toute notre gratitude.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Maître de conférence associée en médecine générale

Médecin généraliste au BAN-SAINT-MARTIN (Moselle)

Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et en avez accepté la direction.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

Les seize médecins généralistes ayant participé au PAERPA sur le territoire de la CUGN qui ont accepté de nous recevoir pour nos entretiens. Merci beaucoup pour votre contribution.

Le personnel de la CTA pour son accueil, son aide et sa gentillesse.

Gwenola Rey, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Le docteur Eliane Abraham, pour sa collaboration dans l'élaboration de ce travail.

Monsieur Philippe Romac, Madame Wenxiu Li, Madame Laurelia Moulla et Monsieur Boris Bernard, pour leur contribution à ce travail.

A mes parents, pour le soutien et la confiance qu'ils me donnent dans la réalisation de mes projets.

A mes grands-parents, pour l'exemple qu'ils m'ont donné et qu'ils me donnent encore.

A Blandine, François et Marie, les meilleurs frère et (belle)-sœurs qui soient.

A tout le reste de ma famille et tout particulièrement à mon oncle Alain.

A mes correcteurs et tout spécialement à Franz.

A tous mes amis, du lycée, de la faculté, de la crou et à tous les barbus de Verdun : votre précieuse amitié m'a tellement apporté.

A mes chefs de Verdun, Bar-le-Duc, Metz et Epinal qui m'ont appris et apporté énormément.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des abréviations

ADAPA : Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

ASIP : Agence des Systèmes d'Information partagés

ASSAD : Aider Soulager Surveiller A Domicile

AV : Auxiliaire de Vie

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CG : Conseil Général

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CM : Consultation Mémoire

CMRR : Centre Mémoire de Ressource et de Recherche

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPN : Centre Psychothérapique de Nancy

CRSP : Centre de Ressources en Soins Primaires

CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

HAD : Hospitalisation A Domicile
HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne
HDJ : Hospitalisation De Jour
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fonds d'Intervention Régional
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ETP : Education Thérapeutique du Patient
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE : Infirmières diplômées d'état
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRR : Institut de Rééducation et Réadaptation
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSSanté : Messageries Sécurisées Santé
OHS : Office d'Hygiène Sanitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONPA : Office Nancéien des Personnes Agées
PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PPS : Plan Personnalisé de Santé ou de Soins
PRISMA : Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
RGC : Réseau Gérard Cuny
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SEGA : Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SLD : Soins Longue Durée

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SRO : Schéma Régional d'Organisation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

STPAPH : Service Territorial des Personnes Agées Personnes Handicapées

TA : Tension Artérielle

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VMS : Volet Médical de Synthèse

WONCA : World Organization of Family Doctors

Table des matières

Liste des abréviations.....	19
Table des matières.....	22
I Introduction	28
II La coordination.....	31
A. <i>Historique et cadre juridique de la coordination.....</i>	31
1 Contexte : parcours de santé et coordination	31
2 Enjeux : la nécessité de la coordination	31
2.1 Le nouveau visage de la population française	31
2.1.1 Vieillesse de la population	31
2.1.2 Augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies	32
2.2 Le nouveau contexte médical	33
2.2.1 Evolution de la démographie médicale	33
2.2.1.1 La désertification médicale	33
2.2.1.2 Le changement de modèle professionnel.....	34
2.2.2 Les progrès techniques médicaux	34
2.2.3 Morcellement des structures	34
3 Les concepts de coordination et d'intégration	35
3.1 Définition de la coordination	35
3.2 Population cible	35
3.3 Fonctions à mobiliser pour une prise en charge coordonnée du patient.....	36
3.4 Définition du concept d'intégration.....	36
4 Outils pour le médecin généraliste.....	37
4.1 Les protocoles pluri professionnels et les protocoles de coopération.....	37
4.2 Le Dossier Médical Personnel (DMP).....	38
4.3 Le Dossier Pharmaceutique (DP)	39
4.4 La Messagerie Sécurisée.....	39
4.5 Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).....	40
5 Le rôle des ARS	40
5.1 Le pilotage territorial	40
5.2 Le Projet Régional de Santé (PRS).....	41
B. <i>Les structures de coordination.....</i>	41
1 Nouvelles formes d'organisation de travail pluridisciplinaire	42
1.1 Maisons de santé	43
1.2 Centres de santé	43
1.3 Pôles de santé.....	44
1.4 Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)	44
2 Les dispositifs de coordination pour les personnes âgées	45
2.1 Dispositifs à orientation médico-sociale et sociale.....	45
2.1.1 Centres communaux d'action sociale (CCAS)	45
2.1.2 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	45
2.1.3 Equipes médico-sociales des Conseils Généraux	46
2.1.4 Centres Locaux d'information et de Coordination en gérontologie (CLIC).....	46
2.2 Dispositifs portés par le secteur sanitaire.....	47
2.2.1 Réseaux de santé.....	47
2.2.2 Filières de soin et Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)	48

2.2.3	Hospitalisation A Domicile (HAD)	49
2.3	Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)	49
<i>C.</i>	<i>Rôle du médecin généraliste dans les structures de coordination des soins</i>	<i>50</i>
1	Les soins de premier recours	50
2	Le dispositif du médecin traitant et la notion de parcours de soin	53
3	Fonction de synthèse médicale	55
4	L'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les missions de santé publique	55
5	Financement spécifique de coordination	57
<i>D.</i>	<i>Le projet PAERPA</i>	<i>58</i>
1	Contexte de mise en place.	58
1.1	La transition démographique française :	58
1.2	La transition épidémiologique :	59
1.3	Les dépenses de soins associées aux PAERPA :	59
2	Mise en place	60
2.1	Définition de la population cible :	60
2.2	Objectif du PAERPA	62
2.3	Les projets pilotes	63
2.3.1	Expérimentation des projets pilotes	63
2.3.1.1	L'article 70 de la LFSS pour 2012	63
2.3.1.2	L'article 48 de la LFSS pour 2013	63
2.3.1.3	Le projet de cahier des charges national	63
2.3.2	Mise en œuvre des projets pilotes	64
3	Modalités de fonctionnement	65
3.1	Les points de rupture du parcours de soins	65
3.2	Les cinq actions mises en place au niveau du parcours de soins	65
3.3	La place de la prévention	67
3.4	Le repérage de la fragilité	68
3.5	L'évaluation globale de la personne	69
3.6	Le partage d'informations et la formation partagée des acteurs	70
3.7	Financement spécifique	70
4	Organisation	71
4.1	Coordination Clinique de Proximité (CCP)	71
4.2	Coordination Territoriale d'Appui (CTA)	72
4.3	Mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux	73
4.4	Le pilotage national et territorial	74
5	Les outils	75
5.1	Plan Personnalisé de Santé (PPS)	75
5.2	La Grille SEGA	76
5.3	Questionnaire d'aide à la mise en place d'un PPS	76
5.4	La fiche de sortie d'hospitalisation	77
5.5	Le volet de synthèse médicale (VSM)	77
5.6	Le dossier de liaison d'urgence	78
5.7	Les supports d'information	78
<i>E.</i>	<i>Etat des lieux sur le territoire de la CUGN</i>	<i>79</i>
1	Le territoire.....	79
2	La population.....	79
2.1	Démographie	79
2.2	Niveau socio-économique	80
2.3	Mode de vie	80

2.4	Prestations sociales.....	80
2.5	Etat de santé des personnes âgées.....	81
2.5.1	Mortalité par cause.....	81
2.5.2	Morbidité.....	81
2.6	Projections démographiques à l'horizon 2030.....	81
3	Offre de soins, d'accompagnement et de prise en charge sanitaire et médico-social sur le territoire.....	81
3.1	Offre de soins libérale et ambulatoire.....	81
3.2	Offre de soins hospitaliers.....	82
3.3	Offre de soins gériatriques.....	83
3.3.1	Au niveau du CHU.....	83
3.3.2	En dehors du CHU.....	83
3.4	Offre en matière de prévention et d'ETP.....	84
3.5	Accompagnement et prise en-charge médico-sociale pour les personnes âgées.....	85
3.5.1	Le CLIC.....	85
3.5.2	La MAIA.....	85
3.5.3	Les SSIAD.....	85
3.5.4	Les EHPAD.....	86
3.5.5	Les services d'aide à domicile.....	86
3.5.6	Les foyers logements et MAPA.....	86
3.5.7	La plateforme de répit et d'aide aux aidants.....	86
4	Analyse des consommations de soins et des flux des patients âgés.....	87
4.1	Consommation des soins ambulatoires.....	87
4.2	Consommation de soins paramédicaux.....	87
4.3	Consommation de soins hospitaliers.....	87
4.4	Les passages aux urgences.....	87
4.5	Consommation de médicaments.....	88
II. Matériel et Méthode.....		89
1	Objectif de l'étude.....	89
2	Choix et définition de la méthode.....	90
3	Population de l'étude.....	91
4	Recueil des données.....	91
III. Résultats.....		93
1	Analyse de l'échantillon d'étude.....	93
1.1	L'échantillon.....	93
1.2	Les entretiens.....	93
2	Résultats issus de l'enquête auprès des médecins généralistes.....	94
2.1	Moyen de connaissance du PAERPA.....	95
2.2	L'inclusion des patients par appel à la CTA.....	95
2.3	Un outil recueillant l'approbation des généralistes.....	96
2.4	Un outil n'améliorant pas la coordination entre professionnels de santé.....	99
2.5	Une prise en charge améliorée.....	100
2.6	Intérêt des outils mis à disposition du généraliste.....	101
2.6.1	La coordination territoriale d'appui.....	101
2.6.2	Une CCP par contacts téléphoniques.....	103
2.6.3	Un PPS réalisé avec l'appui de la CTA.....	104
2.6.4	Une coordination sociale renforcée.....	106
2.6.5	Des informations fluides entre les différents intervenants.....	107
2.6.6	Des structures dédiées aux personnes âgées, non connues des généralistes.....	107

2.6.7	Des généralistes peu satisfaits des formations dispensées	108
2.7	Intérêt des outils mis à disposition des patients	109
2.7.1	Des généralistes peu satisfaits du pilulier intelligent	109
2.7.2	Une satisfaction quasi unanime quant à l'activité physique adaptée	111
2.7.3	L'ergothérapie, une satisfaction des médecins mais des limites d'utilisation	112
2.7.4	Le passage en EHPAD, une aide en sortie d'hospitalisation	113
2.7.5	L'aide à domicile d'urgence, une attente des généralistes	114
2.8	De bonnes relations avec l'équipe PAERPA	115
2.9	Des pratiques qui changent avec le PAERPA	116
2.10	Un avis partagé sur la rémunération	117
2.11	Un gain de temps pour les généralistes	118
2.12	Le repérage de la fragilité	119
3	Résultats issus des appels à la CTA	120
3.1	Les médecins généralistes, appelants principaux	120
3.2	Profil des personnes repérées	121
3.2.1	Age.....	121
3.2.2	Une population majoritairement féminine	122
3.2.3	Une population qui vit seule à domicile	122
3.2.4	Des patients non connus de la filière gériatrique mais un tiers des patients connus du réseau ou du conseil général.....	124
3.3	Caractéristiques de l'appel.....	125
3.3.1	Des appels sans caractère d'urgence.....	125
3.3.2	Le repérage, motif principal des appels	126
3.3.3	Les attentes des appelants : des EGS et la mise en place d'aides.....	127
4	Résultats issus des PPS	128
4.1	Les PPS formés, 40% des appels issus de la CTA	128
4.2	Caractéristiques des médecins généralistes ayant inclus des patients	128
4.2.1	Un généraliste de la CUGN sur cinq ayant inclus des patients	128
4.2.2	Une moyenne de 1,7 inclusion par généraliste	129
4.3	Caractéristiques des personnes âgées incluses	129
4.3.1	Des ALD peu renseignées	129
4.3.2	Des patients n'ayant pas désigné de personne référente	130
4.3.3	Plus de la moitié des patients ont un aidant	131
4.3.4	Des patients sans protection juridique.....	131
4.3.5	Un tiers des patients bénéficiant d'un financement	132
4.4	Constitution de la CCP	133
4.4.1	Le médecin traitant, coordinateur de la CCP	133
4.4.2	Un dixième de situations complexes	133
4.4.3	Des CCP peu étoffées	134
4.4.4	Une implication hétérogène des acteurs de proximité	135
4.5	Le PPS.....	136
4.5.1	La préférence des patients, le maintien à domicile.....	136
4.5.2	La priorité des patients : les problèmes de mobilité	137
4.5.3	La check-list des problématiques	138
4.5.3.1	Problèmes liés aux médicaments	138
4.5.3.2	Problèmes d'organisation du suivi	139
4.5.3.3	Problèmes de mobilité.....	139
4.5.3.4	Problèmes d'isolement	140
4.5.3.5	Problèmes de précarité	140
4.5.3.6	Aidant en difficulté	141

4.5.3.7	Difficultés dans la vie quotidienne.....	141
4.5.3.8	Problèmes d'alimentation.....	142
4.5.3.9	Difficultés à prendre soin de soi	142
4.5.3.10	Troubles de l'humeur	143
4.5.4	Classement des problématiques par fréquence d'apparition :	143
4.5.5	Nombre de problématiques suivant les âges et suivant le sexe.....	144
4.5.6	En moyenne, 2,8 problématiques identifiées par patient	144
4.5.7	Problématiques nécessitant une évaluation plus approfondie	145
4.5.8	Plan de soins et plan d'aides	147
4.5.8.1	Plan de soins	147
4.5.8.1.1	Problèmes prioritaires.....	147
4.5.8.1.2	Objectifs thérapeutiques.....	147
4.5.8.2	Plan d'aides.....	148
4.5.8.2.1	Problèmes prioritaires.....	148
4.5.8.2.2	Objectifs thérapeutiques.....	148
4.5.8.3	Totaux	149
4.5.8.3.1	Le problème principal, les troubles de la mobilité	149
4.5.8.3.2	L'objectif principal, les chutes.....	150
4.5.8.3.3	Actions et intervenants pour chaque objectif	150
4.5.8.3.4	L'EGS, l'action principale.....	160
4.5.8.3.5	Un nombre d'actions croissant avec le nombre de problématiques identifiées	161
4.5.8.3.6	Actions réalisées par rapport aux objectifs fixés par l'ARS	162
4.5.8.3.7	Total des intervenants	163
IV. Discussion	169
1	Les résultats principaux et leur implication majeure	169
1.1	Les points positifs	169
1.1.1	La population ciblée représentante des PAERPA	169
1.1.2	L'implication des médecins généralistes et leur ressenti	169
1.1.3	Les outils du PAERPA vus par les généralistes.....	170
1.2	Les points d'amélioration.....	170
1.2.1	L'implication des acteurs de proximité	170
1.2.1.1	Les médecins généralistes	170
1.2.1.2	Les autres acteurs de proximité.....	170
1.2.2	L'information des acteurs	170
1.2.3	L'élargissement de la population cible	171
1.2.4	Le remplissage des PPS.....	171
1.2.5	Les outils à disposition des patients	171
2	Méthode et limites	171
2.1	La totalité des appels passés à la CTA non analysable	171
2.2	L'impossibilité de réaliser une étude analytique	172
2.3	Le dépistage de la fragilité	172
2.4	Le profil socio-démographique des médecins généralistes impliqués	173
2.5	La coordination, un concept à réexpliquer	173
2.6	La part de patients en ALD non analysable.....	174
3	Les hypothèses pour expliquer nos résultats	174
3.1	L'implication des médecins généralistes dans le PAERPA	174
3.1.1	Dans le repérage des patients	174
3.1.2	Dans l'évaluation de la situation.....	175
3.1.3	Dans l'élaboration et la validation du PPS	175

3.1.4	Dans la coordination des acteurs de proximité	177
3.1.5	Différentes visions du projet selon les professionnels	177
3.1.6	Le manque d'informations	178
3.1.7	La résistance au changement	178
3.2	L'implication des autres acteurs de proximité	179
3.2.1	Des acteurs de coordination.....	179
3.2.2	Une implication plus modérée des autres acteurs de proximité.....	181
3.3	La population incluse dans le PAERPA.....	182
3.3.1	Une population représentative de la population PAERPA de la CUGN	182
3.3.2	Un tiers de la population au-delà du repérage de la fragilité.....	182
3.3.3	Un tiers des patients déjà connu du RGC	183
3.4	L'élaboration des PPS	183
3.4.1	Des appels d'anticipation	183
3.4.2	Un renseignement insuffisant des personnes référentes.....	184
3.4.3	Les actions mises en place dans le PPS	185
3.4.3.1	L'expertise gériatrique par le réseau gérontologique	185
3.4.3.2	Des solutions ciblées sur ces points de rupture	185
3.4.4	Un PPS qui a vocation à être réévalué régulièrement	187
3.5	Les autres vecteurs d'implantation du PAERPA au niveau local et national	188
3.5.1	Le leadership ou pilotage	188
3.5.2	Le contexte local.....	188
3.5.3	Financement.....	188
3.5.4	Le temps	189
3.5.5	Les systèmes d'information	189
4	Les changements déjà observés depuis notre travail	190
4.1	Le nombre de médecins informés	190
4.2	Les PPS formés.....	190
4.3	Les actions mises en œuvre	190
4.4	L'évolution du PPS.....	191
5	Pistes de réflexion	191
V. Conclusion		193
Bibliographie		195
Annexes.....		207

I Introduction

La démographie française évolue vers un vieillissement de la population. Cela procède de plusieurs facteurs dont l'allongement de l'espérance de vie dû en partie aux progrès de la médecine. Or cette population âgée qui va représenter une part de plus en plus importante de la population est confrontée à différents phénomènes qui peuvent la précipiter de manière progressive dans un état de dépendance : la fragilité de l'organisme due au vieillissement, les polyopathologies... Cet aspect de la démographie française va profondément influencer sur les politiques publiques notamment en matière de santé.

La prolongation de l'espérance de vie n'est donc plus le seul but de la recherche médicale, car la progression de l'espérance de vie sans limitations vient s'y ajouter. On assiste donc à un renforcement de l'importance d'une médecine d'anticipation des phénomènes négatifs : la médecine préventive. Elle peut intervenir à tous les niveaux de la prise en charge des patients, que ce soit pour prévenir des événements négatifs ou pour anticiper les conséquences néfastes de certains événements de santé. Cette logique de prévention, si elle n'est pas complètement nouvelle dans la pratique médicale, a pris une importance notable dans l'orientation des politiques de santé ces dernières années. Or ces préconisations au niveau législatif doivent s'accompagner d'un changement profond des pratiques individuelles des médecins généralistes.

Quand le stade de la dépendance est atteint, la prise en charge des patients va consister à compenser autant que possible les incapacités qui les limitent dans leur vie de tous les jours. Plusieurs intervenants vont donc devoir assister et soutenir le patient et ses aidants pour maintenir une vie à domicile la plus agréable qui soit. Ce foisonnement d'acteurs autour du patient âgé peut être à l'origine de redondance, de superposition ou même de rupture dans la prise en charge si celle-ci n'est pas parfaitement coordonnée. Ainsi, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de proximité en position d'autorité, s'est vu assigner cette nouvelle place de coordinateur des intervenants. Or, de même que pour la prévention, celui-ci n'est pas du tout préparé à ce nouveau rôle qui lui incombe.

Ainsi, le médecin, dans son exercice libéral isolé, traditionnellement formé à une prise en charge curative, va souvent se trouver démuni face à ces nouvelles préconisations de prévention et de coordination des politiques de santé. En effet, sa formation initiale, axée

sur le soin curatif, ne l'a pas préparé à une *anticipation* des événements négatifs de santé. De plus, l'exercice libéral, auxquels les médecins français sont très attachés, présente plusieurs barrières à la conversion des médecins généralistes aux nouvelles pratiques. Le paiement à l'acte, entre autres, n'inclut pas du tout ces nouvelles fonctions de prévention et de coordination et se révèle donc un frein à leur mise en place. C'est donc quasiment toute la vision du modèle professionnel qu'on demande aux généralistes de changer en peu de temps, face aux évolutions démographiques et au contexte financier tendu.

Différentes structures ont donc vu le jour depuis une vingtaine d'années pour soutenir le médecin et prendre son relai dans les situations les plus complexes. Ces structures sont apparues de façon progressive et décalée en réponse à une problématique particulière. Ainsi, même si elles ont une vocation de coordination, elles ne sont pas toujours lisibles pour les patients ou les professionnels qui y ont recours et ont une porte d'entrée et un champ d'action qui se cantonne souvent à un secteur précis, qu'il soit sanitaire, médico-social ou social. C'est ici qu'apparaît le concept d'intégration qui va réaliser un guichet unique d'entrée vers toutes ces structures pour un accompagnement global de la personne dans toutes ses dimensions.

C'est dans ce contexte de problématiques multiples concernant à la fois la prise en charge des patients âgés, le besoin de coordination des acteurs du territoire et des structures existantes que naît le concept du PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Son but, s'il est organisationnel au niveau de la politique de santé du territoire, est également d'optimiser le parcours de soins des patients. Qu'ils aient 'les bons soins, par la bonne personne, au bon moment et dans les meilleurs délais'.

Nous avons donc étudié le PAERPA, qui se situe au carrefour de ces deux phénomènes : comment les "nouveaux" patients sont accompagnés et comment le médecin généraliste est un élément clé dans un dispositif qui ne concerne pas que la médecine. Il nous a semblé très intéressant de nous pencher sur ce nouveau projet dans le paysage de la coordination et de l'intégration de la santé et d'établir un premier bilan peu de temps après sa mise en place.

Nous avons donc choisi d'étudier le contexte global ayant amené les responsables des politiques publiques à faire ce choix de la coordination, puis les solutions qui ont été mises en place pour répondre à ce besoin. Nous présenterons la place qui est assignée au médecin généraliste dans cette nouvelle organisation des soins. Le PAERPA, ce concept novateur,

prend ici sa place. Nous verrons comment il va s'implanter dans le paysage nancéien, notre territoire d'étude.

Nous étudierons ensuite le PAERPA sur le territoire nancéien et la première phase de son implantation : savoir comment les patients ont pu être effectivement pris en charge et quel accueil ont réservé les généralistes à ce nouveau projet. Nous nous sommes également interrogée sur l'impact que ce type d'organisation pouvait avoir sur la pratique des médecins généralistes et si cela les avait aidés à la modifier. Pour cela nous avons réalisé une analyse des patients inclus dans le projet et une enquête auprès de généralistes du Grand Nancy.

II La coordination

A. Historique et cadre juridique de la coordination

1 Contexte : parcours de santé et coordination

La notion de parcours de santé, qui définit de façon nouvelle les soins de premier recours, introduit la nécessité de faire appel, de manière coordonnée, à tous les professionnels dans les trois champs sanitaire, médico-social et social. (1)

Depuis de nombreuses années, les politiques sanitaires et sociales mettent en place des dispositifs dédiés à la coordination par des textes réglementaires, lois, décrets et circulaires.

Ces dispositifs, que nous présenterons plus loin, ont, pour certains, amélioré la prise en charge des patients chroniques. Cependant, chacun a été installé en réponse à une problématique particulière. Ainsi ils sont portés par des instances différentes et leur grande diversité les rend peu compréhensibles et accessibles pour les professionnels et les patients eux-mêmes ainsi que leur entourage. (2)

Nous allons maintenant examiner les facteurs qui ont poussé les décideurs des politiques publiques à introduire cette nouvelle forme de travail dans l'organisation du système de soins français.

2 Enjeux : la nécessité de la coordination

2.1 Le nouveau visage de la population française

2.1.1 Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population, annoncé depuis de nombreuses années, résulte de deux facteurs. D'une part l'augmentation de la longévité moyenne : l'espérance de vie des femmes est de 85 ans, celle des hommes de 78,7 ans en 2013. D'autre part, l'arrivée des

générations du baby-boom au grand âge dans les quarante prochaines années. Dans ce contexte, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), table sur une augmentation de plus de 80% des personnes âgées de plus de 60 ans d'ici 2060. (3)

Or, comme le constate le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans son rapport « vieillissement, longévité et assurance maladie », si la dépense de soins est croissante avec l'âge, ce n'est pas lié à une surconsommation d'un petit nombre d'individus au grand âge mais c'est bien que la dépense moyenne augmente avec l'âge. Cela est en partie dû au fait qu'aux âges élevés, les personnes consomment plus de soins d'accompagnement comme les soins dispensés par les kinésithérapeutes ou les infirmières diplômées d'état (IDE). (4)

2.1.2 Augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies

On estime déjà à 15 millions le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques en France. C'est-à-dire plus de 20% de la population. Et à 5 millions le nombre d'aidants, proches ou familiaux non professionnels. (5)

Sur ces 15 millions, 9,7 millions bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection Longue Durée (ALD), soit moins d'une personne sur six, selon les chiffres de la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Cette évolution de la démographie nécessite un profond changement de l'offre de soins de premier recours. En effet, celle-ci est « la porte d'entrée » du système de soins. C'est donc à elle que vont s'adresser ces populations en premier lieu.

Ce contexte de fragilité et de polypathologie crée une rupture statistique de prise en charge à l'âge de 75 ans. En effet, comme le constate le HCAAM, à cet âge, le recours à l'hospitalisation est beaucoup plus fréquent notamment à cause de ce contexte qui augmente le risque de décompensation. Cela entraîne souvent une césure au niveau du parcours de soins qui se traduit par un recours brusqué à l'hospitalisation en passant par les urgences, une augmentation des durées de séjour, des durées de séjour plus extrêmes expliquées par les difficultés d'organisation du retour à domicile et l'imprévisibilité de l'état de santé de ces populations... (6)

Nous verrons que c'est en prenant en compte tout ce contexte de fragilité des personnes âgées que le PAERPA espère anticiper ces ruptures de prise en charge et améliorer la qualité de leur trajet de santé.

2.2 Le nouveau contexte médical

2.2.1 Evolution de la démographie médicale

2.2.1.1 La désertification médicale

Au 1er janvier 2007, on comptait en France 208 000 médecins actifs. Une fois ce maximum historique atteint, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) projette une diminution de leur nombre de 10% dans les prochaines années. (7) Du fait de la durée des études médicales, les mesures prises dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix qui ont augmenté le numerus ne vont produire leurs effets que maintenant.

De plus, en tenant compte de la croissance de la population française (qui devrait être de 10% entre 2006 et 2030), la densité médicale par habitant chuterait davantage que les effectifs.

Elle passerait donc de 327 à 292 médecins par 100 000 habitants entre 2006 et 2030, ce qui représente une baisse de 10,6%. Et cela sans inclure l'évolution des besoins de soins de la population.

Enfin l'évolution de la démographie médicale se ferait progressivement vers un rajeunissement et une féminisation de la profession : ainsi l'âge moyen des praticiens en activité passerait successivement de 48,8 ans en 2006 à 50,2 ans en 2012, puis diminuerait jusqu'à 44,5 ans en 2030.

Alors qu'en 2006, 39% des médecins étaient des femmes, elles seraient 50% en 2022 et deviendraient majoritaires en 2030 pour atteindre 53,8%.

2.2.1.2 Le changement de modèle professionnel

On peut expliquer la diminution du nombre de médecins par différents facteurs et notamment : « un recul des vocations de médecin généraliste, un moindre attrait de l'exercice libéral, l'installation de plus en plus tardive des nouveaux praticiens avec l'installation dans le statut de remplaçant... ». (8) En effet, statistiquement si 50% des nouveaux médecins choisissaient l'exercice libéral en 1980, ils ne sont plus que 10% aujourd'hui.

En plus de ces aspects, on peut également noter les changements d'aspirations des jeunes professionnels qui désirent une meilleure adéquation entre leur temps de travail, leur famille et leurs loisirs. (9)

Tous ces aspects impactent de manière importante le modèle professionnel et une profonde modification des pratiques d'exercice est donc attendue dans les années à venir.

2.2.2 Les progrès techniques médicaux

Selon le ministère de la Santé, il existerait aujourd'hui, plus de 180 métiers dans le domaine de la santé, dont 150 spécialités médicales. Cela est en partie dû à la complexification des technologies médicales qui nécessitent une spécialisation des professionnels. Cette division du travail entre de nombreuses professions rend nécessaire un partage des compétences et une coordination des différents acteurs entre eux pour que les prises en charge soient efficaces.

2.2.3 Morcellement des structures

Les structures de coordination se sont souvent développées en réponse à un problème de santé particulier ou dans un seul secteur (sanitaire, médico-social ou social) et à des périodes différentes.

Les programmes de *disease management*, les liens ville-hôpital et filières se sont développés pour coordonner la prise en charge des maladies chroniques, tandis que les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et Maisons pour l'Autonomie et

l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), entre autres, ont vu le jour pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées, et les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) pour l'accompagnement des personnes handicapées. Or chacune de ces structures est portée par une instance différente et bénéficie de fonds d'origines très diverses, parfois non fongibles, ce qui n'améliore pas leur lisibilité. Enfin, pour une même pathologie et un même secteur de soins, on a parfois une certaine redondance des structures. (10)

3 Les concepts de coordination et d'intégration

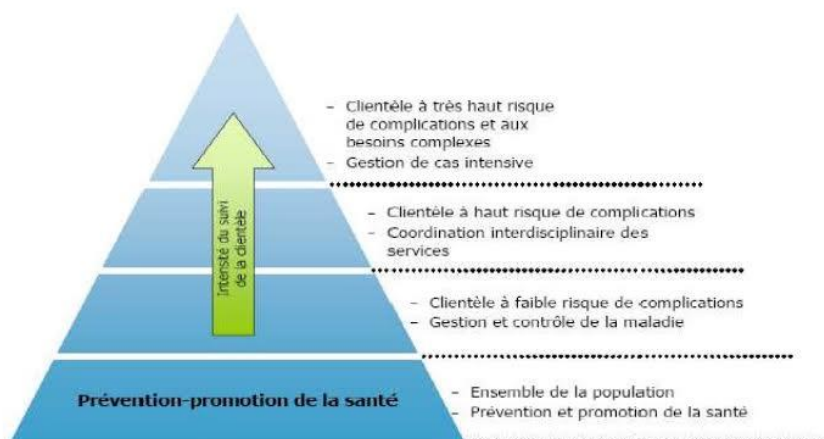
3.1 Définition de la coordination

La coordination se définit comme « l'ensemble des activités et des moyens conscients qui visent à assembler et synchroniser les tâches de natures différentes, réalisées par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs fixés par l'organisation. » (11)

3.2 Population cible

La population ciblée par la coordination peut être diverse, suivant le niveau que l'on veut obtenir. Parfois il s'agit d'une pathologie (psychiatrie, insuffisance cardiaque...), parfois d'un public défini (personnes âgées, personnes handicapées...). Dans tous les cas, c'est une population nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels, qu'ils soient du secteur sanitaire, social ou médico-social.

La prise en charge de la santé



Source : *Projet de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre du Québec. Avril 2010*

Comme nous le voyons sur cette pyramide de Kaiser, plus la situation sera complexe, plus elle nécessitera une gestion de cas intensive. (12)

Dans le cadre du PAERPA, les patients ciblés sont entre le faible et le haut risque. Le but de la prévention de la fragilité est justement qu'ils restent dans ce stade de faible risque. (10)

3.3 Fonctions à mobiliser pour une prise en charge coordonnée du patient

Nous verrons plus loin que ce sont celles ciblées par le projet PAERPA, c'est-à-dire :

- Évaluation des besoins du patient par les différents acteurs de soin et du secteur médico-social et social,
- Élaboration des réponses,
- Accompagnement des patients,
- Suivi des interventions. (13)

Nous présenterons les réponses mises en place dans le cadre du PAERPA pour organiser les différentes actions du parcours de soin des patients âgés fragiles.

3.4 Définition du concept d'intégration

Tous les systèmes de santé cherchent à réduire la fragmentation qui existe dans leur organisation entre le secteur hospitalier et ambulatoire d'une part, et le secteur sanitaire et

médico-social et social d'autre part. Un système de soins intégré est une réponse à cette problématique.

L'intégration est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : «la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé. L'intégration peut avoir lieu entre les soins primaires et secondaires ou bien alors entre le sanitaire et le social. » (14)

Elle correspond donc à la façon dont les organisations se coordonnent entre elles, ce qui est différent de l'activité clinique de coordination des acteurs dans l'intervention auprès d'une personne. (15)

Nous indiquerons plus loin comment le PAERPA peut se définir comme système d'intégration des soins en coordonnant les actions des professionnels de premier recours et du secteur médico-social et social autour du patient âgé fragile.

4 Outils pour le médecin généraliste

Cette présentation de quelques outils majeurs de coordination, mise en avant récemment par la stratégie nationale de santé pour l'amélioration de la coordination entre les professionnels, n'a pas vocation à être exhaustive mais à présenter de façon synthétique quelques outils qui ont une implication majeure dans l'objet de notre étude qui est le projet PAERPA.

4.1 Les protocoles pluri professionnels et les protocoles de coopération

Ils sont rédigés par une équipe pluri professionnelle ayant constaté une problématique de prise en charge ou voulant répondre à une demande des patients. Ils vont décrire et standardiser pour une situation type qui fait quoi, où et comment. Ils s'appuient sur les données scientifiques et sur les ressources disponibles sur le territoire de mise en œuvre du protocole.

Pour accompagner les équipes dans l'élaboration de leurs protocoles, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place un Centre de Ressources en Soins Primaires (CDRSP) qui va

répondre aux questions organisationnelles et cliniques que peuvent se poser les équipes lors de la rédaction. (16)

De plus, l'Article 51 de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 prévoit la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de nouveaux modes d'intervention auprès des patients dans le cadre de l'établissement de protocoles de coopération. Ces protocoles doivent être présentés à l'Agence Régionale de Santé (ARS) par les professionnels de santé. Le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté après avis auprès de la HAS. Ils peuvent avoir vocation à être généralisés au territoire par la HAS. (17)(18)

4.2 Le Dossier Médical Personnel (DMP)

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la diffusion des systèmes d'informations est un des objectifs principaux. Ils doivent permettre une coordination des soins et favoriser la fluidification du parcours de soins du patient. Nous verrons que le DMP, le Dossier Pharmaceutique (DP) et la messagerie sécurisée sont les services de référence pour la transmission dématérialisée des informations.

L'article 3 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (AM) prévoit la création d'un dossier médical unique, informatisé et sécurisé. Sa forme électronique, accessible sur internet, permet de partager les informations utiles sur l'état de santé du patient, entre tous les professionnels de santé autorisés, partout et à tout moment. Il est déposé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé. Il contient des informations telles que les antécédents et allergies, les traitements en cours, les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultations ou encore les examens complémentaires, c'est-à-dire plus largement l'ensemble des informations « concourant à la coordination, la qualité, la continuité des soins et la prévention » (19)

Dans le projet PAERPA, les différents documents de synthèse (volet médical de synthèse (VMS), plan personnalisé de santé (PPS),...) et le DMP ont vocation à intégrer la plateforme collaborative qui permet un échange d'informations évolutives.

4.3 Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Prévu par l'article 1111-23 du code de la santé publique afin de concourir à la «coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de dispensation des médicaments », la création d'un dossier pharmaceutique va recenser tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, sur prescription médicale ou sur simple conseil du pharmacien d'officine. Il permettra de prévenir les interactions médicamenteuses et les traitements redondants pour éviter les risques d'iatrogénie médicamenteuse.

Nous verrons que sa place est importante dans le projet PAERPA puisqu'il cible particulièrement ce risque chez les personnes âgées fragiles. (20)

4.4 La Messagerie Sécurisée

Les messageries sécurisées permettent une collecte et une transmission sécurisée des informations de santé à caractère personnel entre les acteurs de soins et même les professionnels du secteur médico-social dans certaines conditions. Mises en avant par la stratégie nationale de santé, celles-ci doivent permettre d'échanger entre professionnels des informations dématérialisées facilitant la coordination autour des patients. L'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP) santé a lancé une messagerie sécurisée Messagerie Sécurisée Santé (MSSanté) qui doit permettre un déploiement sur tout le territoire et s'intégrer dans l'espace de confiance pour transmettre les informations sécurisées. En collaboration avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), elle a également adopté une autorisation unique qui définit les conditions de mise en œuvre de cette messagerie sécurisée conforme aux préconisations de la loi informatique et liberté. (21) (22)

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, cette messagerie sécurisée a été ouverte aux professionnels du secteur social, dans certains territoires expérimentaux.

4.5 Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

C'est un référentiel qui recense toutes les ressources du territoire à la fois dans le domaine sanitaire et dans les domaines médico-social et social. Le professionnel ayant ainsi accès à l'ensemble des ressources proposées sur son territoire peut améliorer le parcours de soins de son patient en l'adressant à la bonne structure. Le référentiel est mis en place par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), selon ses 3 objectifs :

- « Promouvoir une approche globale de l'offre de soins,
- Assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers,
- Garantir l'efficacité et la qualité des structures de soins. » (23)

5 Le rôle des ARS

5.1 Le pilotage territorial

Créées par la loi HPST, les ARS sont définies par P. Ritter, auteur du rapport sur la création des agences régionales de santé comme « un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé ».

Ce pilotage unifié doit servir à :

- renforcer le caractère préventif des politiques de santé menées sur un territoire, en fonction des caractéristiques de ce territoire ;
- mieux organiser la permanence des soins et la gradation des soins, notamment en structurant l'offre de soins primaires ;
- améliorer la fluidité des parcours des patients sur toute la chaîne allant de l'amont à l'aval des soins ;
- renforcer la territorialisation des politiques de santé, qui doivent être plus adaptées aux spécificités et aux besoins locaux, notamment au travers de projets territoriaux de santé. (24)

L'ARS est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, et à l'accompagnement médico-social. Ainsi cette institution a autorité sur toutes les

structures dépendantes de ces secteurs et peut donc faire levier de manière transversale sur toute l'offre.

Elle a donc la légitimité nécessaire pour porter les démarches territoriales comme le projet PAERPA.

5.2 Le Projet Régional de Santé (PRS)

Les ARS définissent la politique de santé régionale par le projet régional de santé : il est arrêté pour 5 ans par le directeur de l'ARS et contient :

- un diagnostic régional des besoins de santé et de leur évolution prévisionnelle
- des objectifs prioritaires secondaires à ce diagnostic en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux soins et services de santé, de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, de qualité et d'efficacité des prises en charge et de droits des usagers
- des mesures de coordination avec les autres politiques de santé ;
- l'organisation du suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional.

Les schémas régionaux d'organisation (SRO) définissent la programmation de l'offre de santé régionale dans les secteurs de la prévention, des soins et du médico-social.

Les programmes d'application permettent la mise en œuvre opérationnelle du projet régional de santé. Ils planifient les actions concrètes et les financements pour la réalisation des mesures prévues dans les SRO. (25)

B. Les structures de coordination

Nous allons maintenant nous intéresser aux structures de coordination d'appui aux soins qui existent dans le paysage français. Nous verrons que comme le note le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins : « les structures de coordination actuelles sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale. Elles sont donc rarement transversales d'autant

qu'elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur». (10) C'est sur ce point que va agir le PAERPA en intégrant toutes ces structures de coordination, sans s'y surajouter.

Nous allons donc voir plus spécifiquement les structures de coordination plus spécialement dédiées aux soins des patients âgés ainsi que les structures de coordination dans lesquelles les médecins généralistes peuvent s'intégrer tout en poursuivant leur activité libérale.

Les structures de coordination sont des organisations qui gèrent des missions précises en mobilisant des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transversales, dans un environnement complexe.

Les dynamiques professionnelles qui animent le champ de la coordination peuvent se diviser en deux parties : d'une part la coordination qui s'occupe des personnes et de leur entourage et d'autre part les personnes qui managent les professionnels et les actions d'un territoire ou d'une organisation.

La première de ces parties concerne directement le médecin généraliste qui a pour mission d'accompagner les patients dans la gestion de leur parcours de santé. (2)

Nous allons voir ici les différentes structures de coordination qui existent dans le paysage français, tout d'abord celles concernant directement le travail du généraliste puis celles concernant plus spécifiquement les soins gériatriques.

1 Nouvelles formes d'organisation de travail pluridisciplinaire

Nous verrons que sur notre territoire d'étude, aucune maison de santé ni aucun centre de santé ou pôle de santé n'existe. Créés dans le but de pallier le manque de médecins sur certains territoires, aucun n'a encore vu le jour à Nancy. Il serait intéressant de comparer les résultats de notre territoire d'étude quant au projet PAERPA avec un territoire mieux pourvu en structures de coordination de ce type puisque les médecins exerçant dans ces structures sont censés être déjà plus sensibilisés au travail coordonné. En effet c'est « un modèle qui bouscule les cultures professionnelles établies » et permet « le passage d'une approche individuelle de la santé à une démarche de santé publique. » (26)

1.1 Maisons de santé

Définies par l'article L.6323-3 du code de la santé publique « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. »

Les maisons de santé ont l'obligation d'élaborer un projet de santé et peuvent donc, en plus des soins de premier ou de second recours, exercer des actions «de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ». Pour élaborer leur projet de santé, elles doivent répondre à un cahier des charges déterminé par le ministre de la santé qui doit être compatible avec les SROS. Chacun des membres de la maison de santé sera signataire du projet de santé. (27)

1.2 Centres de santé

Ils sont créés par l'article L.6323-1 du code de la santé publique : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers. » Ils constituent également des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles que l'on a décrits plus haut.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. (28)

1.3 Pôles de santé

Créés par l'article L.6323-4 du code de la santé publique : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma » régional de prévention.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. (29)

1.4 Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Inscrites dans l'article 48 de la LFSS du 19 décembre 2007, les ENMR sont des expérimentations visant de nouvelles formes de rémunérations des professionnels de santé et des centres et maisons de santé, en alternative ou se substituant au paiement à l'acte. Le but est d'aider l'apparition de nouvelles pratiques, de favoriser la coordination entre les professionnels de santé et de développer des services innovants pour les patients. En effet, le paiement à l'acte est reconnu par beaucoup comme un frein à une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels et à de nouvelles formes de collaboration. (30)

Ces expérimentations découlent donc de la nécessité de modernisation des politiques publiques, encore récemment axées sur le curatif qui s'ouvrent progressivement aux autres dimensions que sont la prévention et l'exercice coordonné entre autres.

Ces expérimentations sont conduites par les ARS par convention avec les professionnels de santé ou les centres et maisons de santé.

- 1er forfait : rémunérant les actions pluridisciplinaires. Il s'agit du versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels.
- 2ème forfait : Education Thérapeutique du Patient (ETP) et nouveaux services aux patients. C'est un forfait pour de nouvelles prises en charge en médecine de ville des

patients complexes et atteints de pathologies chroniques. Il comporte deux volets : le premier rémunère des séances d'éducation thérapeutique du patient ; le second consiste en un budget spécifique d'intervention pour prendre en charge les patients complexes.

- 3ème forfait : Coopération entre professionnels de santé. Son financement est destiné aux coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire des délégations d'actes ou d'activités entre médecins et auxiliaires médicaux, dans le cadre des protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST que nous avons vus plus haut. (31)

2 Les dispositifs de coordination pour les personnes âgées

2.1 Dispositifs à orientation médico-sociale et sociale

2.1.1 Centres communaux d'action sociale (CCAS)

Ce sont des établissements publics, obligatoires dans chaque commune. Ils ont été créés par le décret-loi n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance.

Ils ont trois missions :

- Instruire les dossiers d'aide sociale dont les gens font la demande ;
- Réaliser une action sociale confiée par la commune ;
- Collaborer avec les services et institutions publics et privés pour mettre en œuvre des actions de prévention et de développement social pour soutenir le public concerné : personnes âgées, personnes handicapées, familles en difficulté, en gérant les services appropriés tels que des maisons de retraite, centres aérés ou crèches. (32)

2.1.2 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Créés par le décret du 8 mai 1981, ils assurent sur prescription médicale des soins infirmiers sous la forme de soins techniques de base ou relationnels. Leurs champs

d'intervention sont les personnes de plus de 60 ans malades ou dépendantes et les personnes de moins de 60 ans ayant un handicap ou une pathologie chronique.

Leur vocation est d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, de faciliter le retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder un placement en institution.

Ils comportent un infirmier coordonnateur qui assure la coordination des autres intervenants (infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, pédicure-podologue, ergothérapeutes, psychologue). (33)

Nous verrons que les 7 SSIAD du Grand Nancy ont été sollicités plusieurs fois dans le cadre du PAERPA pour des soins de nursing (toilette, shampooing, ...), de prévention des risques (escarres, ...), de conseils (alimentation, autonomie, ...), de surveillance (poids, pouls, ...) et des soins infirmiers non déléguables (injections, pansements, ...) qui sont les champs d'action des SSIAD.

2.1.3 Equipes médico-sociales des Conseils Généraux

Elles sont créées par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les équipes médico-sociales du département attribuent l'allocation personnalisée d'autonomie après avoir réalisé une évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes en utilisant la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR). Ainsi, l'allocation personnalisée d'autonomie permet de financer le plan d'aide préconisé par cette équipe. (34)

2.1.4 Centres Locaux d'information et de Coordination en gérontologie (CLIC)

La circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 définit les missions des CLIC et le cahier des charges à respecter pour l'obtention du label. Les CLIC travaillent à répondre aux besoins des personnes âgées en s'appuyant sur les ressources du territoire (structures sociales, sanitaires et médico-sociales, tous les services et professionnels œuvrant auprès des personnes âgées).

Il existe trois niveaux de label :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : s'y associent des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : s'y associent des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. (35)

Ils sont gérés par le Conseil Général depuis le 1^{er} janvier 2005.

2.2 Dispositifs portés par le secteur sanitaire

2.2.1 Réseaux de santé

Institués par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge en fonction des besoins de la personne au regard de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils doivent procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers. (36)

Les réseaux gérontologiques sont définis par la circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 et leur but est d'améliorer le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins et le retour à domicile. Leur vocation n'est pas d'être des services de soins supplémentaires mais d'améliorer l'efficacité du système de soins et d'optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées.

Les réseaux sont principalement financés via le FIR et par exception par d'autres sources de financement. (37)

Nous verrons plus loin quelle place importante le réseau gérontologique de Nancy – « le Réseau Gérard Cuny (RGC) » – a jouée dans l'implantation du projet PAERPA sur le territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN).

2.2.2 Filières de soin et Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

Les filières de soins gériatriques sont formalisées dans la circulaire DHOS/02/DGS/SDSD/n°2002/157 du 18 mars 2002 qui porte sur l'amélioration de la filière gériatrique et la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 qui porte sur la filière de soins gériatriques du plan solidarité grand âge 2007-2012.

Elles fonctionnent par convention entre les établissements et services qui la constituent c'est-à-dire un court séjour gériatrique situé dans l'établissement porteur de la filière, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, un ou plusieurs services des Soins de Suite et Réadaptation (SSR) orientés vers la prise en charge des personnes polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, un ou plusieurs services de Soins Longue Durée (SLD). Cette convention va formaliser les obligations de chacun dans la filière, établir des procédures de prise en charge et de partage d'informations avec les structures de coordinations du territoire et les SSIAD et préciser les conditions d'entrée et sortie de la filière, les délais-cibles de prise en charge et les procédures de transfert. Il est prévu dans cette filière une « coordination administrative » qui va gérer les flux de patients et une « coordination médicale » qui va gérer les décisions thérapeutiques et cliniques. (38)(39)

Même si le territoire du grand Nancy n'est pas pourvu d'une filière formalisée, nous verrons que tous les acteurs nécessaires sont présents sur le territoire et qu'il existe déjà des conventions entre certains des acteurs d'une potentielle filière de soins gériatriques.

Les EMG peuvent faire partie de la filière gériatrique. Leur rôle est redéfini dans la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Il est donc d'intervenir « en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé. » Elles

assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé. Elles vont réaliser des évaluations gériatriques, contribuer à l'élaboration des projets de soins et de vie, orienter les patients dans la filière de soins, organiser les sorties d'hospitalisation, conseiller et informer les équipes soignantes. (39)

2.2.3 Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'Hospitalisation à Domicile a été créée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et concerne des personnes atteintes de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisées en établissements de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle réalise au domicile, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés pour une période limitée mais révisable en fonction de l'état de santé du patient.

Elle intervient sur prescription médicale (hospitalière ou de ville) et peut intervenir dans des établissements sociaux ou médico-sociaux qui ont un hébergement. (40)

Les textes réglementaires ont récemment encouragé le relais entre SSIAD et HAD et la nécessaire continuité des soins lors des relais entre ces deux structures.

2.3 Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)

Les MAIA, inspirées du modèle PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) au Canada, sont un des premiers modèles d'intégration dans le système de soins français. Elles s'inscrivent dans le plan Alzheimer 2008-2012. La circulaire ministérielle N°DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 précise que les MAIA ont pour mission « d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ». De plus les MAIA s'appuient sur les structures existantes et en décloisonnant les secteurs sanitaire, médico-social et social,

organisent leur coopération. C'est donc un dispositif transversal d'organisation des ressources dans le parcours de soins.(41)

Au sein de cette diversité de structures de coordination, la stratégie globale d'organisation du système de santé s'oriente vers une intégration des services soit par la complémentarité, soit par la délégation.

De plus, il est nécessaire de bien définir leurs frontières de coordination ainsi que leurs modèles d'articulations. Dans le cas des CLIC et des réseaux de santé, leurs relations sont définies : ils sont complémentaires. Dans le cas des EMG avec les autres structures de coordination, au contraire, elles n'ont pas de définition officielle. Les EMG, qui sont extra ou intra-hospitalières s'ajustent donc en répondant aux besoins auxquels ne répondent pas les autres structures : c'est la délégation.

Le cas des MAIA est différent, dans le sens où elles intègrent les autres. Elles se chargent plutôt de structurer le territoire en définissant les frontières et les missions de chacun. Nous verrons plus loin quelle sera la place du PAERPA et son articulation avec ces différentes structures. (2)

C. Rôle du médecin généraliste dans les structures de coordination des soins

Le médecin traitant a un rôle central dans la coordination car il accompagne les personnes dans la gestion de leur parcours de santé.

Nous allons le voir, lorsque ce rôle dépasse le champ de ses compétences, il peut passer le relais ou coopérer avec d'autres coordonnateurs de parcours : soit les coordonnateurs spécialisés qui s'occupent d'un domaine de compétences particulier (infirmière coordinatrice de SSIAD, coordonnateur de CLIC...) soit des gestionnaires de cas (*case manager*) qui gèrent des situations complexes (gestionnaire de cas MAIA par exemple). Ces trois personnalités sont interdépendantes. (2)

1 Les soins de premier recours

En 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata, l'OMS définit l'organisation la plus efficace pour le système de santé : celle d'une organisation territoriale des soins reposant sur une approche rationnelle de leur degré de difficulté technique. Ainsi elle divise l'organisation territoriale de soins en niveaux de recours. Le premier, celui des soins de premier recours, correspond aux soins usuels pour les pathologies légères et de diagnostic aisé, qui sont dispensés par les médecins généralistes.

Cependant, la France n'a pas fait le choix strict de cette organisation des soins, puisque la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, qui institue le médecin traitant comme pivot dans le système de soins, laisse son libre choix au patient. Celui-ci peut donc choisir comme référent un médecin généraliste ou un médecin spécialiste autre qu'en médecine générale. De même l'accès direct à certaines spécialités (gynécologie-obstétrique, ophtalmologie...), ainsi que l'accès aux soins hospitaliers restent préservés. On ne peut donc considérer qu'il s'agit stricto sensu d'une organisation des soins fondée sur des niveaux de recours.(42)

Dans le cadre d'une approche territoriale de la santé, La Loi HPST du 22 juillet 2009 à l'article 1411-11, a défini les soins de premier recours comme l'ensemble des soins de qualité accessibles territorialement. Elle vise à mettre en place une offre de soins gradués, de qualité et accessibles à tous. Les soins de premier recours désignent donc les missions des professionnels des soins ambulatoires, c'est dire :

- « La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.»

De plus, elle définit les missions du médecin de premier recours : coordination et organisation de la prise en charge des malades chroniques en collaboration avec les autres professionnels, contribution à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé. (43)

Ces missions sont également reprises dans le code de santé publique sous cette forme :

Art. L. 4130-1 du code de la santé publique

Les missions du généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé ;
- orienter le patient dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- s'assurer de la coordination des soins de ses patients ;
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques ;
- assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- contribuer à des actions de prévention et de dépistage ;
- participer à la permanence de soins ;
- contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles universitaires.

Le guide DGOS sur les réseaux octobre 2012 précise que « la loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins(...), et lui confère un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.» (44)

Ainsi, les récentes orientations législatives du système de santé français élargissent le rôle du médecin généraliste, traditionnellement tourné vers le soin en un rôle plus complet qui englobe la prévention, le dépistage, l'éducation...

Nous allons étudier maintenant ce nouveau statut assigné au généraliste et la façon dont il doit orienter sa prise en charge pour suivre ces directives.

2 Le dispositif du médecin traitant et la notion de parcours de soin

Adoptée le 13 août 2004, et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la réforme de l'assurance maladie instaure la notion de parcours de soins coordonné dans lequel le médecin traitant joue un « rôle pivot ».

Le choix d'un médecin traitant n'est pas obligatoire. Cependant, les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant à l'assurance maladie se voient opposer des pénalités financières lors des consultations. Cette réforme, alliée à la loi HPST pose les bases d'un accès aux soins basé sur le libre choix organisé. Ainsi le respect du parcours conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé pour le patient.

Au départ, le médecin traitant a été institué pour mieux réguler l'accès aux spécialistes. Mais les porteurs de la réforme ont également mis en avant une meilleure régulation des dépenses de santé et une meilleure efficacité de la prise en charge, ainsi qu'une meilleure équité des soins. (45)

Le médecin traitant est donc chargé d'orienter le patient dans le système de soins et vers les spécialistes « correspondants » ainsi que de tenir son dossier médical. (46) (47)

L'adoption d'un principe de médecin traitant – et donc de *gate-keeper* – en France constitue l'un des signes de l'évolution du système de santé vers un modèle de fourniture de soins d'inspiration beveridgienne qui prévaut actuellement en Europe. Cela se traduit par une organisation davantage intégrée de l'offre des médecins – offre primaire (ou de premier recours), offre secondaire – tout en conservant en France la logique d'une médecine libérale. (48)

Alors que les politiques publiques ont longtemps été axées sur la bonne articulation entre offre de soins et services existants, on voit émerger depuis une dizaine d'années la notion de parcours de soins. Pour offrir à chacun un trajet dans le système de soins adapté, l'offre de soins doit se calquer sur les besoins des personnes. (49)

On peut noter que la première insertion dans le code de santé publique de la notion de parcours de soins coordonnés est faite en 2007 et concerne les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques. Selon le décret 2007-1257 du 21 août 2007, le personnel médical et paramédical qui assure cette activité comprend « des infirmiers expérimentés dont au moins un assurant la coordination du parcours de soins du patient. »

Mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, celui-ci renforce le rôle des généralistes en tant que « porte d'entrée » dans le système de soins. Ce rôle, inspiré du *gate-keeping* du système de santé anglo-saxon, s'associe à une responsabilisation des patients quant à la gestion de leur santé et est donc censé diminuer les dépenses de l'assurance maladie.

Ainsi, dans son avis de 2012 « l'assurance maladie : les options du HCAAM », le HCAAM préconise que l'assurance maladie se mette au service d'une médecine de parcours. En effet, les secteurs médico-social et social doivent être intégrés au parcours de soins des assurés puisque leurs prestations font partie intégrante de la prise en charge des patients.
(50)

Ce parcours de soins coordonnés nécessite donc la mise en place de nouvelles formes de travail, et notamment la fonction de synthèse médicale assurée par le médecin traitant ainsi que la fonction de coordination soignante et sociale, dans les situations complexes, qui peut être assurée par une infirmière, un autre professionnel de santé, voire une assistante sociale.

La mise en œuvre de ce parcours de soins coordonnés nécessite plusieurs conditions selon le HCAAM :

- « la production de données cliniques et sociales, leur échange et leur utilisation partagée ;
- l'élaboration par la HAS de recommandations de parcours notamment pour les malades chroniques et polypathologiques ;
- la recherche de l'utilisation optimale des compétences professionnelles de chacun ;
- l'évolution de la tarification de l'assurance maladie pour inciter au travail collectif. »

La structuration du cadre technique et financier de la coordination est confiée aux ARS.
(51)

Récemment, l'article 25 du projet de loi santé 2015 reprend la définition du parcours de soins : « un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination ».

3 Fonction de synthèse médicale

Le médecin traitant a la mission d'assurer la coordination entre les autres professionnels autour de son patient. Pour cela, il doit tenir à jour le dossier médical des patients, regroupant les données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie...) les concernant.

A partir de ce dossier, il peut établir une fiche de synthèse médicale qui comporte le projet thérapeutique avec un calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé.

4 L'éducation thérapeutique du patient (ETP) et les missions de santé publique

Le système de soins français a été reconnu par l'OMS en 2008 comme le système de soins le plus performant. Mais, l'OMS constate qu'en termes de mortalité prématurée évitable ainsi que d'inégalités sociales et géographiques de santé, le système de soins français se situe à un moins bon niveau que les pays qui privilégient une approche plus globale de la santé en intégrant à la médecine curative la médecine préventive.

En effet la politique française et les pratiques médicales ont été longtemps dominées par une approche curative, centrée sur l'accès et l'offre de soins. Pourtant, l'intégration des préoccupations de santé publique dans les dispositifs législatifs était déjà encouragée par l'OMS en 1986 lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa. Celle-ci définissait ainsi la notion de « promotion de la santé » « ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ».

On note une modification progressive des comportements des médecins. En effet, les mauvais résultats de la France en matière de santé publique, l'augmentation des pathologies chroniques ainsi que l'influence des textes internationaux ont poussé les pouvoirs publics à accentuer leurs actions sur la prévention et à sensibiliser les médecins à cette problématique. (49)

En matière de prévention, on observe que les médecins sont souvent plus à l'aise dans les activités de prévention médicales techniques (vaccination, dépistage, éducation des

patients asthmatiques, diabétiques ou hypertendus...) que dans celles qui comportent une dimension éducative forte (alimentation, addictions, accident de la vie courante...).

Le fait d'être placé au centre de la coordination des soins par les lois de 2004 oblige le médecin généraliste à mieux prendre en compte les objectifs de santé publique. Cependant, tout en renforçant et en sensibilisant les professionnels de santé aux actions de prévention, celle-ci dépend encore de la motivation personnelle de chacun. Les freins à la diffusion de cette pratique de la prévention mis en avant par les généralistes sont un manque de temps, une rétribution insuffisante, un manque de formation et les obstacles liés à la relation médecin-patient. (52) Or cette relation médecin-patient peut être justement le socle où se développe la prévention comme le signale la convention nationale de 2005 : « Prévention et éducation thérapeutique trouvent naturellement leur place dans le colloque singulier ». Le Pr Drouais fait la même constatation dans son rapport sur la place du médecin généraliste dans le système de santé de 2015.(30)

Comme pour la prévention, la place de l'activité d'éducation thérapeutique est difficile à évaluer dans l'exercice médical car elle n'a pas de cotation et de rémunération propres. Cependant, son importance est primordiale comme le note la World Organization of Family Doctors (WONCA) dans sa définition de la médecine générale de 2007. Ainsi elle précise qu'un des rôles du médecin généraliste est : « de favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. ». (14)

Certes, au milieu de l'activité diagnostique et thérapeutique, l'éducation sur l'hygiène de vie (alcool, tabac, activité physique, nutrition...) a sa place. Cependant, en sus de sa teneur de conseil médical, elle peut receler une certaine part de conseil moral qui peut heurter le patient. Son acceptation va beaucoup dépendre de la capacité de communication du médecin et de sa relation avec son patient. (52) Ainsi l'activité éducative des médecins généralistes est fortement corrélée à leur motivation personnelle et dépend beaucoup du sentiment d'efficacité qu'elle va leur procurer. En effet, les différentes études montrent que lorsqu'il s'agit de donner aux patients des connaissances et des techniques pour gérer la maladie, la compétence perçue est forte. Au contraire, elle est plus faible quand ce sont des conseils sur les habitudes de vie. (53)

Toutefois, la prévention et l'éducation thérapeutique imprègnent progressivement les pratiques des généralistes, et notamment de ceux qui exercent en équipe pluridisciplinaire

comme dans les maisons de santé. En effet, bien souvent les projets de santé de ces maisons concernent la prévention et l'éducation thérapeutique des patients.

Nous verrons donc que le repérage de la fragilité, point d'entrée dans le PAERPA, qui doit être vu dans une dimension de prévention de la perte d'autonomie, peut mettre du temps à s'implanter dans la pratique des médecins généralistes. Certes, ils ne doivent pas être les seuls à assurer ce repérage ; pourtant leur adhésion au projet et leur participation à la Coordination Clinique Proximité (CCP) et à l'élaboration du PPS sont nécessaires par la suite et impossibles s'ils ne sont pas partie prenante dans cette démarche de prévention. (54)

5 Financement spécifique de coordination

La prise en compte des nouvelles tâches du médecin traitant rendent nécessaire un mode de rémunération mixte devenu par ailleurs le modèle dominant européen. (48)

Ainsi, la rémunération sur objectif de santé publique, mise en place par la convention médicale du 26 juillet 2011 comporte un volet « organisation du cabinet ». Dans celui-ci se trouvent deux indicateurs qui peuvent se rapporter à la coordination des soins :

- l'informatisation du cabinet médical nécessaire aux échanges d'informations entre les professionnels de santé ;
- la rédaction d'un volet annuel de synthèse.

De plus, l'article 7 de l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 a introduit une rémunération forfaitaire des médecins traitants pour leurs patients en ALD mais également un forfait de base pour l'ensemble de la patientèle. (55)

Ainsi, l'arrêté du 22 septembre 2011 reconnaît également la fonction de coordination du médecin traitant pour les patients en affection longue durée et leur attribue une rémunération spécifique ou forfait ALD : « Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant bénéficie en effet d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin

correspondant. » Cette rémunération forfaitaire est de 40 euros par an et par patient en ALD. (46)

Ce même arrêté met en place le forfait médecin traitant qui rémunère la fonction de coordination des soins du médecin traitant pour tous ses patients âgés de plus de 16 ans. Il est de 5 euros par an et par patient.

En plus de ces rémunérations et du paiement à l'acte, le Pr Drouais dans son rapport de 2015 préconise l'introduction d'une rémunération spécifique du travail en équipe pluridisciplinaire. (30)

Nous verrons que dans le contexte du PAERPA, la rémunération forfaitaire s'est plutôt axée sur la rédaction du PPS et que le manque de rémunération spécifique de la concertation en CCP peut être un frein à sa véritable implantation.

D. Le projet PAERPA

1 Contexte de mise en place.

1.1 La transition démographique française :

Au 1er janvier 2012, la population française s'élève à 65,35 millions d'habitants selon les chiffres de l'INSEE. Les personnes de plus de 65 ans représentent 17,1 % de la population (contre 16% il y a 10 ans), dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus. Ainsi, aujourd'hui la part des personnes de plus de 60 ans est équivalente à celle des moins de 20 ans (23,5% et 24,5 % respectivement).

Si les tendances démographiques se prolongent, toujours selon l'INSEE, la France métropolitaine comptera presque 74 millions d'habitants en 2060, dont 23,6 millions de plus de 60 ans, ce qui représente une hausse de 80% de cette population sur 50 ans. L'augmentation la plus importante concerne les personnes les plus âgées (plus de 12 millions de plus de 75 ans dont 5 millions de personnes de plus de 85 ans). (3)

1.2 La transition épidémiologique :

L'allongement de la vie s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. Les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des pathologies des personnes en affection de longue durée en 2008.(56)

La dépendance est définie comme un état durable entraînant des incapacités et requérant des aides pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé, mais les limitations résultent souvent des problèmes de santé actuels ou passés.

Le degré de dépendance est évalué par la grille AGGIR et permet, selon le degré, de bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. (57) ANNEXE 1

Pour la population âgée et notamment les personnes âgées dépendantes, les chiffres sont criants. Au 1^{er} janvier 2012, la France métropolitaine compte 1,17 million de personnes âgées dépendantes (c'est-à-dire de personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie), soit 7,8% des plus de 60 ans selon les enquêtes handicap-santé. En 2060, ce chiffre atteindrait 2,3 millions d'après l'INSEE. (58)

1.3 Les dépenses de soins associées aux PAERPA :

Les besoins des personnes âgées peuvent, selon le HCAAM, se diviser comme suit :

- les soins qui relèvent de la santé,
- les besoins liés à l'hébergement et aux revenus de remplacement, que nous n'étudierons pas ici,
- enfin, les aides qui relèvent de l'accompagnement et de la compensation de la perte d'autonomie.

Or ces besoins s'imbriquent profondément. D'une part par l'imprécision qui existe entre les frontières de ces besoins, d'autre part par la multiplicité des financements qui les couvrent, certains recouvrant plusieurs domaines à la fois. Il est donc nécessaire de les coordonner.

(4)

Les personnes âgées représentent, à cause des soins nécessaires à leur état, entre un quart et la moitié des dépenses de santé. Les origines très diverses des financements qui couvrent les besoins médicaux et médico-sociaux des personnes âgées expliquent la difficulté d'une évaluation précise des dépenses à ce niveau et cet écart si important d'approximation. Il n'en reste pas moins qu'elles sont conséquentes et dans le contexte actuel de réduction des finances, l'optimisation du parcours de soins des patients, et notamment des patients âgés, devient donc indispensable. (59)

2 Mise en place

2.1 Définition de la population cible :

La démarche PAERPA s'adresse aux personnes de plus de 75 ans, encore autonomes mais dont l'autonomie est menacée pour des raisons médicales ou sociales.

La fragilité de la personne âgée est définie depuis 2011 par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) comme « un syndrome clinique ». Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve entraînant une altération des mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ces conséquences. Son caractère potentiellement réversible est mis en avant dans certaines définitions de la fragilité : « une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un événement même minime ; cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et des actions adaptées sont mises en place ». (60)

Il existe différents modèles de fragilité :

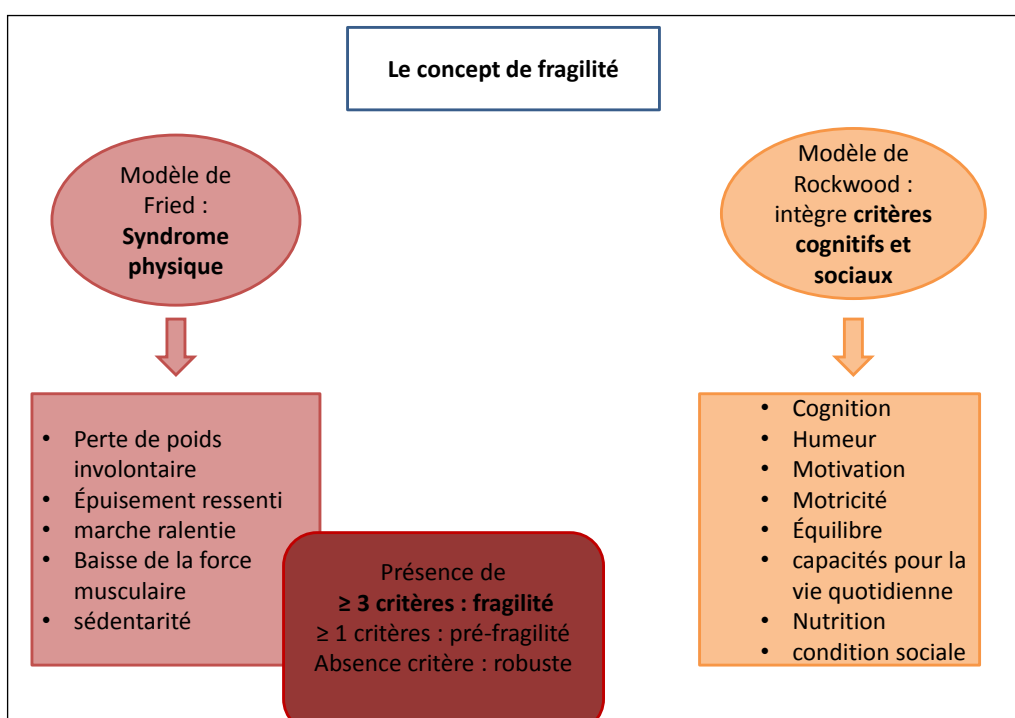
- **Modèle Fried basé sur le phénotype « physique »** et qui s'appuie sur la présence de 3 critères ou plus sur 5 parmi les suivants chez les personnes de plus de 65 ans :

- perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou $\geq 5\%$ du poids) depuis 1 an,
- épuisement ressenti par le patient,
- vitesse de marche ralentie,
- baisse de la force musculaire,
- sédentarité.

Les patients sont considérés comme pré-fragiles si un à deux critères sont présents et robustes en l'absence de tous ces critères.

- **Modèle de Rockwood qui prend plus en compte les critères cognitifs et sociaux** avec l'intégration de :

- la cognition,
- l'humeur,
- la motivation,
- la motricité,
- l'équilibre,
- les capacités pour la vie quotidienne,
- la nutrition,
- la condition sociale,
- les comorbidités. (61)



La fragilité est donc «Syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour événements

Si l'on se penche plus spécifiquement sur la population cible du PAERPA, on remarque qu'elle représente une personne sur dix en France. Parmi celles-ci, 85% ont au moins une pathologie, 57% sont en ALD, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de douze jours en moyenne et 44% des hospitalisées sont passées par un service d'urgence.

La complexité de leur prise en charge médicale résulte, en partie, de cette accumulation de maladies (ou comorbidités). Mais, les personnes âgées peuvent aussi présenter un certain nombre de critères de fragilité qui vont influencer sur leur autonomie, leur qualité de vie et complexifier leur parcours de soins. (60)

2.2 Objectif du PAERPA

L'objectif de la démarche PAERPA est de prévenir et limiter la perte d'autonomie chez les personnes âgées. En effet si les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, cela peut grandement contribuer à maintenir une plus grande autonomie au domicile ou dans le cadre de vie habituel. (62)

Le but de la démarche est donc de favoriser la mise en place d'un parcours de santé fluide et coordonné, en renforçant l'intégration des acteurs de proximité, dans un principe de subsidiarité des pratiques professionnelles et d'une gradation de la réponse aux besoins. Le but est donc :

- une meilleure organisation des soins permettant d'éviter l'hospitalisation et de prévenir la réhospitalisation, si possible,
- une meilleure collaboration interprofessionnelle en optimisant les interventions de chacun,
- un partage d'informations entre professionnels. (63)

2.3 Les projets pilotes

Dans ce contexte sociodémographique, le HCAAM a préconisé dans ses deux rapports de 2011 et 2012, de mettre en œuvre des projets pilotes sur quelques territoires afin d'expérimenter une nouvelle forme de parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de répondre aux problématiques posées par ces populations : le manque de coordination des intervenants et des structures et le recours abusif à l'hospitalisation. (6)

2.3.1 Expérimentation des projets pilotes

2.3.1.1 L'article 70 de la LFSS pour 2012

Il a lancé les expérimentations des projets pilotes, pour l'amélioration de l'organisation et de la coordination des parcours de santé des personnes âgées, pour une durée de 5 ans maximum. Elles se sont déroulées sur 11 territoires expérimentaux. Leurs cibles étaient la prévention du recours évitable à l'hospitalisation et l'organisation de la sortie d'hospitalisation. (64) (62)

2.3.1.2 L'article 48 de la LFSS pour 2013

L'article 48 de la LFSS pour 2013, lui, cible l'ensemble du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il s'inscrit dans le prolongement de l'article 70 de la LFSS pour 2012. Il prévoit des expérimentations pour une durée de cinq ans sur des nouveaux modes d'organisation des soins pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées.

2.3.1.3 Le projet de cahier des charges national

Il est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. Il est issu de travaux menés par le comité national de pilotage du projet PAERPA. (62)

Il définit deux modules concernant les objectifs retenus par le législateur :

- Module 1 : en amont de l'hospitalisation, pour la prévenir :
 - aides à la décision pour les médecins traitants,
 - organisation de la concertation pluridisciplinaire,
 - capacité de répondre sans délai à la sollicitation d'un professionnel libéral.

- Module 2 : en aval de l'hospitalisation pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'hospitalisation :
 - amélioration de l'organisation intra-hospitalière (plateforme de gestion des sorties),
 - favoriser l'évaluation pluriprofessionnelle partagée entre le milieu hospitalier et ambulatoire (évaluation en milieu hospitalier des besoins à la sortie),
 - favoriser le déploiement de plateforme de téléassistance médicalisée (accès sécurisé au dossier médical et médico-social),
 - améliorer la disponibilité des ressources d'aval (partage d'informations et réservation de places).

Il définit également les critères de sélection des projets, les engagements des porteurs de projet, des ARS ainsi que la procédure de sélection des territoires pilotes. (63)

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans notre travail aux solutions mises en place en réponse aux objectifs du module 1. Le but de notre analyse porte en effet sur les acteurs de proximité et la coordination horizontale entre les acteurs de ville permise par la Coordination Territoriale d'Appui (CTA). Les solutions établies au niveau hospitalier dépassent le cadre de notre recherche.

2.3.2 Mise en œuvre des projets pilotes

Elle se fait par convention entre les ARS : « les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux

d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires, ainsi que le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie. »(65)

3 Modalités de fonctionnement

3.1 Les points de rupture du parcours de soins

Le projet PAERPA s'est donné comme levier d'action d'agir sur les points de rupture précipitant la perte d'autonomie : c'est-à-dire de permettre une meilleure prise en charge au domicile ainsi que la baisse du recours à l'hôpital.

Ainsi, une action en amont de ces risques a été adoptée, notamment en agissant sur les trois facteurs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée retenus par la HAS :

- dépression,
- problèmes liés aux médicaments,
- chutes. (63)

Nous verrons dans notre étude quels ont été les outils mis en place pour le repérage de ces trois facteurs et quelles solutions ont été apportées pour prévenir leur survenue.

Les trois facteurs majeurs d'hospitalisation :

- Dépression
- Problèmes liés aux médicaments
- Chutes

3.2 Les cinq actions mises en place au niveau du parcours de soins

Dans son rapport de 2010 intitulé « l'assurance maladie face à la crise », le HCAAM constate que « beaucoup reste à faire dans l'amélioration possible des parcours de prise en charge des personnes très âgées, polypathologiques et fragiles » (66)

Pour ce faire, cinq actions clés ont été identifiées pour chaque étape du parcours de soins :

- **Maintien à domicile renforcé :** en s'appuyant sur les professionnels de premier recours que sont le médecin traitant, l'infirmier, le kinésithérapeute, le pharmacien et les autres professionnels paramédicaux, en formant une CCP. C'est ici qu'intervient le principe de subsidiarité. Par la coordination pluridisciplinaire des acteurs, le but est d'obtenir les bons soins par les bonnes personnes, chacun exerçant à son plus haut niveau de compétence.

- **Coordination améliorée :** en mettant en place une plateforme d'appui destinée aux professionnels, aux personnes âgées et à leur famille. Celle-ci s'appelle la CTA.

Le but est de procurer aux acteurs la bonne information au bon moment, afin de soutenir les personnes et leur entourage à domicile pour permettre un maintien à domicile tant que l'état de santé le permet. C'est l'intégrateur de coordination qui manquait pour le moment. A travers la multiplicité des structures et des services disponibles sur le territoire, les patients et leurs proches se trouvaient souvent démunis. Comme nous le verrons dans notre étude, le médecin traitant n'était pas capable non plus d'orienter ses patients vers les bonnes ressources ou structures du territoire. Alors que la CTA par sa connaissance des ressources du territoire, permet de diriger les patients vers les bonnes structures au bon moment.

- **Une sortie d'hôpital sécurisée :** identifiée comme un des points de rupture principaux dans la perte d'autonomie des personnes âgées, la sortie d'hôpital doit être organisée entre les professionnels de ville et les établissements de santé. De plus, il faut aussi éviter des hospitalisations complètes inadéquates ou inutilement longues, faute d'une bonne organisation de la prise en charge à domicile.

Pour sécuriser le retour à domicile, les professionnels peuvent solliciter l'appui de la CTA, un hébergement temporaire peut être proposé, les informations sont mieux transmises au médecin traitant grâce au document de sortie d'hospitalisation.

En effet, nous verrons dans notre enquête que certains médecins se sont plaints du manque de communication entre la ville et l'hôpital, notamment en sortie d'hospitalisation. Cependant, seules certaines solutions apportées sur le PAERPA en réponse à ce besoin des médecins de ville seront analysés dans notre thèse. En effet notre évaluation s'est faite trop tôt dans le dispositif et certaines de ces solutions n'étaient pas encore mises en place.

- Éviter les passages aux urgences : ceci doit être favorisé par les hospitalisations programmées et la meilleure coordination en ville. De plus, des astreintes infirmières la nuit et les week-ends doivent être organisées en Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), afin de limiter les recours inutiles aux urgences.

De même le recours à l'hospitalisation ne devra se faire que quand l'état de santé de la personne nécessite un plateau technique ou des compétences particulières.

- Une meilleure utilisation des médicaments : identifié comme un des risques majeurs d'hospitalisation chez les personnes âgées, le risque iatrogène lié à la surconsommation de médicaments et à la mauvaise observance thérapeutique est une des causes de la perte d'autonomie sur laquelle veut agir le PAERPA. Cela passe par les échanges d'informations grâce au dossier pharmaceutique et au DMP. Ainsi, sont mises en place des révisions d'ordonnance à différents moments du parcours de soins. De plus, nous verrons que certains outils comme le pilulier électronique ont été mis en place. Or l'avis des professionnels de santé n'a pas été pris sur cet outil et on verra que leur scepticisme sur ce point risque de ne pas favoriser son utilisation. Il reste à savoir si les autorités manageant le projet sauront écouter l'avis des professionnels de terrain et leurs retours d'expérience pour proposer d'autres alternatives en réponse à ce besoin.

- Maintien à domicile renforcé
- Coordination améliorée
- Sortie d'hospitalisation sécurisée
- Passages aux urgences évités
- Meilleure utilisation des médicaments

3.3 La place de la prévention

La promotion du maintien ou de la récupération d'autonomie est importante à tous les âges. Elle peut en effet permettre d'améliorer grandement la qualité de vie des personnes.

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité pour les personnes âgées, et n'est pas seulement explicable par l'âge avancé. Ainsi la prévention de la perte d'autonomie passe par le

repérage des maladies chroniques et invalidantes, des facteurs de risque, l'aménagement du domicile etc.

La prévention de la dépendance a montré un effet bénéfique chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. Le bénéfice est moindre chez les personnes partiellement dépendantes pour les activités de la vie quotidienne. Un repérage plus précoce est donc nécessaire.(60)

Ensuite, la perte d'autonomie doit être soumise à une réhabilitation qui, seulement en cas d'absence de récupération ou de récupération partielle, donnera lieu à une compensation.

Pour prévenir l'entrée dans la dépendance, la séquence de prise en charge des personnes âgées fragiles dans le PAERPA comprend donc : le repérage de la fragilité, l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions afin de prévenir la perte d'autonomie, les chutes, l'institutionnalisation et l'hospitalisation. (61)

3.4 Le repérage de la fragilité

Pour « favoriser et sécuriser le maintien à domicile des sujets âgés en risque de perte d'autonomie », il faut améliorer la prise en charge médicale et médicosociale des facteurs de risque qui influent sur les comorbidités qui touchent les personnes âgées : c'est-à-dire repérer les facteurs associés à la perte d'autonomie, qu'ils soient somatiques, fonctionnels, psychologiques ou sociaux.

Ce n'est pas sans difficultés, **si l'on considère que la fragilité est dynamique, dans le sens où elle va être en constante évolution** et que de nombreux facteurs vont venir l'influencer.

Cela nécessite donc une grande collaboration interprofessionnelle pour multiplier les occasions de repérage. Pour cela il faut qu'un grand nombre de professionnels soient sensibilisés et mobilisés dans cette prise en charge.

L'outil de repérage, validé, utilisé dans le projet PAERPA est la grille SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) que nous expliciterons plus loin. Il peut être réalisé par le médecin traitant, ou un autre soignant ou bien les services d'aide à la

personne ou les services sociaux. Pour cela il est donc nécessaire que tous ces professionnels soient formés au repérage.(60)

Cette attitude de repérage de la fragilité et de prévention, nécessite un grand changement de regard de la part du médecin généraliste, essentiellement formé et habitué au soin. En effet, même si les nouvelles politiques de santé publique incitent les médecins généralistes à investir le champ de l'éducation thérapeutique et de la prévention, l'absence de rémunération spécifique en dehors des nouvelles formes de regroupement pluridisciplinaire comme les maisons de santé, les a pour l'instant tenus à l'écart d'une partie de ces pratiques. De plus, la formation initiale axée principalement sur les soins ne les aide pas à s'impliquer dans ce champ.

Or dans le cadre du PAERPA, nous verrons que les formations délivrées aux médecins généralistes n'ont pas forcément été axées sur le repérage mais plutôt sur les outils mis en place. Nous verrons si, dans ce contexte, les médecins généralistes de la CUGN ont pris le pli du repérage et s'ils le font en collaboration avec les autres professionnels de santé, chacun apportant la diversité de son regard.

3.5 L'évaluation globale de la personne

Elle fait suite au repérage et nécessite l'adhésion du patient. Elle se fait, par le médecin traitant, en explorant les domaines ci-dessous :

- recherche de l'optimisation diagnostique et thérapeutique,
- altération des fonctions supérieures,
- souffrance psychique et dépression,
- déficit sensoriel,
- état bucco-dentaire,
- état nutritionnel,
- étude de la mobilité et de l'équilibre,
- évaluation de l'autonomie,
- statut économique et social.(67)

Le médecin se charge de lancer et de conduire la démarche, avec l'aide des autres professionnels des soins de premier recours ainsi que les services d'aide à la personne et

services sociaux, caisses de retraite et mutuelles. Le médecin peut également s'appuyer sur une équipe mobile de gériatrie ou un réseau pour la réalisation de cette évaluation. Elle va nécessiter une visite à domicile dans la majorité des cas. La démarche est donc d'abord multidimensionnelle, et par le fait multiprofessionnelle, les résultats sont partagés entre les professionnels. Si la situation est trop complexe (problèmes multiples et/ou inexpliqués), le patient peut bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée.

Dans tous les cas, elle est le préalable à l'élaboration du PPS.

Nous verrons dans notre étude que cette évaluation est réalisée, dans la majorité des cas, par le médecin généraliste sollicitant peu l'avis des autres professionnels de santé. Le résultat est que souvent certains aspects des problématiques éventuelles posées par le patient ne sont pas détectés d'où la nécessité d'une évaluation gériatrique par le réseau de gérontologie.

3.6 Le partage d'informations et la formation partagée des acteurs

Le cahier des charges national prévoit la mise en place à terme d'un système d'informations fiable et sécurisé. Il doit être souple et évolutif, permettant la coordination des acteurs. Il recueille les informations sur les caractéristiques de la population incluse, les parcours de soins et le service rendu.

Le comité national de pilotage préconise l'usage d'un annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et d'une messagerie sécurisée ainsi que celle du DMP. De plus, une formation spécifique, dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), doit permettre à tous les acteurs de s'approprier le modèle organisationnel proposé et de faire évoluer leurs pratiques professionnelles. (62) Enfin, la mise en place d'un lexique et d'outils communs permettra l'intégration de tous les acteurs.

3.7 Financement spécifique

L'article 70 de LFSS pour 2012 prévoit des dérogations au paiement à l'acte des professionnels de santé prévus dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008 :

- il doit être complémentaire des financements déjà mobilisés sur ces thèmes (FICQS,

ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) hospitalier ou autres financements dérogatoires déjà prévus par l'article 44 de la LFSS pour 2008).

- un financement complémentaire d'un maximum 100 000 euros par site pour la rémunération directe des professionnels de santé, du secteur social, le financement de prestations extérieures, les dépenses de fonctionnement ou d'investissement. Il est déterminé dans le cadre des conventions cadre entre le porteur de projet, les ARS et les organismes d'assurance maladie. (64)
- Une dotation spécifique du FIR est également mise à disposition des ARS abritant les territoires pilotes pour assurer la gouvernance des projets, déployer des outils, financer les prestations aujourd'hui dérogatoires du droit commun, compléter les organisations existantes pour favoriser la cohérence des parcours. (63)

Nous verrons que cette mobilisation des fonds déjà présents n'a pas forcément été comprise par les acteurs de proximité qui peuvent voir dans ce nouveau projet une nouvelle forme de dépenses inconsidérées. Nous verrons également comment les généralistes ont accueilli la rémunération qui leur est allouée dans le PAERPA.

4 Organisation

Le dispositif des projets pilotes PAERPA se caractérise par la mise en place de plusieurs niveaux de coordination distincts que nous allons voir ci-dessous :

4.1 Coordination Clinique de Proximité (CCP)

C'est la formalisation de la mobilisation des professionnels de premier recours autour de la personne âgée : le médecin traitant, un infirmier, un pharmacien d'officine et éventuellement un masseur-kinésithérapeute ou un autre professionnel devant intervenir à domicile. Chacun de ces acteurs doit se recentrer sur son plus haut niveau de compétences.

A domicile, ils assurent une gestion optimisée des traitements médicamenteux, la prévention des chutes, un suivi, et si nécessaire une éducation thérapeutique personnalisée.

Ils élaborent, sous la responsabilité du médecin traitant, le volet soins du PPS, pour mieux coordonner leurs actions et participent au repérage de la fragilité.

Ils échangent des informations synthétiques, organisées et structurées au moyen d'outils informatiques efficaces et sécurisés. (63)

Cependant, même si l'importance est mise sur cette concertation formalisée, nous verrons quelles adaptations ont été faites pour les acteurs de proximité sur le territoire nancéien et comment a fonctionné cette CCP.

4.2 Coordination Territoriale d'Appui (CTA)

Ses objectifs sont de favoriser l'information et l'orientation des professionnels des personnes âgées ainsi que leurs échanges.

Selon la définition du rapport IGAS « **la coordination territoriale d'appui rassemble tous les acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS. En fonction des besoins de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée. Elle est transversale quand elle prend en charge le patient indépendamment de son âge ou de sa pathologie.**»

Dans le cadre du PAERPA, celle-ci va reposer sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (CLIC, réseaux, filières, MAIA) et aura une fonction de facilitateur d'intégration avec une forte composante de proximité. Elle n'agira que par subsidiarité avec les professionnels de proximité.

Ses missions définies dans le cahier des charges PAERPA sont les suivantes :

- information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire grâce à :
 - un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire,
 - un guichet intégré,

- un numéro unique ouvert sur des plages horaires étendues,
- des accueillants formés ;
- information sur les personnes âgées en risque de perte d'autonomie : noms et coordonnées des acteurs de CCP ;
- activation des aides sociales en s'appuyant sur les coordinateurs d'appui sociaux (CLIC ou réseaux) qui réalisent les démarches administratives nécessaires ;
- aiguillage, à la demande des acteurs de la CCP, vers :
 - l'offre d'ETP sur les quatre facteurs de risque,
 - les prestations médicales et paramédicales complémentaires ;
- Activation de l'expertise gériatrique, pour élaborer, lors d'une visite à domicile, le PPS sur saisine ou en l'absence de la CCP et optimiser le recours à la filière gériatrique ;
- Activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs ;
- Appui à l'établissement de santé pour la mise en contact avec les professionnels de santé chargés de la personne et les coordinateurs sociaux, notamment pour préparer la sortie d'hôpital.

L'importance des missions confiées à cet organe d'intégration explique la place essentielle qu'elle a prise dans le paysage du projet nancéien. Nous verrons plus loin comment.

4.3 Mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux

La communauté hospitalière doit être mobilisée autour de la prise en charge des personnes âgées, par une gouvernance adaptée pour mieux repérer et évaluer les besoins des personnes âgées. Elle doit également favoriser la coordination ville-établissement de santé en organisant les sorties en amont par des relations avec les professionnels de premier recours et l'échange d'informations et participer à la prévention des hospitalisations évitables. Les établissements de santé doivent faire bénéficier la médecine de ville de leur expertise gériatrique.

Les EHPAD, quant à eux doivent améliorer la prise en charge en interne des résidents par des projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins et en mettant en place une astreinte infirmière la nuit et le week-end. Pour favoriser les transitions avec

les établissements de santé, ils doivent avec eux faire vivre les conventions qui les lient et échanger les informations. (62)

4.4 Le pilotage national et territorial

Dans le comité national de pilotage, on retrouve sous l'égide du Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, « toutes les administrations, agences et parties prenantes du projet : représentants des professionnels de tous les secteurs, fédérations, représentants des usagers et des personnes âgées, personnalités qualifiées. ». Le comité s'est chargé du lancement du projet, du développement des outils avec la HAS et l'ASIP santé, du déploiement des expérimentations dans les territoires pilotes et se charge d'accompagner les évaluations.

Le pilotage régional est assuré par l'ARS. En effet, toutes les ARS ont pris en compte dans leurs PSRS la notion transversale et continue de parcours.

Elles ont pour mission d'aider le porteur de projet en réunissant les différents acteurs du parcours pour porter le projet de candidature. Une fois la région sélectionnée par le ministre, son ARS doit négocier la convention de mise en œuvre de l'expérimentation avec les organismes locaux d'assurance maladie, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), les établissements de santé et médico-sociaux. Elle les réunit dans un comité stratégique et un comité opérationnel.

La gouvernance territoriale assurée par le conseil général, l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie a à la fois un rôle décisionnel et évaluatif : « elle veille à la bonne exécution du projet pilote, au respect des engagements pris par les acteurs locaux, et s'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales. »

Elle constitue une équipe projet avec une personne chargée de la mise en place et du suivi du dispositif et un informaticien pouvant assurer une assistance.

Elle se charge de financer le projet ou de coordonner les autres sources de financements préexistants sur cette thématique dans le cadre de leur PRS.

De plus les ARS participent activement à l'évaluation des projets pilotes à la fois au niveau territorial et au niveau national. (63)

On remarquera la responsabilité importante qui repose sur l'ARS dans toute cette organisation et on verra ultérieurement comment l'ARS de Nancy a managé le projet PAERPA sur son territoire.

5 Les outils

L'utilisation d'outils communs permet de développer une culture commune et favorise la communication et la coordination entre professionnels.

5.1 Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Il **permet de formaliser le travail** des acteurs de proximité, autour du médecin traitant, dans les situations complexes : affection sévère ou polyopathie.

C'est un **support de travail, formalisé**, qui doit favoriser l'organisation de « la prise en charge des personnes par une analyse *concertée* des problèmes identifiés et la prise en compte de leurs attentes. » (68)

A cette fin, la concertation des acteurs doit permettre d'évaluer à la fois les dimensions médicales, psychologiques et sociales. Cette évaluation, que nous avons vue plus haut, va permettre au médecin traitant, avec les acteurs de proximité, de réaliser le PPS. Celui-ci va donc comporter : la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours. Il présente un plan d'action d'aides et de soins avec des indicateurs de suivi précis. (68)

ANNEXE 9

Cet outil formalisé doit permettre une vision globale du patient et a vocation à être réévalué régulièrement : au moins tous les ans de façon programmée et sinon en cas de modification significative de l'état de santé, d'hospitalisation en urgence ou de changement dans l'environnement social ou dans la composition de l'équipe de soins.

Nous noterons que l'accent est mis sur l'analyse concertée des acteurs pour la rédaction du PPS et sur sa rédaction par la CCP. Il peut sembler étonnant que sur le territoire de Nancy cela n'ait pas été mis en avant et nous verrons quel fonctionnement a été adopté.

Les dix points clés du PPS

- Désigner un coordonnateur du PPS ;
- Identifier les situations à problèmes par évaluation globale de la situation ;
- Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible ;
- Recueillir les préférences et attentes du patient ;
- Négocier des objectifs communs avec le patient ;
- Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs;
- Désigner les effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions;
- Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats ;
- Fixer des dates de révision des interventions ;
- Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent.

5.2 La Grille SEGA

Elle est utilisée dans le repérage de la fragilité par tous les acteurs intervenant au domicile de la personne âgée. (61) ANNEXE 2

5.3 Questionnaire d'aide à la mise en place d'un PPS

Il peut être réalisé chez toutes les personnes âgées de plus de 75 ans en situation de fragilité et/ou atteintes de maladies chroniques. Sa réalisation concerne tous les acteurs qui entourent la personne âgée à domicile : du médecin traitant aux aides à domicile, ainsi que les proches du patient.

Il comporte 6 questions préalables, qui permettent « d'identifier les critères d'éligibilité à une démarche de type PPS » et deux supplémentaires si deux réponses affirmatives ont été données dans les six premières. Ces deux questions supplémentaires correspondent au « jugement clinique du médecin », car c'est lui qui va décider in fine le déclenchement d'un PPS.

Les 6 questions concernent :

- les hospitalisations récentes,
- l'existence d'une polyopathie, une insuffisance d'organe ou une polymédication,
- des troubles de la mobilité ou l'existence de chutes,
- les troubles cognitifs, thymiques ou comportementaux,
- les problèmes socio-économiques,
- les problèmes d'accès ou d'organisation des soins.

Enfin, les deux dernières évaluent la nécessité de l'élaboration d'un PPS ainsi que l'acceptation du patient de cette démarche. (68) ANNEXE 3

5.4 La fiche de sortie d'hospitalisation

Utilisée sur le territoire Nancy, celle-ci est transmise au médecin traitant le jour de la sortie d'hospitalisation. Elle est rédigée de façon synthétique et reprend les motifs d'hospitalisation ainsi que les préconisations de soins et d'aides pour la sortie et sert d'outil de liaison dans les trente jours suivant la sortie d'hospitalisation. Elle est calquée sur le PPS et fonctionne donc par problématiques identifiées.

Lors de notre enquête, aucun des patients des médecins interrogés n'ayant bénéficié d'aide en sortie d'hospitalisation, nous n'avons pas pu évaluer son impact sur l'efficacité des transmissions en sortie d'hospitalisation et sur la meilleure fluidité des prises en charge entre la ville et l'hôpital.

5.5 Le volet de synthèse médicale (VSM)

Il est tenu par le médecin traitant pour tous ses patients, il a pour vocation de présenter l'état de santé de la personne afin de mieux informer les équipes hospitalières en cas de recours à l'hôpital.

Il contient :

- les coordonnées du patient,
- les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux,
- les allergies du patient et les antécédents iatrogéniques,
- les pathologies du patient et les résultats des principaux examens diagnostiques,
- les traitements en cours,
- les facteurs de risque et points d'attention particuliers.

Ce volet de synthèse médicale peut faire l'objet de ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) et fait donc déjà partie du travail du généraliste. Nous ne nous sommes pas attardés sur cet outil de coordination, non spécifique du PAERPA.

5.6 Le dossier de liaison d'urgence

Il est rédigé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD et doit être transmis à l'hôpital en cas d'hospitalisation. (63)

5.7 Les supports d'information

Sous le pilotage de l'ARS, la CTA élabore, avec l'aide de l'ASIP santé si nécessaire, un annuaire des ressources du territoire ou un ROR, un outil d'aide à l'orientation dans les établissements de santé.

Tous les acteurs doivent disposer d'une messagerie sécurisée. Les professionnels de santé peuvent utiliser le DMP pour partager les informations, notamment les documents de synthèse.

Les pharmaciens utilisent le DP qui donne l'historique sur les quatre derniers mois des médicaments délivrés au patient.

De plus, un outil informatique adapté doit être mis en place pour la CTA.

E. Etat des lieux sur le territoire de la CUGN

La région Lorraine, après une réponse à l'appel d'offre lancé par le ministère des affaires sociales et de la santé, a été retenue avec huit autres régions pour expérimenter le projet PAERPA. La présentation ci-dessous des éléments du territoire de l'expérimentation PAERPA sur Nancy est tirée du diagnostic territorial établi par DT54 pour la mise en œuvre du projet pilote du territoire de la CUGN.

1 Le territoire

Le territoire d'inclusion des patients s'étend sur le territoire de la CUGN, localisée en Meurthe-et Moselle dans la région Lorraine. Elle se compose de vingt communes.

ANNEXES 4 et 5

C'est un territoire urbain qui est dominé par Nancy. Sa superficie est de 142,3 km² et sa densité est très forte à 1794,8 habitants par km².

2 La population

2.1 Démographie

En 2012, la CUGN comptait 256 043 habitants dont 20 972 personnes âgées de plus de 75 ans, soit un taux de 8,2 %. Cependant, cette proportion varie d'une commune à l'autre parmi les 20 communes qui constituent le territoire de la CUGN. Cette variation peut aller du simple au triple (elle est de 5% à Fléville-devant-Nancy contre 14 % à Saint-Max). (69)

ANNEXE 6

La population nancéienne se caractérise par sa relative jeunesse, ce qui est confirmé par la pyramide des âges de l'INSEE.

L'indice de vieillissement de la population, quant à lui, est de 66,5 : c'est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Plus l'indice est faible, plus la population est jeune, plus il est élevé, plus la population est âgée.

En 2012, la population de la CUGN comptait 134 851 femmes dont 13 862 femmes de plus de 75 ans c'est-à-dire un taux de 10,3% des femmes. Pour les hommes, on en comptait 121 192 dont 7 111 de plus de 75 ans, soit 5,9%.

Dans la population des plus de 75 ans, on compte donc 66% de femmes et 34% d'hommes.

2.2 Niveau socio-économique

Le revenu médian des plus de 75 ans sur le territoire de la CUGN (20 510 euros) est beaucoup plus élevé que celui du département (17 355 euros) et celui de la région (16 721) et que la médiane nationale (17 972).

Les personnes âgées de la CUGN sont donc nettement plus aisées que leurs compatriotes du même âge. (70)

2.3 Mode de vie

On note une nette prédominance pour la vie à domicile chez les plus de 65 ans (95%) comme chez les plus de 75 ans (90%).

Sur le territoire de la CUGN : 2344 personnes de plus de 75 ans vivent en institution. Avec l'âge, de plus en plus de personnes vivent seules, et cela survient 2,5 fois plus souvent chez les femmes : 55% des femmes de plus de 75 ans (soit 7592 femmes) contre 21% des hommes. (71)

2.4 Prestations sociales

En décembre 2013, sur le territoire départemental, 22% de la population des 75 ans et plus bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ou en établissement et 0,4% des plus de 60 ans bénéficient de l'aide sociale. (72)

2.5 Etat de santé des personnes âgées

2.5.1 Mortalité par cause

Les principales causes de mortalité des plus de 65 ans sont les tumeurs 16% et les maladies cardio-vasculaires 12%.

2.5.2 Morbidité

Les pathologies cardiovasculaires concernent 43 % des plus de 75 ans de la CUGN et les cancers 27 %.

2.6 Projections démographiques à l'horizon 2030

L'INSEE table sur un maintien de la croissance démographique au niveau du territoire nancéien, notamment grâce à son attractivité en termes d'emplois. Il devrait compter 18000 habitants supplémentaires en 2030 soit une hausse de 3%. Cette hausse serait principalement portée par les étudiants en études supérieures et les jeunes couples avec enfants.

Cependant, ce flux migratoire positif n'empêcherait pas la population de la CUGN de poursuivre son vieillissement. En effet l'âge moyen passerait de 37,5 ans en 2006 à 39,6 ans en 2021, avec une forte augmentation des plus de 60 ans (+1,66% par an). En 2021, le territoire de la CUGN compterait 13500 personnes de plus de 60 ans en plus, ce qui ferait passer cette population de 19 à 24% entre 2006 et 2021. (73) (80)

3 Offre de soins, d'accompagnement et de prise en charge sanitaire et médico-social sur le territoire

3.1 Offre de soins libérale et ambulatoire

Au 1er janvier 2013, la CUGN compte 332 médecins généralistes, 501 médecins spécialistes, 369 infirmiers, 260 masseurs-kinésithérapeutes, 107 pharmacies.

Cela donne une densité de 129,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants, 195 médecins spécialistes, 143,6 infirmiers et 101,2 masseurs-kinésithérapeutes

La moyenne française étant de 99,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants au niveau national, le territoire de la CUGN est donc bien doté à ce niveau. Cependant, cet effectif doit être balancé par le fait que le territoire du grand Nancy est un bassin d'activité attirant de nombreux actifs qui travaillent sur ce territoire sans forcément y vivre, mais y consomment des soins médicaux également.

De même, les IDE sont plus denses de 27 points par rapport à la moyenne nationale. Cela peut s'expliquer par la présence de 7 SSIAD. De plus, le fait que la population soit plutôt jeune sur le territoire et ait donc moins de besoins renforce cette bonne dotation en soins infirmiers.

La moyenne des masseurs-kinésithérapeutes est légèrement supérieure à la moyenne nationale : 94,5 en France.

3.2 Offre de soins hospitaliers

Le territoire de la CUGN est très bien pourvu en termes d'offre de soins hospitaliers et bénéficie même d'une offre supérieure à la moyenne nationale et à tous les autres territoires de comparaison. Dans toutes les composantes, on a le même constat (lits et places de médecine, HAD, médecine gériatrique, chirurgie, SSR et SSR gériatrique...).

Cependant, c'est une richesse relative si l'on considère que le CHU et certaines cliniques de Nancy ont vocation à accueillir des patients de tout le territoire régional en raison de certains soins très spécialisés délivrés seulement à ces endroits.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux lieux d'hospitalisation de la population cible du PAERPA, on constate que 43% des séjours de médecine et chirurgie se font au niveau du CHU tandis que le reste des séjours se répartit sur les 3 établissements privés de la commune et seulement 12% des séjours se situent dans des établissements en dehors du département.

Le territoire de la CUGN regroupe tous les éléments permettant la mise en place d'une filière gériatrique, cependant celle-ci n'est pas formalisée sur le territoire de la CUGN. En

effet, celle-ci doit comporter selon la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : un court séjour gériatrique dans l'établissement de santé support de la filière, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisations de jour gériatrique, un ou plusieurs SSR gériatrique, un ou plusieurs service de SLD. Même si cette offre est présente sur le territoire de la CUGN, il n'existe pas encore de convention les reliant. Cependant le CHU en partenariat avec d'autres structures du territoire travaille actuellement à une formalisation de cette filière. C'est pourquoi, dans notre étude, lorsque nous analyserons si les patients sont connus de ces services hospitaliers, nous parlerons tout de même de « filière gériatrique » même si au point de vue administratif elle n'existe pas.

3.3 Offre de soins gériatriques

3.3.1 Au niveau du CHU

On note l'existence d'une unité de post-urgence d'orientation gériatrique, un SSR, un court-séjour gériatrique, une USLD, un hôpital de jour, un service de consultation gériatrique et consultations mémoire, une EMG et une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

3.3.2 En dehors du CHU

Le territoire nancéien est pourvu d'un service de l'Office d'Hygiène Sanitaire (OHS), la maison hospitalière Saint Charles, quatre autres SSR avec une orientation gériatrique, l'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne (HADAN), un réseau gérontologique, un CPN (Centre Psychothérapique de Nancy)

Le réseau gérontologique Gérard Cuny :

Il assure des missions :

- d'information /orientation : vers le CLIC ou vers d'autres services en fonction des besoins évalués lors de l'appel,
- d'évaluation sans prise en charge : l'évaluation se fait à distance par contact avec la famille, le médecin, le CLIC et permet d'aboutir à l'expertise gérontologique sans déplacement à domicile,

- d'évaluation avec prise en charge : évaluation gériatrique standardisée à domicile et mise en place d'un PPS (95% de l'activité du réseau). Dans ce cas, l'évaluation est réalisée par le médecin du réseau seul à domicile et le PPS est ensuite transmis au médecin traitant pour approbation.

Nous verrons que le réseau avait déjà un rayonnement important, tout d'abord au niveau de la prise en charge des personnes âgées, mais également dans ses nombreux contacts avec tous les acteurs du territoire pour y diffuser une culture gériatrique. Nous verrons comment sa présence et son implication dans le projet PAERPA ont été un moteur à son implantation sur le territoire et à l'adhésion des acteurs de proximité.

3.4 Offre en matière de prévention et d'ETP

Au niveau de l'offre de prévention, le territoire nancéien est riche. On distingue 3 acteurs principaux :

- Le CCAS qui assure des services de portage des repas et de gestion d'établissements ainsi que la mise en place de téléassistance, propose des services de bricolage, de rendez-vous téléphoniques conviviaux. Il dispose aussi d'une équipe pluridisciplinaire mobile qui assure l'accompagnement médico-social des personnes âgées.
- L'Office Nancéien des Personnes Agées (ONPA) : a un rôle d'animation et d'information sur les actions en faveur du public sénior de Nancy. De nombreux ateliers sont mis en œuvre en termes de préventions et une équipe de bénévoles assure des visites à domicile.
- L'OHS : il assure ses missions de gestionnaire d'établissements et services sanitaires et médico-sociaux, emploie des ergothérapeutes pour des évaluations à domicile, forme des intervenants à domicile avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), et travaille sur des téléalarmes et de la domotique.

L'offre d'ETP recense une Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP) au sein du CHU de Nancy qui accompagne les services pour la mise en place de l'ETP dans chacun d'eux et coordonne toute cette activité au sein de l'établissement et 17 programmes d'ETP pour les malades chroniques.

3.5 Accompagnement et prise en-charge médico-sociale pour les personnes âgées

Au niveau de la coordination et de l'information, on note la présence sur le territoire de la CUGN : d'un CLIC de niveau 3 (il comprend également un guichet d'accueil MDPH constituant le Service Territorial Personnes Agées Personnes Handicapées de Nancy et couronne (STPAPH)) et d'une MAIA ainsi que le réseau gériatrique.

3.5.1 Le CLIC

Il tient un listing des EHPAD, des prestataires de services à domicile, des associations, un annuaire des communes avec les prestataires sur chaque commune.

Il anime des réunions de formation et d'information sur la perte d'autonomie et forme des personnels de services d'aide à domicile, du Conseil Général... Il anime également des groupes de travail sur le schéma gérontologique.

3.5.2 La MAIA

Elle recense un pilote et 3 gestionnaires de cas. Elle couvre à la fois le territoire de Nancy couronne et celui de Lunéville et Saint Nicolas de Port.

Au niveau de l'accompagnement des personnes âgées on dénombre :

3.5.3 Les SSIAD

Au nombre de 7, ils assurent des soins techniques ou de base et relationnels et veillent à leur bonne continuité. Il existe une plateforme d'orientation et 421 places dont 380 pour le territoire de la CUGN soit 17,8 places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus ce qui est inférieur à la moyenne de tous les autres territoires de référence. Le territoire de la CUGN est donc plutôt mal doté sur ce point. On verra dans notre étude que les SSIAD ont une importance notable notamment dans le cadre de l'aide à domicile d'urgence mise en place dans le cadre du PAERPA ou en sortie d'hospitalisation. Nous verrons par contre que dans

le cadre du repérage de la fragilité et de la participation à la CCP ils n'ont pas pris de part active.

3.5.4 Les EHPAD

Les 24 EHPAD proposent 2165 lits dont 189 spécialisés Alzheimer, c'est-à-dire une densité de 103,9 lits pour 1000 personnes âgées ce qui est une moyenne beaucoup plus élevée que tous les autres territoires de comparaison (du départemental au national). Par contre, ces établissements proposent 45 places d'hébergement temporaire, c'est-à-dire une moyenne de 2,1 places pour 1000 personnes. Nous verrons qu'elles auront une importance notable dans notre étude en cas d'urgence médico-sociale, de demande de répit de l'aidant ou en sortie d'hospitalisation, ce qui est prévu dans le cadre du PAERPA.

3.5.5 Les services d'aide à domicile

Vingt services d'aide à domicile différents assurent la réalisation des courses ou de certaines démarches, des portages de repas, des aides ménagères et dans les gestes du quotidien. Nous verrons qu'ils ont plus participé à la mise en place d'aides qu'au repérage de la fragilité sur le territoire du PAERPA nancéien.

3.5.6 Les foyers logements et MAPA

Pour les personnes les plus autonomes, les 23 foyers logements et MAPA proposent 995 places ou logements soit 47,7 places pour 1000 habitants.

3.5.7 La plateforme de répit et d'aide aux aidants

Elle assure des missions d'écoute et de soutien et met en place des solutions de répit. Elle anime également des activités permettant un maintien de la vie sociale.

Le territoire de la CUGN est également pourvu d'une Hospitalisation De Jour (HDJ) autonome et d'une équipe spécialisée Alzheimer.

4 Analyse des consommations de soins et des flux des patients âgés

4.1 Consommation des soins ambulatoires

Les personnes âgées de plus de 75 ans du territoire de la CUGN consomment en moyenne 66 euros de plus que leurs compatriotes au niveau national par mois (447 vs 381). Ce montant se base sur la part remboursée des soins par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

La part des consommateurs en médecine générale sur les consultations des plus de 75 ans représente 70%. En moyenne, les plus de 75 ans consultent 7,3 fois par an.

4.2 Consommation de soins paramédicaux

Par contre, celle-ci est notablement inférieure, de 36%, à la moyenne nationale. Le recours aux soins infirmiers et aux kinésithérapeutes étant moindre chez les personnes âgées de la CUGN.

4.3 Consommation de soins hospitaliers

Le taux de recours à l'hôpital dans les services de chirurgie et médecine est légèrement supérieur à la moyenne nationale (+6,6%) tandis qu'il est similaire en HAD. Le taux de recours aux SSR est par contre lui plus élevé de 23% à la moyenne nationale.

Le taux de réhospitalisation est similaire à celui des personnes de la même tranche d'âge sur le territoire national. Tandis que les durées moyennes de séjour dans les services de médecine et de chirurgie sont globalement similaires aux moyennes nationales, celles de SSR et de psychiatrie sont nettement supérieures.

4.4 Les passages aux urgences

La part des personnes âgées de plus de 75 ans ayant eu recours aux urgences en 2012 s'élève à 10,12% sur le territoire de la CUGN, ce qui est inférieur à la moyenne régionale

(11,54%) et nationale (11,25%). On recense 6598 passages de personnes de plus de 75 ans sur l'année 2012 soit 31 passages pour 100 personnes. Dans plus de 90% des passages, les personnes proviennent de leur domicile. Dans 62 à 80% des cas selon les services d'urgence, celui-ci se solde par un simple passage suivi d'un retour à domicile.

4.5 Consommation de médicaments

Le montant moyen remboursé s'élève à 890 euros par an ce qui correspond au montant moyen national des personnes du même âge.

II. Matériel et Méthode

1 Objectif de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer l'intérêt de la mise en place du projet PAERPA, comme système de coordination et d'intégration de la prise en charge médicale, sociale et médico-sociale des personnes âgées fragiles à Nancy. Pour atteindre cet objectif, nous avons analysé la place que les médecins généralistes ont prise dans ce projet en recueillant leur avis sur le PAERPA, comment ils s'y étaient impliqués, leur satisfaction quant aux outils mis à leur disposition, les avantages qu'ils en avaient tirés pour la prise en charge de leurs patients âgés et le bénéfice qu'ils avaient pu constater pour les patients et leurs familles.

Les objectifs secondaires étaient :

- de déterminer le profil des personnes appelant la CTA pour l'inclusion des patients dans le PAERPA et les motifs premiers des appels,
- de déterminer le profil des médecins généralistes ayant inclus des patients dans le projet PAERPA,
- d'analyser l'implication des autres professionnels de santé dans les différents segments du projet PAERPA,
- d'analyser les caractéristiques cliniques et sociales des patients effectivement inclus,
- de déterminer les besoins des patients inclus,
- d'évaluer les solutions mises en place en réponse à ces besoins,
- de comparer ces résultats avec les objectifs cibles.

Cela permet de vérifier la cohérence entre l'utilisation qui a été faite du PAERPA par les professionnels et les objectifs premiers du PAERPA.

2 Choix et définition de la méthode

Pour atteindre ces objectifs, nous avons réalisé une enquête transversale descriptive, à l'aide d'entretiens individuels semi directifs menés auprès d'un échantillon de médecins généralistes ayant inclus des patients dans le PAERPA.

La méthode des entretiens semi-directifs individuels avait pour but d'orienter la discussion avec le médecin généraliste sur les thématiques de notre enquête tout en lui laissant une grande liberté d'expression.

La conduite d'entretiens semi-directifs se fait selon trois axes :

- la préparation du guide d'entretien et l'identification des personnes à interroger ;
- le déroulement des entretiens : nous avons rappelé au début de chaque entretien les objectifs de l'enquête et nous avons également précisé la « déontologie » de l'enquête et les conditions de restitution des résultats ;
- l'analyse des résultats : nous avons établi un tableau de synthèse regroupant le contenu des différents entretiens selon les thématiques abordées.

L'utilisation d'une étude *qualitative* permet de cerner la satisfaction des médecins généralistes 6 mois après le lancement du projet sur le territoire de Nancy. En effet, une étude transversale permet de faire un « cliché » d'une population : ici la population médicale de Nancy sur plusieurs variables données.

Les informations que nous avons obtenues pourront être comparées à distance avec des données ultérieurement récoltées pour mesurer l'évolution de la satisfaction des médecins généralistes.

Nous avons également réalisé une enquête rétrospective, en analysant les appels passés à la CTA ayant abouti à l'inclusion d'un patient dans le PAERPA et à la mise en place d'un PPS et en analysant les PPS des patients inclus dans le PAERPA pendant les six premiers mois de sa mise en place sur le territoire de la CUGN. Cette enquête est une enquête rétrospective descriptive de type *quantitatif*.

L'analyse statistique correspond à une analyse univariée de chaque item, certains items ayant été mis en corrélation les uns avec les autres.

Une étude descriptive sert à analyser les variables individuelles d'une population. Ici, nous nous attacherons à exposer les caractéristiques de la population incluse dans le PAERPA.

3 Population de l'étude

La population de l'étude correspond, pour sa première partie, à l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans le territoire de la CUGN, et donc susceptibles d'inclure des patients.

Dans la seconde partie, il s'agit de l'ensemble des personnes âgées de plus de 75 ans résidant dans la CUGN.

4 Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé début avril 2015, pour la première partie de notre étude, après les 6 premiers mois de lancement du projet PAERPA.

Elles ont été obtenues, par recueil sur site, sur le système LIGO de la CTA. Celui-ci contient la saisie de l'ensemble des informations recueillies lors des appels passés à la CTA et ayant abouti à une inclusion ainsi que les PPS réalisés pour chaque patient inclus.

Le recueil des données de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes s'est déroulé du 23 avril 2015 au 17 mai 2015. Un rendez-vous par téléphone était pris auprès des secrétaires ou directement auprès du médecin généraliste, après une brève présentation de l'objet de notre thèse et de l'intérêt de notre étude. Les entretiens se sont déroulés au cabinet des généralistes qui ont accepté de nous rencontrer.

Lors des entretiens, le questionnaire comportait 20 questions, dont chacune pouvait amener un commentaire libre (ANNEXE 7). Lorsque les généralistes avaient répondu à nos questions, la plupart du temps par une réponse binaire, nous leur demandions d'explicitier leur réponse pour recueillir les remarques éventuelles qu'ils avaient sur les différents éléments de notre enquête. Notre questionnaire a été élaboré sur le modèle d'un questionnaire standardisé d'évaluation d'un réseau gériatrique.

Ce questionnaire peut se subdiviser en 10 parties :

- moyen de connaissance du PAERPA,
- satisfaction globale,
- amélioration de la coordination entre professionnels,
- amélioration de la prise en charge,
- intérêt des outils mis à disposition du généraliste,
- intérêt des outils mis à disposition des patients,
- relations avec l'équipe PAERPA,
- changement des pratiques,
- rémunération du PAERPA,
- investissement en temps.

Au début de chaque entretien, nous avons précisé la déontologie de notre enquête, c'est-à-dire que nous avons demandé au généraliste l'autorisation d'enregistrer ses propos et nous avons bien précisé que leur retranscription écrite serait rendue anonyme.

III. Résultats

1 Analyse de l'échantillon d'étude

1.1 L'échantillon

L'échantillon de notre population de patients comporte 112 personnes.

Nous avons décidé de n'analyser que les patients inclus dans le PAERPA par le processus d'inclusion passant par la CTA : c'est-à-dire les patients ayant été inclus après un appel passé à la CTA par le médecin traitant, un autre professionnel de santé ou un membre de la famille. En effet, le modèle préconisé au niveau national d'inclusion directe par le médecin traitant n'a quasiment pas été utilisé à Nancy, le modèle d'inclusion passant par la CTA ayant été le modèle quasi exclusif.

De plus, les patients ayant été inclus dans le PAERPA par transposition d'un PPS déjà formé par le réseau gériatrique Gérard Cuny ont été exclus de notre étude. En effet, nous avons considéré que ces patients étaient déjà au-delà du repérage de la fragilité, car déjà en cours de traitement par le réseau gériatrique.

Les données extraites du système LIGO, portaient sur 124 patients : 6 ont été exclus car seules les données administratives les concernant étaient saisies, et 6 autres exclus car leurs PPS n'étaient réalisés que de façon partielle, la partie concernant le plan de santé étant manquante.

L'échantillon de notre population de médecins comporte seize médecins ayant inclus des patients dans le projet PAERPA. Ceux-ci ont été sélectionnés au hasard à partir du système LIGO et des PPS.

1.2 Les entretiens

Les entretiens avec les généralistes ont duré de 9 à 27 minutes.

La durée moyenne des entretiens a été d'un quart d'heure sur les 16 entretiens réalisés.

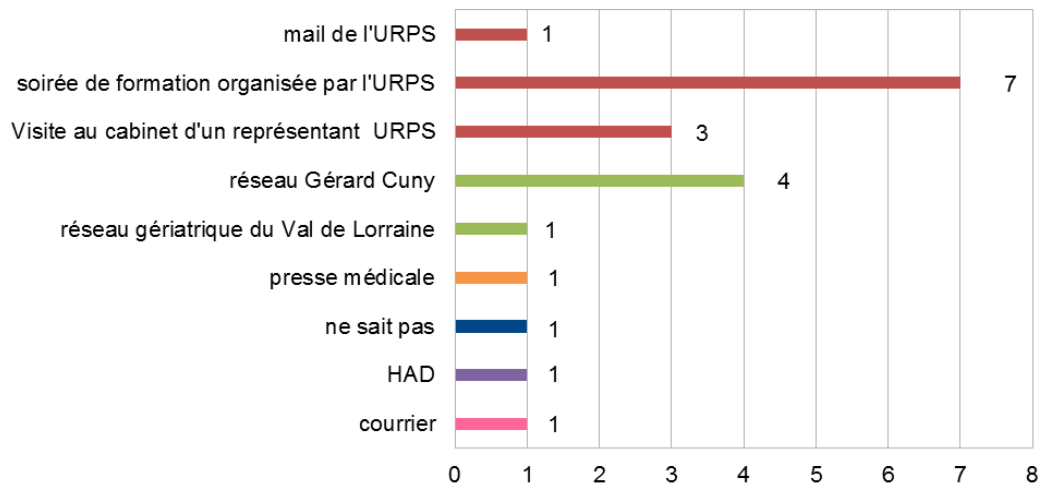
Le caractère scientifique de notre étude était atteint quand les données extraites des entretiens étaient superposables. Nous sommes arrivés à saturation des nouvelles informations au bout de 14 entretiens mais dans un souci de reproductibilité scientifique, nous avons interrogé deux médecins supplémentaires.

2 Résultats issus de l'enquête auprès des médecins généralistes

Dans les résultats de notre enquête, nous retrouverons toujours trois médecins généralistes qui ne savent pas répondre aux questions posées ou qui n'ont pas d'avis. En effet, trois des médecins interrogés ne savaient pas ce qu'était que le PAERPA. Deux m'ont dit se souvenir effectivement d'avoir validé un PPS mais ne pas savoir à quoi cela correspondait exactement, ni ce qui avait été fait pour leur patient. Le dernier médecin m'a dit n'avoir rien validé du tout, il n'avait pas vu les deux patients inclus dans le projet depuis plus de 6 mois.

Les généralistes, n'ayant pour la plupart inclus que deux patients, n'avaient pas forcément expérimenté avec leurs patients tous les services apportés (pilulier intelligent, APP ou ergothérapie par exemple). Leur avis, favorable ou non, a été saisi dans les grilles d'analyse et correspond donc plus à un avis théorique sur le service. Les remarques, qui sont retranscrites ici illustrent les idées principales qui sont ressorties des entretiens. On trouvera l'ensemble de ces remarques en ANNEXE 8.

2.1 Moyen de connaissance du PAERPA

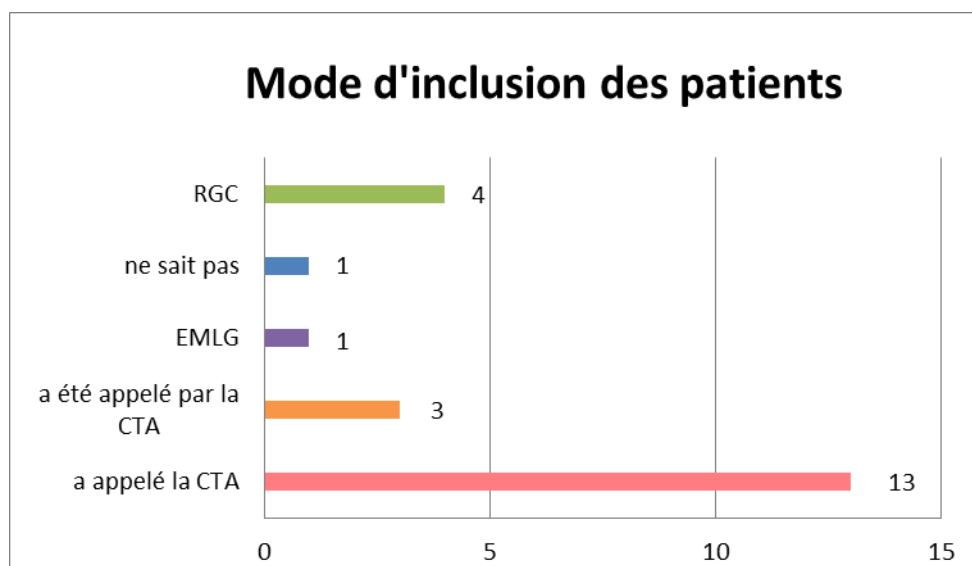


N = 20

Les médecins ont connu le PAERPA en moyenne par 1,25 biais d'information.

Plus de la moitié des médecins interrogés ont connu le PAERPA par les moyens mis en place par l'URPS, dans son travail d'information des professionnels de santé du territoire, tandis qu'un quart a été informé de l'expérimentation PAERPA sur le territoire nancéien grâce au travail de communication des réseaux gériatriques

2.2 L'inclusion des patients par appel à la CTA

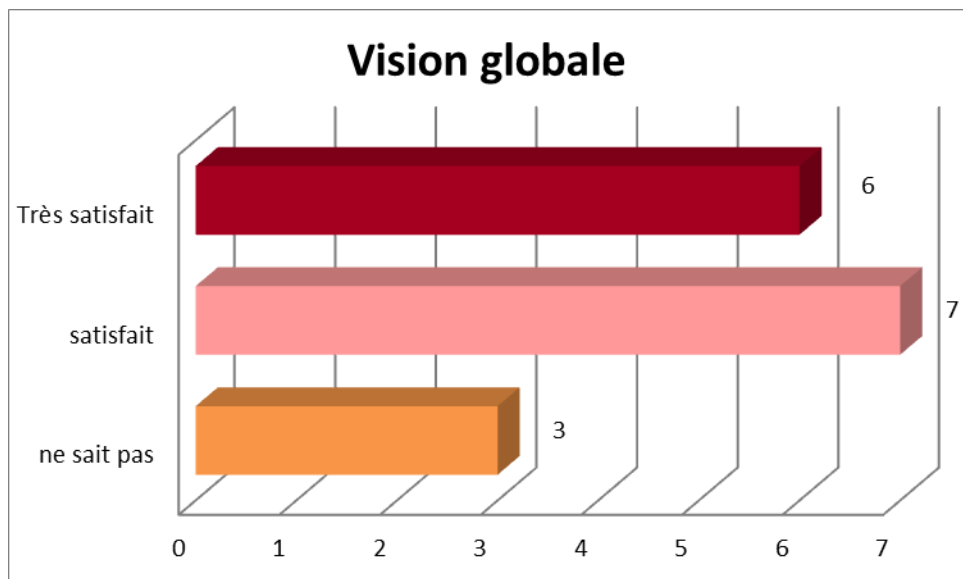


N = 22

Les médecins ont eu plusieurs moyens différents pour inclure leurs patients dans le PAERPA. En moyenne 1,37 moyen par médecin.

On voit que les modes d'inclusion des patients retenus par les médecins sont divers. Même si la plupart se souvenaient d'avoir eux-mêmes appelé la CTA pour l'inclusion, certains patients avaient préalablement été repérés par des professionnels de la filière gériatrique ou le réseau, et donc été inclus par eux, le médecin traitant ayant été contacté ultérieurement pour la formation de la CCP et la rédaction et la validation du PPS.

2.3 Un outil recueillant l'approbation des généralistes



N = 16

Globalement, même si le projet est encore récent, les médecins généralistes apprécient le PAERPA. Leur satisfaction tient à plusieurs aspects :

Pour la pratique des médecins :

- les outils de coordination des soins : le PPS qui formalise le travail du médecin :

V11 : « J'y vois un outil modalisant et d'autre part un outil pour visualiser le rôle et l'action du MT. C'est des choses qu'on fait mais c'est des choses qui n'apparaissaient pas, maintenant on les visualise dans le PAERPA. »

- les outils d'intégration : la CTA qui va cibler l'interlocuteur optimal et lui déléguer les actions à mettre en place :

V3 : « J'apprécie qu'il y ait une équipe qui vienne nous décharger des tâches qu'on n'a pas le temps de faire (coordination des différents intervenants, voir les différentes aides que les patients peuvent avoir au niveau du CG...) on n'a pas le temps et on ne connaît pas tout ce à quoi les patients ont droit. »

- Un système d'échange qui enrichit la prise en charge :

V7 : « Avoir quelqu'un qui supervise ce à quoi on ne pourrait pas penser, parce qu'on risque d'oublier des choses. Il y a des trucs auxquels on ne pense pas, certaines facettes. Cela permet une prise en charge complète, de gagner du temps. C'est pratique, utile, ça permet d'éviter des impairs. »

- Un outil de coordination et d'articulation :

V10 : « C'est plus efficace quand tout le monde est coordonné, c'est plus rapide »

- Un outil de repérage des personnes en situation de fragilité :

V21 : « Au départ, je suis allée chercher les patients qui étaient presque au bout du dispositif, donc qui étaient déjà très dépendants et puis au fil de la pratique, je m'aperçois que je vais dépister des gens qui en ont besoin beaucoup plus tôt et donc là je pense qu'on s'inscrit beaucoup plus dans l'optique du PAERPA. Depuis que ça existe, je suis beaucoup plus vigilante au repérage de la fragilité, alors qu'au début je n'y prêtais pas vraiment attention, on prend les choses un peu plus en amont. Qu'on s'améliore au repérage, on le voit, parce que c'est des gens auxquels je n'aurais pas pensé auparavant. »

- Un moyen de prévention :

V23 : « C'est un système qui a révolutionné ma prise en charge des patients âgés. Ça me permet de prévoir à l'avance les problèmes qui vont arriver et d'avoir des solutions avant que le problème arrive, de manière à ne pas me retrouver dans une situation inextricable le jour où ça me tombe dessus. »

Et pour les patients :

V19 : « Moi je regarde d'abord quel est le but, quelle est l'utilité pour le patient, alors oui je suis satisfait. »

- Une offre de services plus large pour les personnes âgées à domicile :

V20 : « Ca permet d'apporter des éventuelles aides quant à l'ergothérapie, l'aménagement des locaux, kiné et tout ce qu'on veut... mise en place d'aides autour du patient.

Moi j'ai deux patients c'était deux chutes, ça les a réautonomisés sans les hospitaliser : c'est vachement bien. »

- Une socialisation des personnes isolées :

V21 : « Les gens sont contents notamment sur le critère isolement : On a vraiment une rupture d'isolement. »

- Un soulagement des aidants :

V21 : « Les familles aussi parce qu'il n'y a pas que des gens isolés qui étaient concernés, il y a aussi des gens qui étaient suraccompagnés par leur famille et ça a été vraiment une aide aux aidants. »

Les points d'amélioration que l'on peut retenir de ces entretiens sont :

- Le délai d'information entre les différents acteurs :

V2 : « C'est une nébuleuse, les infirmières n'ont pas été informées au même moment. Ce délai d'information crée un décalage. En plus, le fait de le savoir est une chose, de l'intégrer une autre. »

- L'absence de délimitation claire des rôles de chacun qui engendre des superpositions dans les actions :

V3 : « Le petit bémol c'est la mise en route sur le plan pratique, un peu lourd, dans le principe très bien. Mais il y a des problèmes de recoupement : Avant on appelait le RGC quand il y avait un problème de maintien à domicile, maintenant je reçois des mails de divers intervenants à qui j'ai déjà l'impression d'avoir répondu. »

V15 : « Je n'ai pas encore compris qu'elle était ma place là-dedans. Je n'ai pas encore pris la mesure de la porte d'entrée. J'ai l'habitude de me débrouiller tout seul. »

- Un outil avec des limites :

V10 : « Il y a plein de choses bien avec le PAERPA, faut pas croire non plus qu'on va trouver des solutions miracles et éviter des hospitalisations. Ça va peut-être temporiser. »

Les attentes au sujet du PAERPA exprimées par certains médecins sont les suivantes :

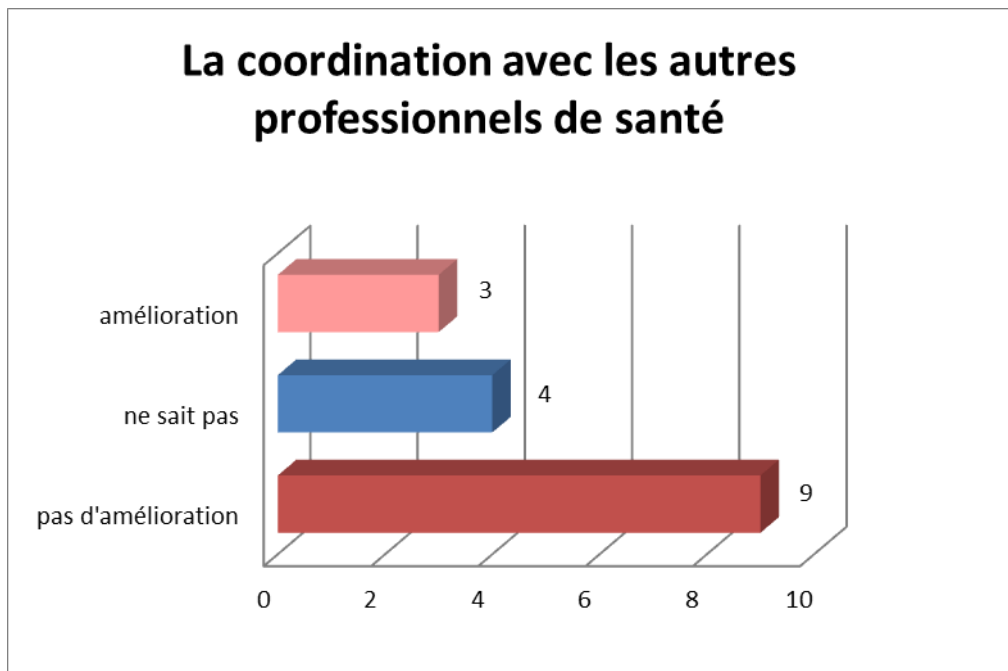
- Une aide à la transition lors du retour à domicile :

V3 : « Il y a une chose sur laquelle je ne sais pas encore s'ils sont efficaces, c'est le retour à domicile. Je ne peux pas juger du retour mais j'en espère beaucoup, parce qu'on a des retours qui sont parfois catastrophiques. »

- Une aide d'urgence :

V19 : « Ce qu'il y a de plus important c'est qu'il y ait un numéro d'urgence qu'on puisse appeler quand il y a besoin d'une aide à domicile d'urgence ou qu'il y a un problème aigu. C'est ça mon attente principale. »

2.4 Un outil n'améliorant pas la coordination entre professionnels de santé



N = 16

Toutefois, les médecins interrogés ont fait la remarque que la mise en place était trop récente pour qu'ils puissent voir un changement dans la coordination entre professionnels :

V22 : « Pour l'instant c'est un petit peu tôt. »

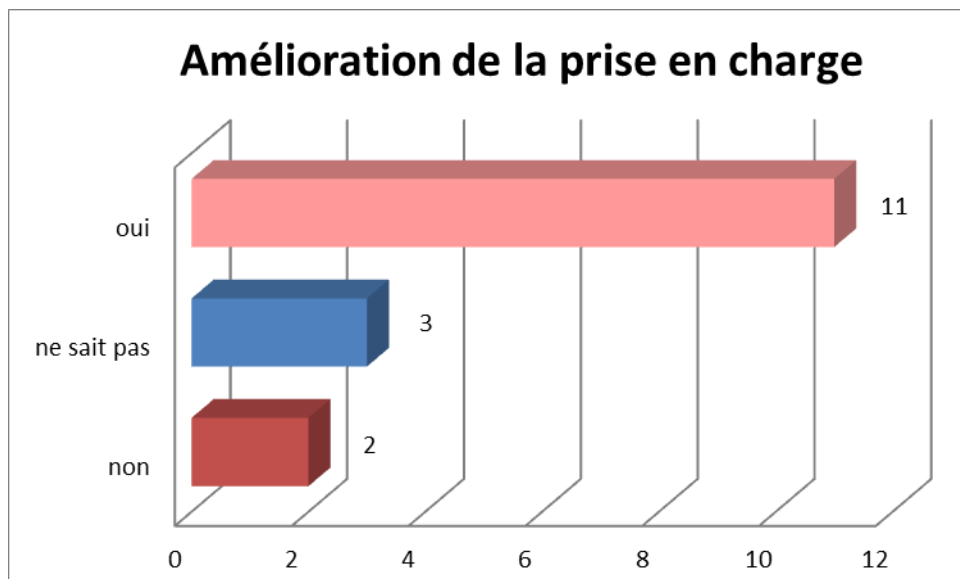
Mais également que leurs liens avec les autres professionnels de santé, surtout les infirmières étaient déjà très bons, et notamment qu'ils communiquaient beaucoup par téléphone en cas de besoin :

V3 : « Moi je prenais mon téléphone, et je passais un coup de téléphone quand il fallait »

Cependant, un médecin a trouvé qu'au contraire cela améliorerait la coordination, et elle l'a exprimé comme cela :

V20 : « Oui automatiquement, maintenant on a des retours d'information des kinés et des ergothérapeutes, c'est les intervenants avec qui on avait des rapports moins souvent. Les pharmaciens ça fonctionnait déjà bien, infirmiers aussi. »

2.5 Une prise en charge améliorée



N = 16

Les réponses apportées sur cette question ont été très diverses selon les médecins, lorsque nous leur avons demandé d'explicitier leur réponse :

Pour certains, cela n'améliorerait pas leur prise charge :

V9 : « La prise en charge était déjà pas mal auparavant. »

Cependant, sans impacter stricto sensu leur prise en charge, les médecins reconnaissent l'apport de certains outils sur la qualité de vie de leurs patients âgés :

V11 : « En théorie oui, en pratique je ne sais pas. On a quand même des fonds dédiés à l'ergothérapie qui jusqu'à présent n'était pas pris en charge par l'assurance maladie. Et

l'activité physique adaptée... C'est encore récent mais je pense qu'à terme ça améliorera le maintien à domicile des personnes âgées. »

Au niveau des outils, les médecins notent que la traçabilité et la formalisation du travail augmentent l'efficacité de leur travail :

V9 : « Ça permet de centraliser les patients à risque, d'avoir un fichier des gens à risque. »

De plus, comme cela a été remarqué précédemment, l'échange autour des cas enrichit la prise en charge :

V23 : « Ça m'apporte des solutions en plus, une expertise de la situation avec un regard différent. »

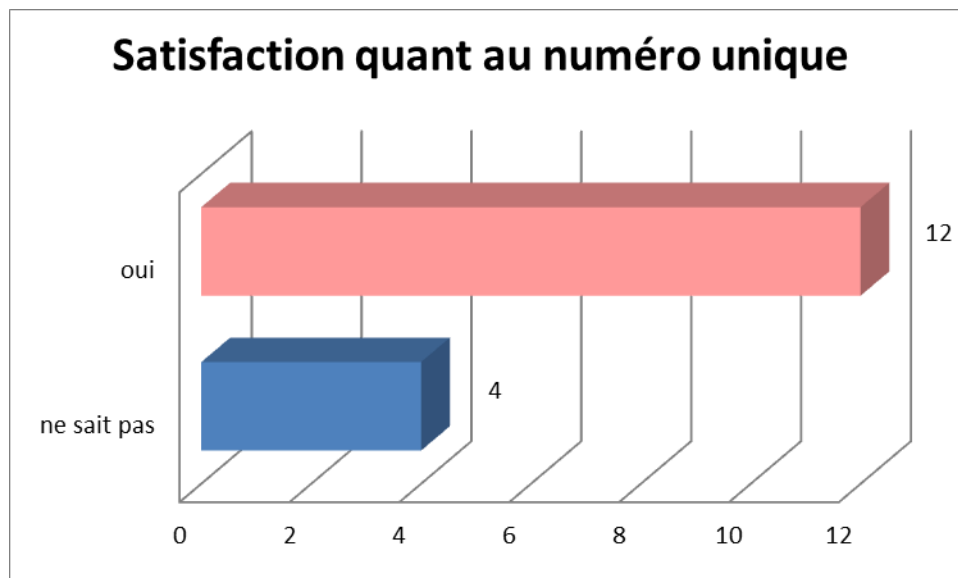
Cependant le manque d'expérience les empêche de se positionner formellement sur cette question :

V22 : « On n'a pas énormément de recul, c'est un peu le biais. »

2.6 Intérêt des outils mis à disposition du généraliste

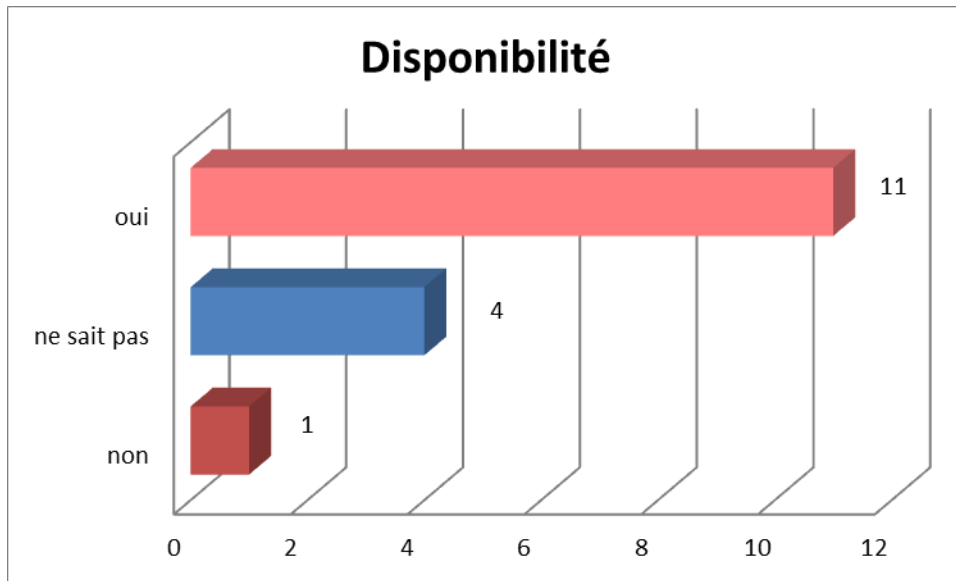
2.6.1 La coordination territoriale d'appui

- Satisfaction générale quant au numéro unique



N = 16

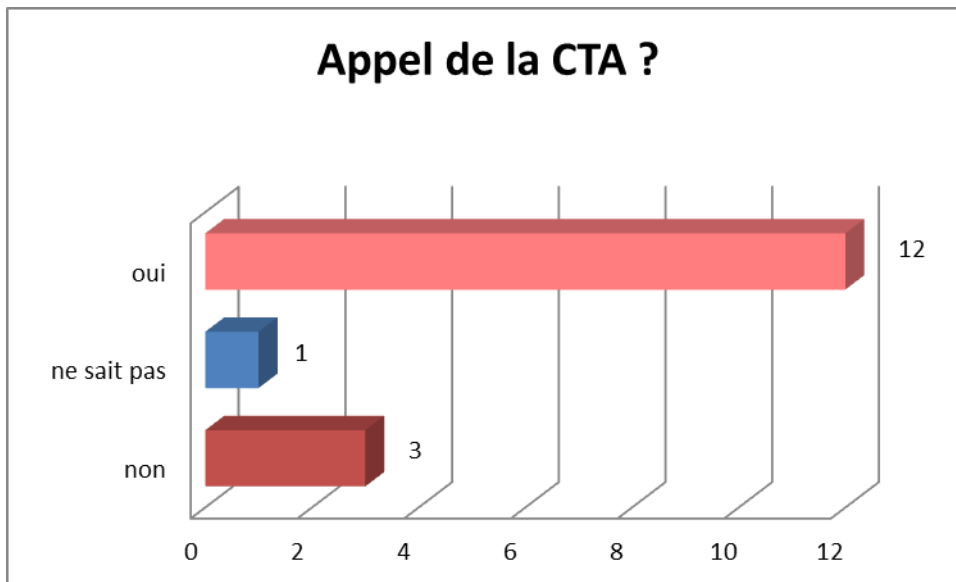
- Un interlocuteur disponible



N= 16

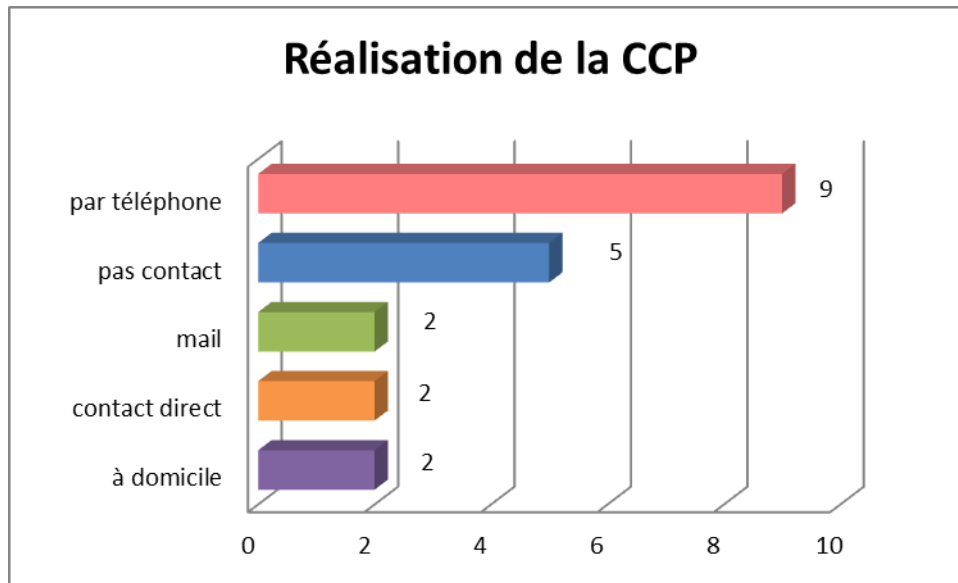
V4 : « Même disponibilité que le RGC, on rajoute une couche en plus. »

- Des médecins qui appellent la CTA



N = 16

2.6.2 Une CCP par contacts téléphoniques



N = 20

Les médecins retiennent plusieurs moyens de réaliser la CCP. Le plus fréquent (45%), ils ont des contacts téléphoniques avec les autres membres de la CCP. Dans 10% des cas, ils se réunissent par mail ou ils ont des contacts directs avec les autres membres de la CCP, ou ils se voient à domicile (également 10% chacun).

Dans 25% des cas, ils n'ont aucun contact.

Certains médecins pensent qu'il est matériellement impossible pour eux de créer une CCP qui puisse se réunir physiquement pour élaborer le PPS :

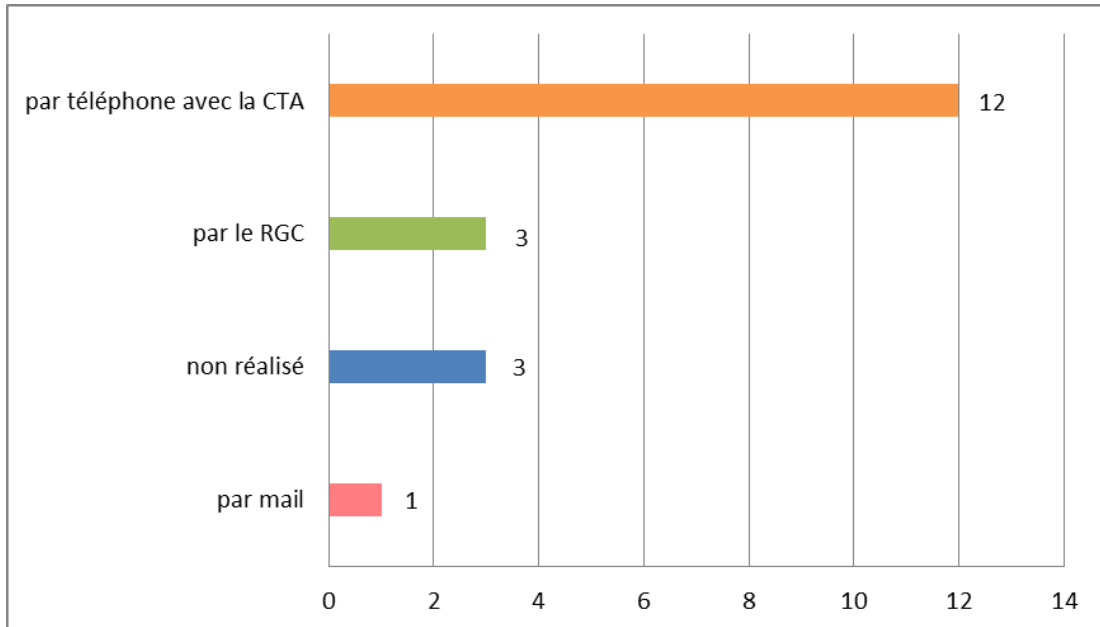
V : « Quand vous avez déjà votre journée de 11h bien tapées, les réunions... voilà »

Cependant, deux médecins ont fait la remarque qu'ils aimeraient avoir plus de temps pour le faire car ils pensaient que cela pourrait les aider dans la prise en charge de leurs patients fragiles :

V20 : « Ce serait vachement bien. On pourrait passer une heure chez la personne ce serait super, mais moi je peux plus ! »

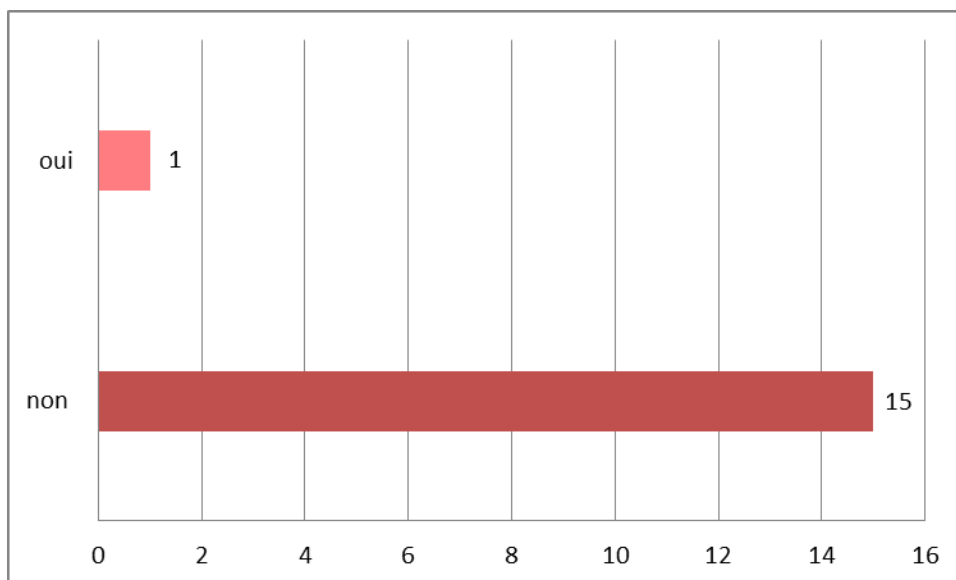
2.6.3 Un PPS réalisé avec l'appui de la CTA

- Réalisation



N = 19

- Déjà réalisé seul



N = 16

Les aspects positifs retenus par les médecins généralistes sur le PPS sont :

- le côté synthétique :

V2 : « Document synthétique »

- le partage d'informations :

VX : « Si une remarque est faite, on va être tous au courant »

- l'aspect centralisation des informations :

VX : « C'est bien car dans les années à venir il y aura de plus en plus d'intervenants, ça va nous aider à pas louper quelque chose.. »

- l'aide au suivi

V21 : « Le système LIGO qui propose le dossier partagé c'est plus intéressant que de faire des réunions. Ça permet de formaliser le projet qu'on a et de ne pas perdre de vue les objectifs, de donner vraiment des étapes à des objectifs précis dès le départ et surtout voir si on y est parvenu, voir si il y a des choses à adapter. C'est un outil de relais qui est important je pense. »

- une formalisation du travail du médecin :

V11 : « C'est une aide complémentaire par rapport à des choses qu'on fait intuitivement sans le faire apparaître. Ça fait apparaître des choses que le médecin généraliste faisait de façon complètement obscure, inapparente. »

D'un autre côté, les reproches fait au PPS sont les suivantes :

- le côté administratif :

V19 : « On avait déjà des contacts par le cahier de liaison : c'était suffisant. Là c'est trop administratif, je ne vois pas ce que ça peut apporter sauf si ça résout les choses quand il y a un problème aigu. »

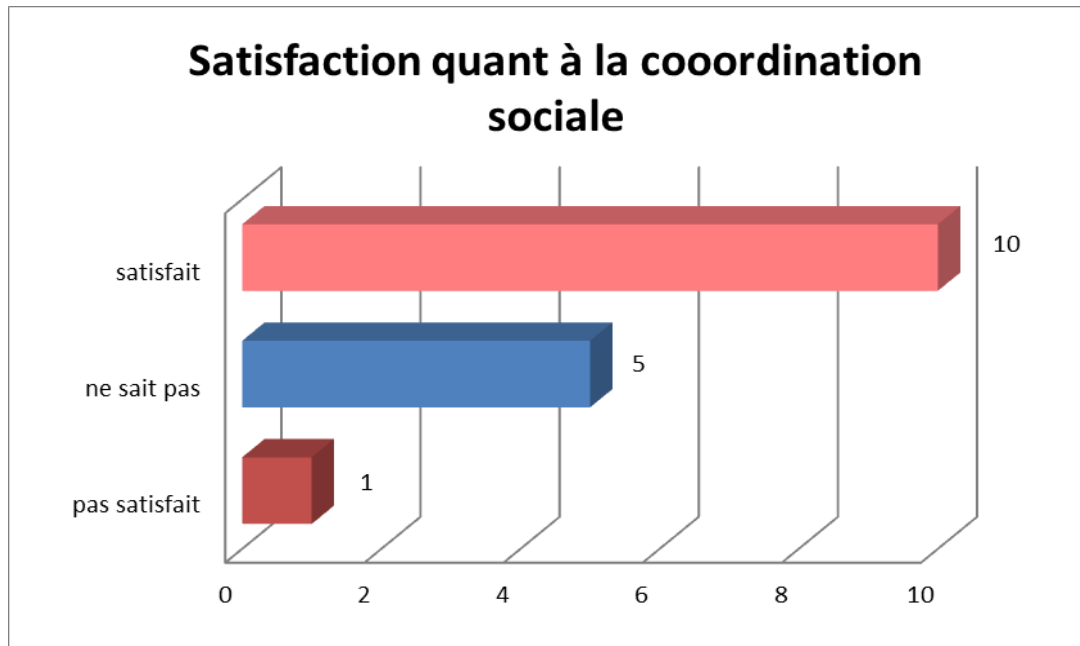
- l'absence d'apport d'éléments nouveaux :

V4 : « Ecrit l'existant, n'apporte pas grand-chose, écrit la pharmacie du patient, le nom du cardiologue que je sais déjà. »

- la difficulté du remplissage :

V11 : « C'est un bon outil mais la maîtrise nous échappe parce que c'est la CTA qui le fait. »

2.6.4 Une coordination sociale renforcée



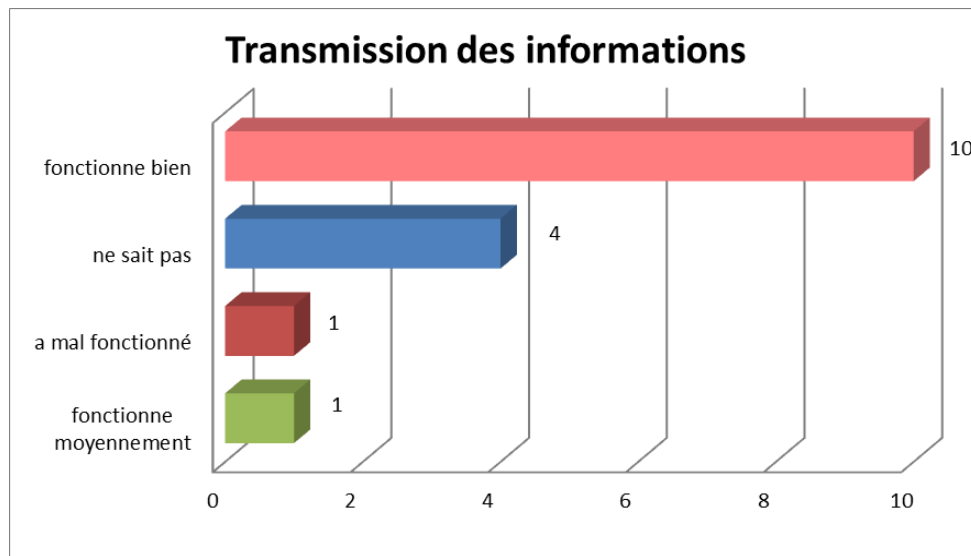
N = 16

Les médecins généralistes sont globalement très satisfaits de l'aide dont ils ont bénéficié pour clarifier les situations sociales de leurs patients. Avant, soit ils ne s'en préoccupaient pas faute de temps et de formation, soit ils étaient obligés de régler ces problèmes lorsque la famille n'était pas présente et cela leur demandait beaucoup de temps :

V9 : « Moi je ne sais pas du tout gérer tout ça, je n'y connais rien du tout, au niveau social, je ne suis pas là pour ça »

V20 : « Ça nous dépanne bien, des fois on a des personnes âgées qui n'ont pas de famille et c'est à nous à démêler tout ça. On avait déjà le réseau Cuny qui s'en occupait pas mal, là c'est parfait. »

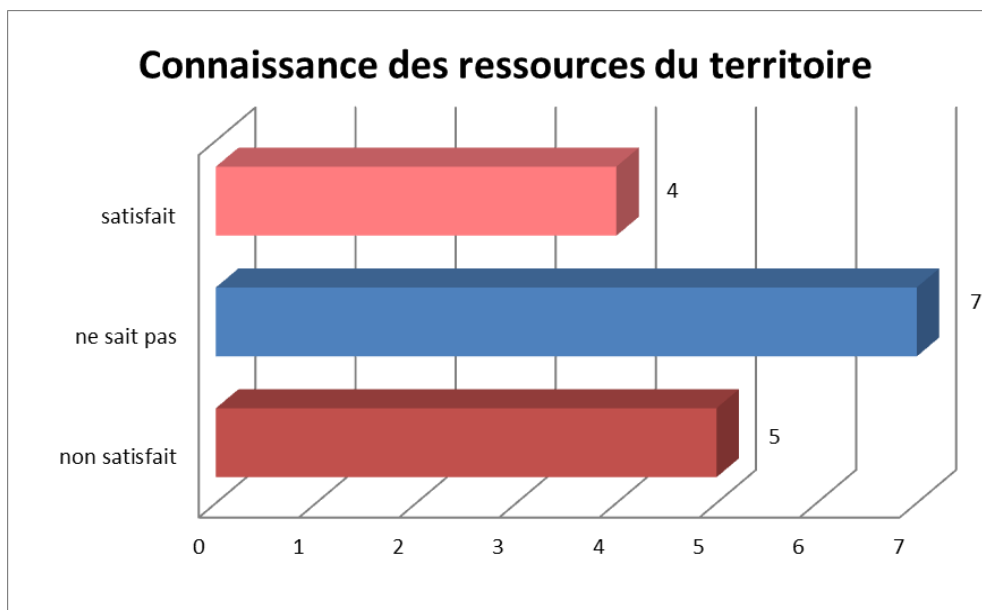
2.6.5 Des informations fluides entre les différents intervenants



N = 16

Pour l'instant, peu de médecins avaient reçu les PPS par messagerie informatique. Cependant, ils étaient globalement satisfaits de la transmission des informations qui se faisait majoritairement par téléphone et courrier.

2.6.6 Des structures dédiées aux personnes âgées, non connues des généralistes



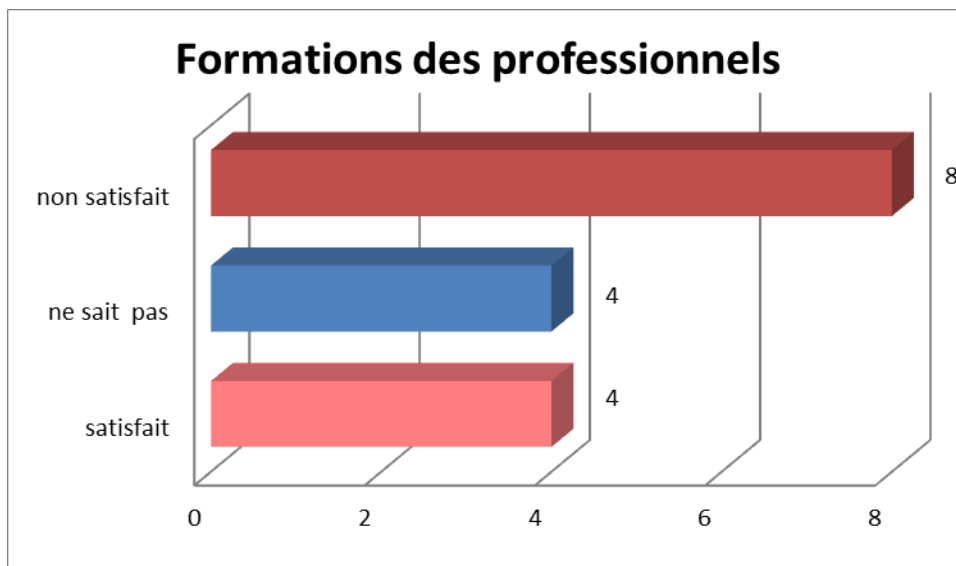
N = 16

La plupart des généralistes interrogés connaissaient très mal les structures d'aides et de coordination déjà présentes sur le territoire. Cependant, pour beaucoup, cela correspond à

des structures d'aides sociales et donc ne les intéresse pas vraiment. Le fait que cela soit pris en charge et géré par la CTA ne les décharge pas mais ils savent que c'est fait et que cela aide les familles. Deux généralistes seulement m'ont dit avoir découvert certaines structures et être satisfaits de cette découverte pour leur pratique :

V10 : « Ça nous a un petit peu aidés, mais il faudrait approfondir parce que ça nous intéresse. Ça pourrait être intéressant de savoir que ça existe parce que parfois on se sent un peu démunis. »

2.6.7 Des généralistes peu satisfaits des formations dispensées



N = 16

Les formations dispensées dans le cadre du PAERPA étaient, selon les médecins, peu claires sur les tenants et aboutissants du projet :

V10 : « Sur le coup dans la réunion, bien sûr ils ont parlé du numéro unique, de la CTA, mais après on a beaucoup insisté sur les supports : pilulier. Et ça, ça nous a semblé accessoire comparé à l'ampleur du besoin d'aides en ville pour les personnes âgées. On a retenu les trois : l'ergo, le coach sportif, le pilulier et on s'est dit que ça n'allait pas vraiment nous aider. »

Certains m'ont dit que pour adhérer au PAERPA ils avaient plus eu besoin de s'investir eux-mêmes dans la recherche d'une information claire sur le projet :

V21 : « Pour l'instant c'est beaucoup sur une démarche volontaire, c'est-à-dire que si je ne m'étais pas prise par la main pour me renseigner sur ce que c'est, comment ça fonctionne, je pense que je n'en serais pas là sur le dispositif. Quand je suis allée chercher l'info, c'était clair. »

Cependant un médecin a estimé que l'information donnée était carrément insuffisante. En effet, comme certains médecins sont peu convaincus du bénéfice apporté par le PAERPA, ils mettront beaucoup de temps à adhérer au projet et à changer leurs pratiques :

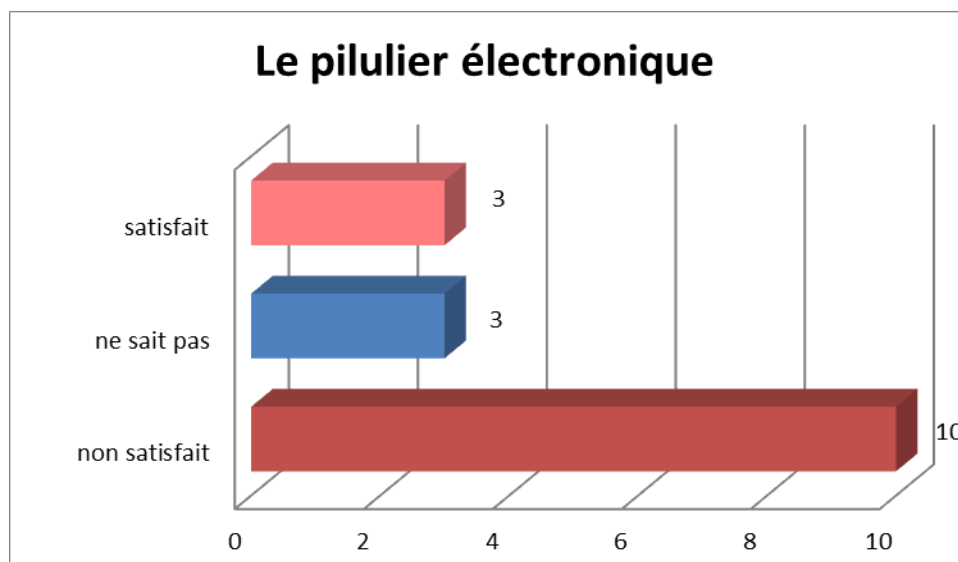
V11 : « Il faudrait faire plus, les médecins ne sont pas convaincus et restent le nez dans le guidon, ils pensent que c'est une usine à gaz en plus. »

Enfin, un médecin a trouvé que l'information donnée par les documents de l'URPS était claire :

V20 : « Oui leur dépliant est vachement bien foutu. »

2.7 Intérêt des outils mis à disposition des patients

2.7.1 Des généralistes peu satisfaits du pilulier intelligent



N = 16

Les médecins enquêtés sont très sceptiques quant à l'utilité de ce nouvel outil.

Certains estiment que l'outil :

- est trop moderne pour leurs patients âgés :

V9 : « Je l'ai fait deux fois, les gens ils ont abandonné au bout de deux jours parce que le truc sonnait. Le pharmacien n'en peut plus parce que les gens ne comprennent rien. Si la personne ne se souvient pas qu'elle doit prendre ses médicaments, ça sonnera et puis ça sonnera. Ça ne change rien. »

- qu'il ne sécurise pas la prise :

V10 : « Ça peut correspondre à quelques cas d'inattention, mais dès qu'il y a des troubles des fonctions supérieures, ça aura beau sonner.... »

- qu'il n'est pas adapté à certains médicaments :

V19 : « J'ai failli, mais médicalement, c'est impossible. Il est préparé sur un mois : comment on fait pour les AVK si on doit changer la posologie. En plus les sachets de Kardegic ne rentrent pas dedans ! »

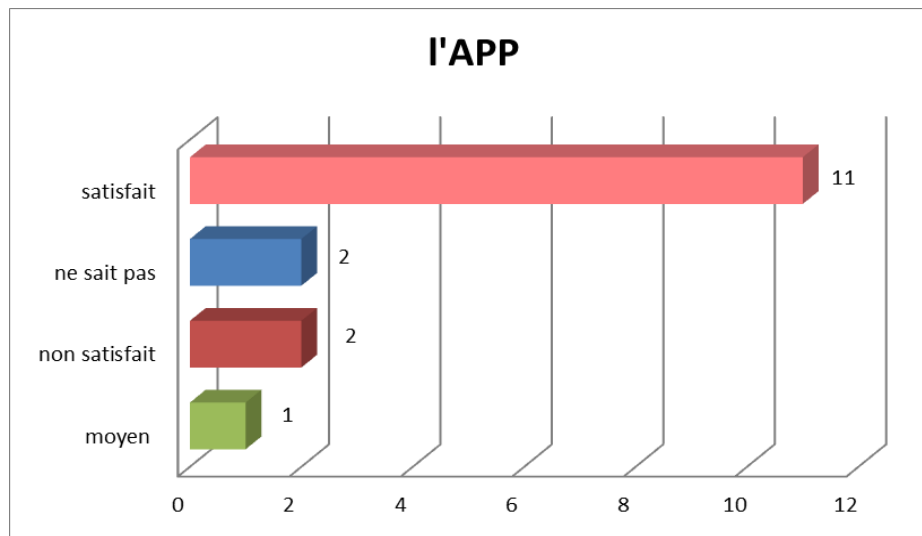
Globalement, ils préféreraient la prise sécurisée par une IDE :

V4 : « Je préfère que l'infirmier passe, donne les médicaments, vérifie qu'ils soient bien avalés. »

Seul, un médecin était favorable mais n'avait jamais testé l'outil :

V20 : « Ça peut être bien, quand on prend un traitement au long cours, même à tous les âges ça peut être bien. »

2.7.2 Une satisfaction quasi unanime quant à l'activité physique adaptée



N = 16

Les points positifs retenus par les médecins généralistes ayant fait l'expérience de l'activité physique sont :

- la rupture de l'isolement et le maintien du lien social :

V9 : « Ça casse leur journée, ils ont quelqu'un qui vient les voir, ils font des petites choses. C'est bon pour le moral. Le problème de tout ça, c'est la rupture de la solitude. »

- l'amélioration de l'équilibre et la prévention des chutes qui permettent d'anticiper la perte d'autonomie :

V21 : « Au début je me disais « qu'est-ce que c'est que ce truc ? ». Je n'y croyais pas trop et en fait les gens en sont ravis. On réamorçe une spirale de réautonomisation. »

Les généralistes ont retenu deux indications principales dans lesquelles l'APA peut être utile :

- En sortie d'hospitalisation :

V19 : « Ca peut être intéressant, surtout pour les personnes qui viennent de sortir d'hospitalisation, de mettre ça en place pour les faire marcher pendant un peu de temps. »

- Et dans le cadre de chutes récentes :

V3 : « Bien pour les troubles de l'équilibre, le problème c'est les chutes chez les personnes âgées »

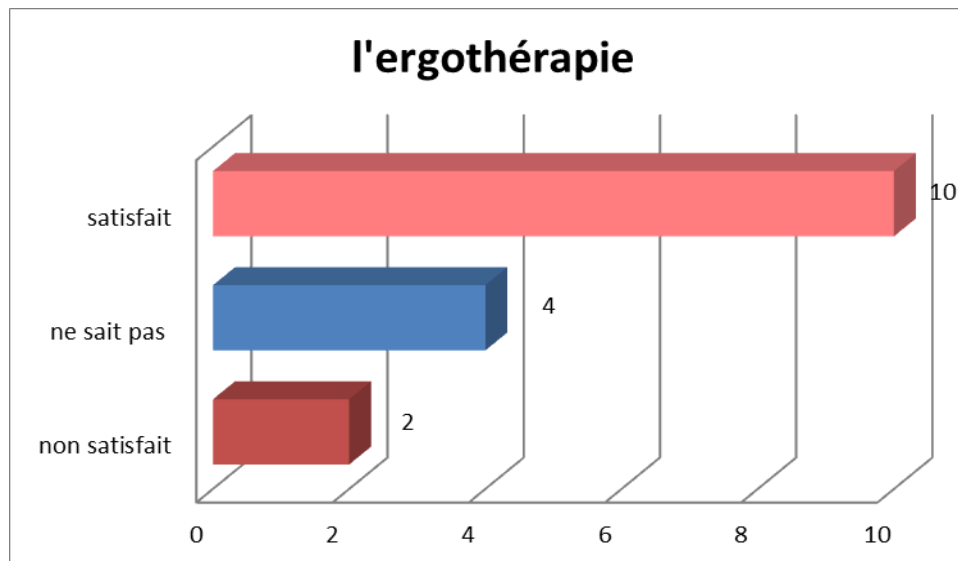
Toutefois, deux médecins ont quand même émis un avis mitigé sur l'APA. Notamment un qui préférait continuer à faire appel aux kinésithérapeutes :

V4 : « Pourquoi payer un prof de gym alors que les kinés le font, et mieux ! »

Enfin, un médecin était favorable à l'activité physique, mais sceptique quant à ses bienfaits à long terme :

V9 « Est-ce que la petite activité physique une fois par semaine va changer la vie des gens ? Je ne sais pas ... »

2.7.3 L'ergothérapie, une satisfaction des médecins mais des limites d'utilisation



N = 16

Les points positifs retenus par les médecins généralistes sont :

- Une vision professionnelle pour une adaptation du domicile :

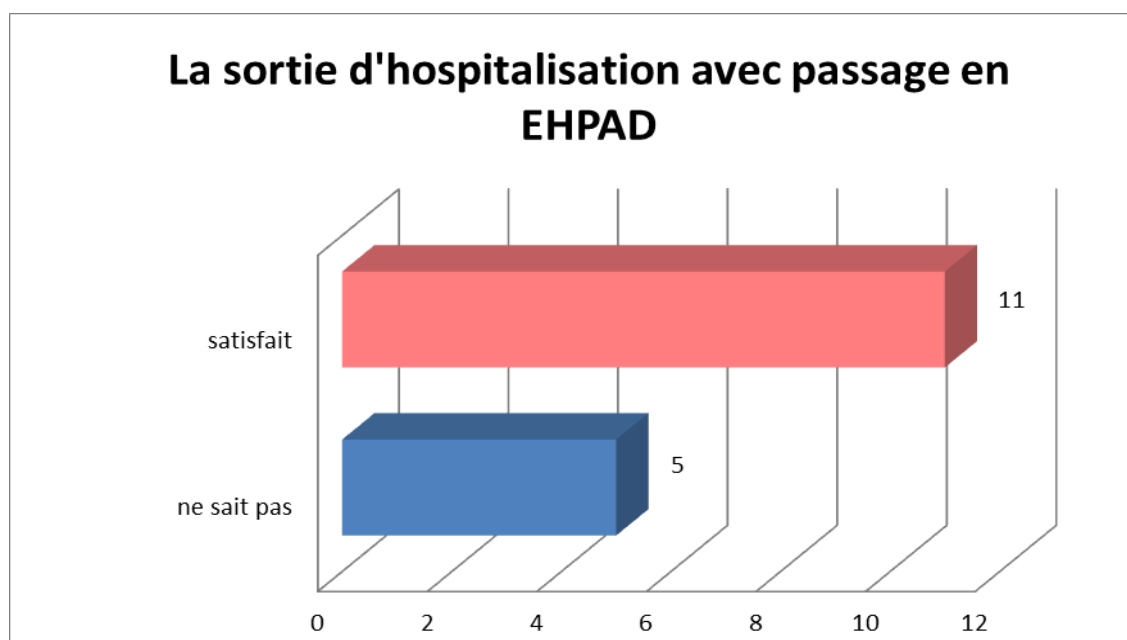
V23 : « L'objectif c'est de maintenir la personne le plus possible à domicile, si c'est son souhait. L'ergothérapeute connaît le matériel, il va savoir exactement quel genre de poignées il va falloir, il y a énormément de matériel médical que je ne connais pas. »

Cependant, de nombreux médecins généralistes constatent que souvent les propositions des ergothérapeutes ne sont pas adaptées aux besoins de la personne, ni à ses moyens.

En effet, ils ne voient pas l'intérêt de refaire de fond en comble un logement pour une personne qui peut-être ne va y rester encore que quelques années, ou alors plus souvent qui n'a pas les moyens ni les aides pour entreprendre ces travaux :

V5 : « Excellent, trop bien mais c'est trop compliqué par rapport aux besoins et surtout aux moyens : ils changent la maison, ça c'est trop. Ça donne une idée, souvent on ne l'utilise pas, on voit la maison idéale et après on fait ce qu'on peut. Leurs évaluations n'ont pas abouti à quelque chose : trop compliqué. »

2.7.4 Le passage en EHPAD, une aide en sortie d'hospitalisation



N = 16

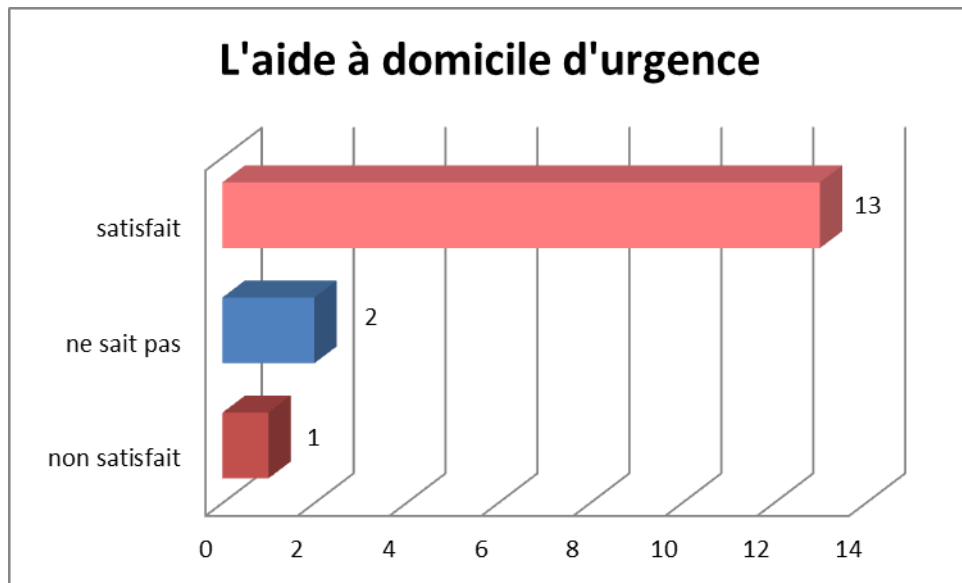
Les médecins généralistes interrogés étaient tous très enthousiastes quant au passage en EHPAD en sortie d'hospitalisation. Ils y voient un tremplin entre l'hospitalisation et le retour domicile, un moyen de temporiser les choses pour laisser aux soignants et aux proches le temps de s'organiser :

V11 : « Ça laisse le temps de s'organiser »

Cependant, un médecin a émis quelques craintes quant au nombre de places disponibles en EHPAD et à la possibilité de la réalisation effective de ce projet :

V22 : « Ca peut être bien. Après, le problème des EHPAD c'est qu'il n'y a pas énormément de places, que ça coûte cher. Je ne suis pas sûre que l'EHPAD puisse sécuriser la personne. En sortie d'hospitalisation, s'ils vont en EHPAD ils vont déprimer. »

2.7.5 L'aide à domicile d'urgence, une attente des généralistes



N = 16

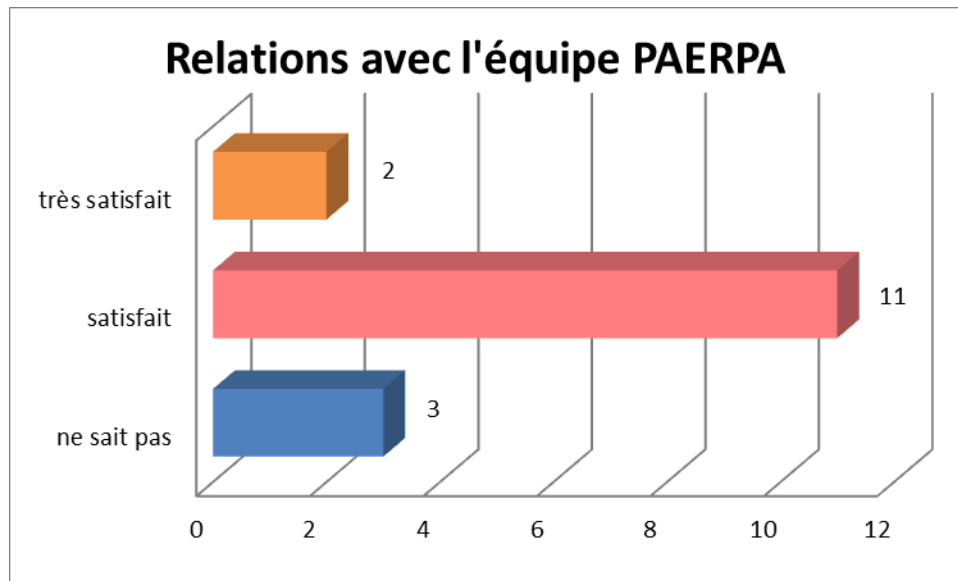
L'aide à domicile d'urgence n'ayant pas encore été mise en place à Nancy, aucun patient n'en avait bénéficié au moment de notre étude. Les médecins interrogés n'avaient donc aucun recul sur le bénéfice réel que cela pourrait apporter dans leur pratique, ni celui que leurs patients pourraient en tirer. Cependant, en les interrogeant, ils nous ont partagé les pratiques qu'ils avaient déjà pour mettre en place ces aides eux-mêmes :

V20 : « On arrive à avoir des toilettes assez rapidement avec les SSIAD, mais malgré tout si on pouvait passer par cette plateforme, ça serait bien. »

Ainsi que leurs attentes quant à ce projet :

V23 : « Ça me sauverait. Ça sauverait les gens. »

2.8 De bonnes relations avec l'équipe PAERPA



N = 16

Les médecins généralistes interrogés ont trouvé dans la CTA un interlocuteur compétent et disponible, qui cible les problématiques, fluidifie les démarches :

V9 : « C'est bien d'avoir quelqu'un au téléphone et d'expliquer le cas, elle voit tout de suite ce qui va, ce qui ne va pas. »

V23 : « C'est eux qui vont coordonner l'ensemble des démarches qui vont être réalisées. On s'envoie des idées, il y a une émulation. »

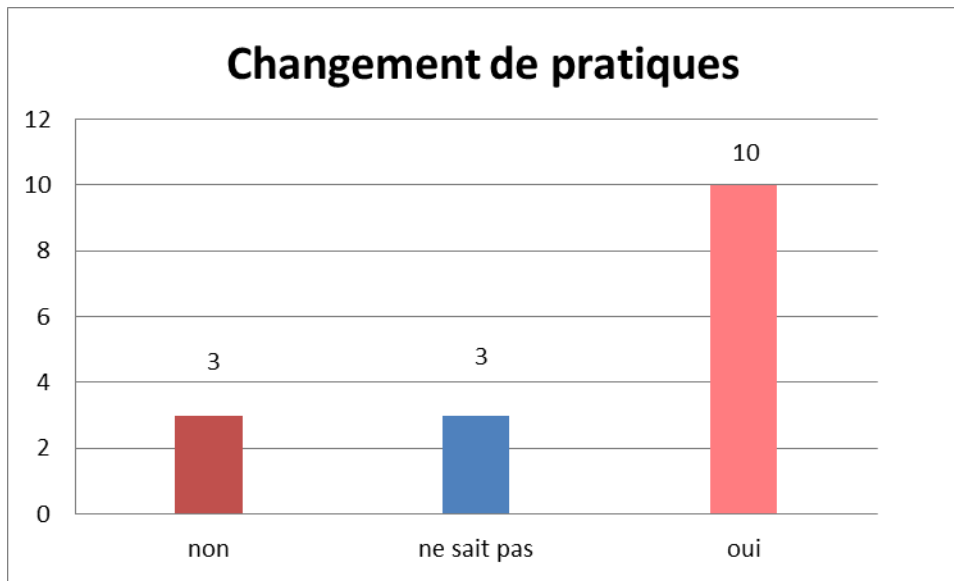
Cependant, tous n'ont pas encore saisi les situations où il était nécessaire d'appeler le réseau, et celles qui nécessitaient plutôt une inclusion PAERPA, les deux pouvant être complémentaires :

V4 : « Moi j'appelle toujours le RGC et c'est eux qui balancent l'appel »

Le seul point qu'un médecin déplore est l'absence de compétences dans les problèmes urgents :

V21 : « Globalement la notion d'urgence ne fait pas vraiment intervenir leurs compétences à eux. »

2.9 Des pratiques qui changent avec le PAERPA



N = 16

Plus qu'un changement véritable des pratiques professionnelles, le PAERPA est un apport de nouveaux services pour les patients et un système d'intégration des services déjà présents sur le territoire :

V9 : « Je n'aurais jamais demandé d'ergo ni de gym à domicile. On m'a proposé ça et je trouvais que c'étaient des bonnes idées. »

V11 : « Grâce au PAERPA on fait des choses que je n'aurais pas eu le temps de faire, moi je ne suis pas assistante sociale et je considère que ce n'est pas mon travail. Il y a des choses que je n'aurais pas faites et qui ont été faites grâce au PAERPA. »

V19 : « Avant je n'aurais pas fait, j'aurais demandé aux gens d'appeler l'infirmière ou aux enfants, donc je n'aurais pas fait. »

Le PAERPA n'apparaît pas comme un vecteur des changements de pratiques professionnelles

V19 : « Donc, qu'est-ce que ça a changé pour moi, je ne sais pas. Le temps passé à la prescription, ça n'a pas changé, alors peut-être que ça a été plus vite, mais qu'est-ce qu'ils ont fait que j'aurais dû faire et que je n'ai pas fait, je ne sais pas. Non ça n'a rien changé dans ma pratique. »

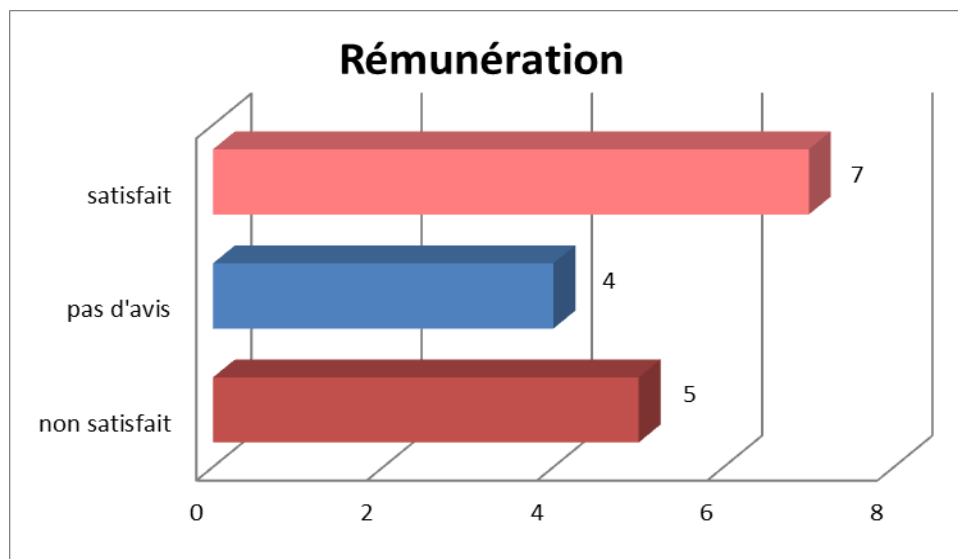
Mais plus comme une aide au service des patients et des familles :

V10 : « Ça aurait été la démarche plus habituelle : évaluation par le Conseil Général. On l'aurait fait de toute façon. Après, ça aurait peut être pris plus de temps, la famille se serait sentie moins soutenue... »

Enfin, le PAERPA peut permettre au généraliste de prendre progressivement sa place dans la prévention de la fragilité en exerçant son repérage et dans la coordination des soins de proximité :

V21 : « D'autres patients que j'ai repérés comme fragiles se seraient probablement plus dégradés si on n'avait pas mis en place ça. Ça permet d'ouvrir une porte sur le quotidien des gens, et de se rendre compte en faisant le repérage de la fragilité que les gens ne font pas la demande par rapport à la perte d'autonomie. Ça permet d'ouvrir le dialogue sur ce point-là, ce n'était pas possible avant puisqu'on n'avait pas d'approche. Ça a changé mon approche parce que j'ai un œil différent avec la grille de repérage et les patients ont une autre approche parce que j'ai quelque chose à leur proposer. »

2.10 Un avis partagé sur la rémunération



N = 16

La plupart des médecins interrogés ne savaient pas quelle était la rémunération et ne l'avaient pas demandée. En tous cas aucun ne l'avait touchée.

V19 : « Je ne sais pas, je ne sais pas quand il faut le faire.»

Certains ne considéraient pas la rémunération comme nécessaire dans leur adhésion au concept PAERPA :

V4 : « Moi je ne veux rien, on fait tellement de bénévolat toute l'année, ce n'est pas ça qui va changer notre vie. On ne regarde pas si le virement est fait. »

Pour d'autres, ce qu'ils allaient toucher n'avait aucune importance :

V21 : « Je m'en fiche complètement, ça va pas m'inciter à aller repérer des gens. »

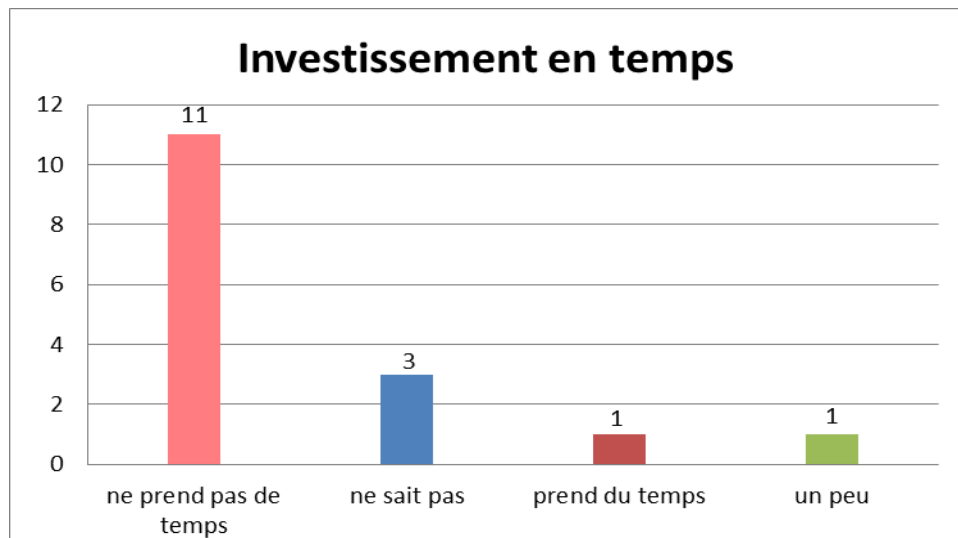
D'autres par contre étaient satisfaits de la rémunération. Ce forfait correspondait selon eux à l'investissement nécessaire et permettait surtout de reconnaître des tâches habituellement non rémunérées :

V10 : « C'est bien de rémunérer la charge administrative qu'il y a en plus, parce que ça prend quand-même beaucoup de temps. »

Enfin, certains considéraient que cela n'était pas suffisant :

V21 : «Vu le temps nécessaire, ça devrait être rémunéré plus si on voulait être rémunéré correctement. »

2.11 Un gain de temps pour les généralistes



N = 16

Globalement, les médecins généralistes ont trouvé que l'inclusion et la formation du PPS leur prenait pas mal de temps :

V20 : « C'est la première prise de contact où il faut passer un bon quart d'heure au téléphone, mais bon c'est des entretiens qui sont relativement rapides. »

Mais la prise en charge des personnes âgées étant complexe, ils ont constaté qu'à terme, cet investissement premier en termes de temps leur en faisait gagner ultérieurement, car ils trouvaient dans la CTA un soutien, et celle-ci réalisait certaines choses à leur place.

V21 : « C'est chronophage au moment où on le met en place, mais c'est un gain de temps pour la suite. C'est s'épargner du temps dans l'urgence ou dans des situations critiques pour les patients. »

V22 : « Ça durait beaucoup plus longtemps parce qu'on n'avait pas les bons interlocuteurs. »

V23 : « Je n'ai pas l'impression de gagner du temps, j'ai l'impression de gagner en qualité. »

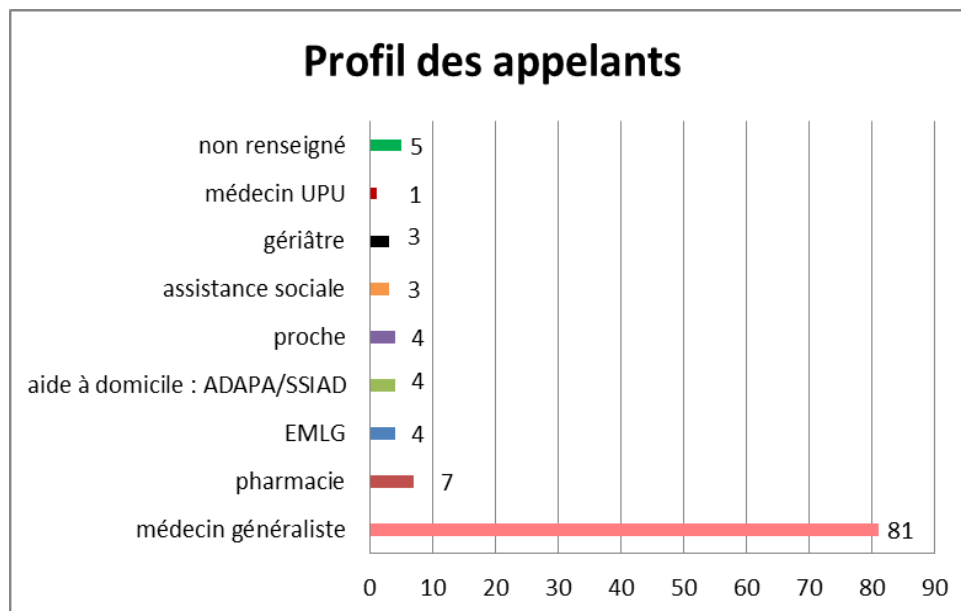
2.12 Le repérage de la fragilité

Bien que la question n'ait pas été posée dans notre questionnaire, un médecin m'a fait part du changement de regard sur la fragilité que le PAERPA lui avait apporté dans sa pratique, et comment elle avait pris l'habitude de raisonner depuis :

V21 : « J'ai vraiment compris le fonctionnement, la grille de repérage, les items du PPS à la réunion de l'URPS et donc maintenant je les fais toute seule. Quand je repère une personne, je la repère pas avec les grilles dans les mains, je la repère en me disant "Tiens celle-là elle m'a interpellée", après je la score en temps réel, une fois que dans ma tête ça a fait tilt sur le repérage, je la score vraiment pour voir si on est vraiment dans le bon cadre, et puis une fois que le repérage est fait, j'ai fini par connaître par cœur les moyens mis en œuvre par le PPS et maintenant, parallèlement à la grille SEGA je fais ce que je veux, et puis une fois que c'est fait j'appelle la CTA, je les aide à alimenter le dossier informatique et après elle me sort le PPS que je n'ai plus qu'à valider. »

3 Résultats issus des appels à la CTA

3.1 Les médecins généralistes, appelants principaux



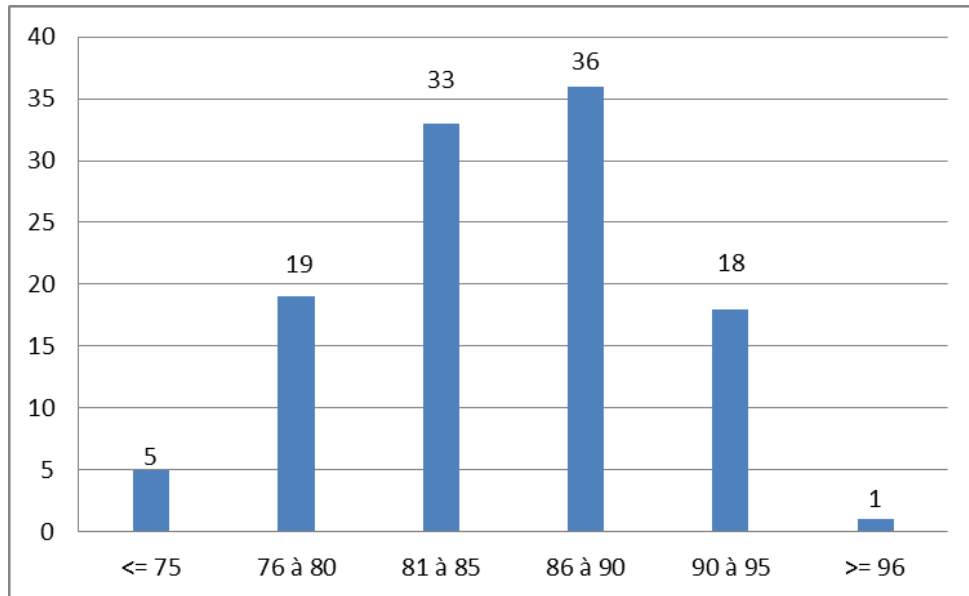
N = 112

84 % des appels passés à la CTA et ayant abouti à la mise en place d'un PPS l'ont été par le médecin traitant.

Si l'on compare avec les modes d'inclusion des patients dans le RGC lors de l'année 2014, 24% des demandes d'inclusion seulement proviennent de professionnels de santé (qu'ils soient médecins, IDE...). Sur les 502 personnes nouvellement incluses durant l'année, seules 121 l'ont été par un professionnel de santé.

3.2 Profil des personnes repérées

3.2.1 Age



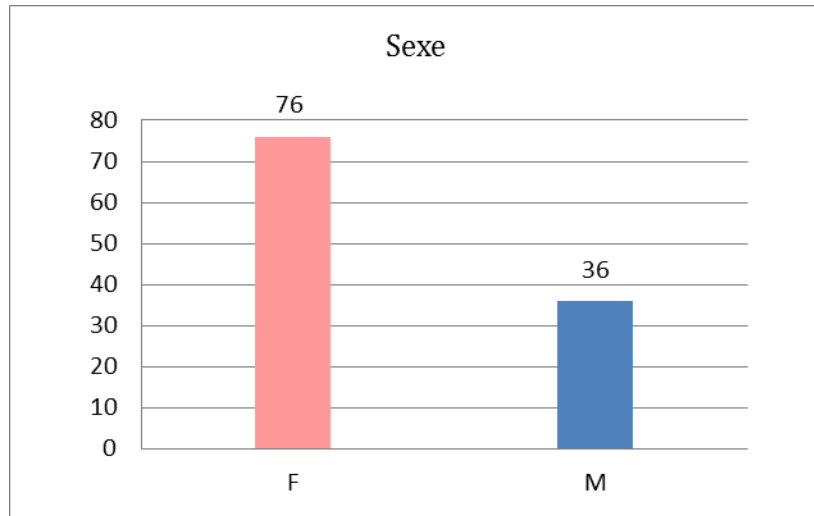
N = 112

Notre échantillon de 112 patients a une moyenne d'âge de 85 ans avec un écart-type de 5 ans. La médiane sur l'échantillon est de 85 ans.

La moyenne d'âge des femmes est 85,16 ans avec un écart-type de 5,36 ans et une médiane à 85 ans. L'âge maximal est de 98 ans et minimal de 72 ans.

Les 32 % d'hommes ont également une moyenne d'âge de 85,14 ans avec un écart-type de 5,37 ans, un âge maximal de 93 ans et minimal de 73, une médiane à 85 ans.

3.2.2 Une population majoritairement féminine

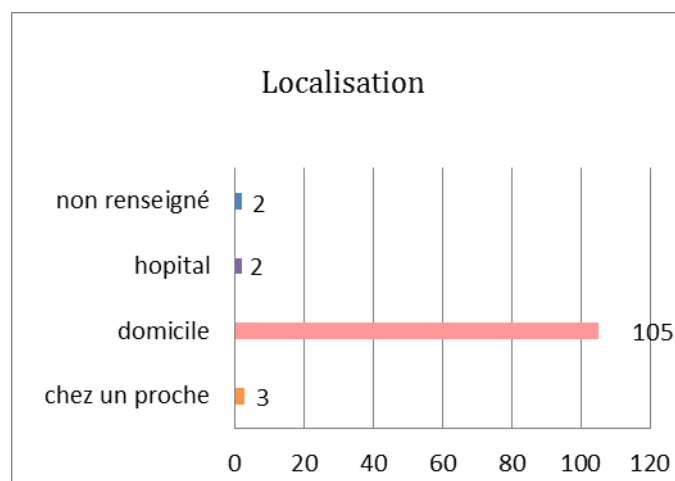


N= 112

L'échantillon est majoritairement féminin avec 68 % de femmes.

Si l'on compare notre échantillon majoritairement féminin (68%) avec les chiffres d'activité du RGC pour 2014, c'est la même moyenne (68,5% de femmes dans la file active du RGC en 2014, c'est-à-dire le nombre de patients suivis par le RGC au cours de l'année 2014). C'est une proportion légèrement supérieure à la proportion de femmes dans la population de plus de 75 ans de la CUGN (66%).

3.2.3 Une population qui vit seule à domicile



N = 112

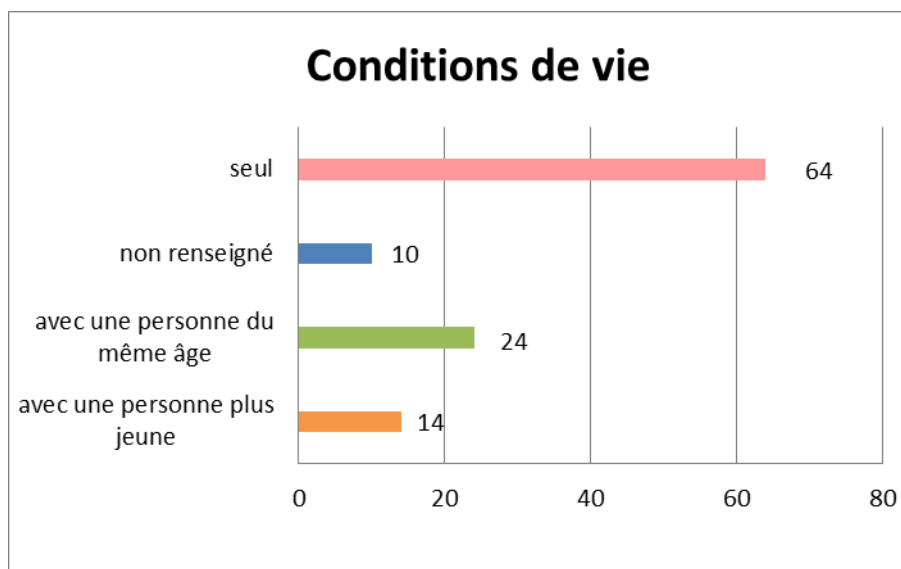
94% des personnes repérées sont à domicile. Dans les 6% qui restent, on note trois patients vivant chez un proche, ce qui nous fait donc un total de 96,6% vivant à domicile. Deux personnes étaient hospitalisées au moment du repérage, mais on ne dispose pas de leur origine exacte, tandis que pour deux personnes, la localisation n'est pas renseignée.

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes : 71 femmes sur 76 vivent à domicile, c'est-à-dire 93,4% des femmes et 34 hommes sur 36, c'est-à-dire 94,4%.

Cette proportion est légèrement supérieure à la proportion des patients de plus de 75 ans de la CUGN vivant à domicile (90%).

Aucune personne âgée repérée pour l'instant ne résidait en EHPAD or au 1^{er} janvier 2012, 9% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent en EHPAD en France.

Si l'on compare avec l'activité du RGC sur l'année 2014, 92,2% des patients inclus provenaient du domicile, tandis que 7,8% provenaient de l'hôpital. Or une plus grande proportion de personnes était repérée lors d'une hospitalisation, en effet 20,3% des appels ayant abouti à l'inclusion d'un patient dans le RGC pour l'année 2014 provenait d'un professionnel exerçant dans un établissement de santé.

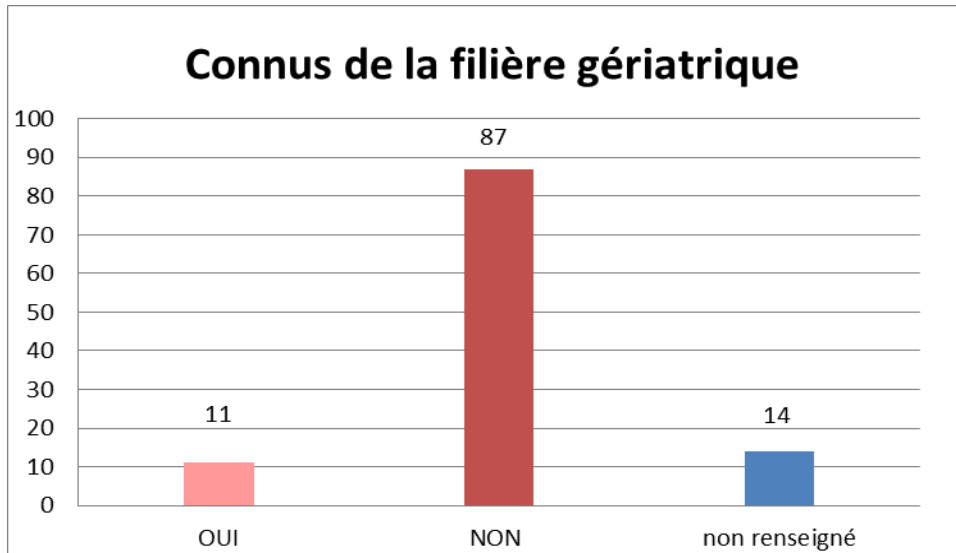


N = 112

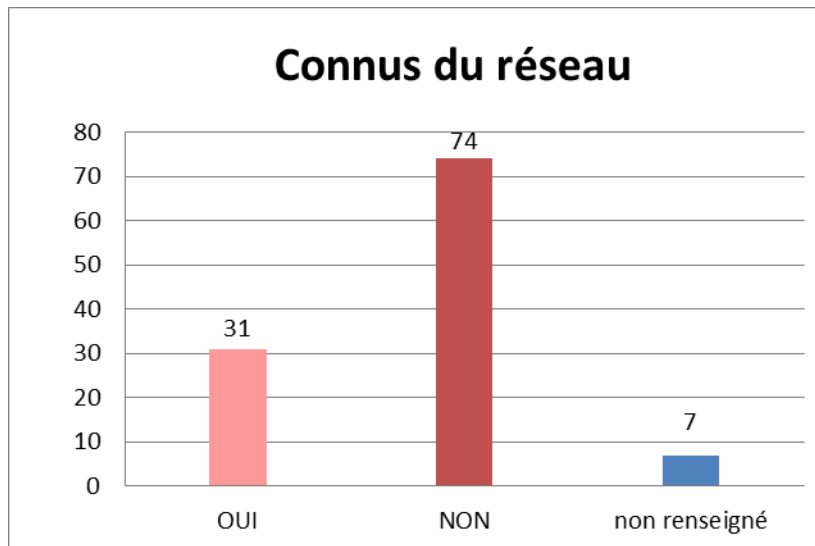
Dans notre échantillon, 57,5% des patients vivent seuls à domicile, tandis que 21% vivent avec une personne du même âge et 12% avec une personne plus jeune.

Cette proportion est plus élevée que celle de la CUGN où 55% des femmes et 21% des hommes vivent seuls.

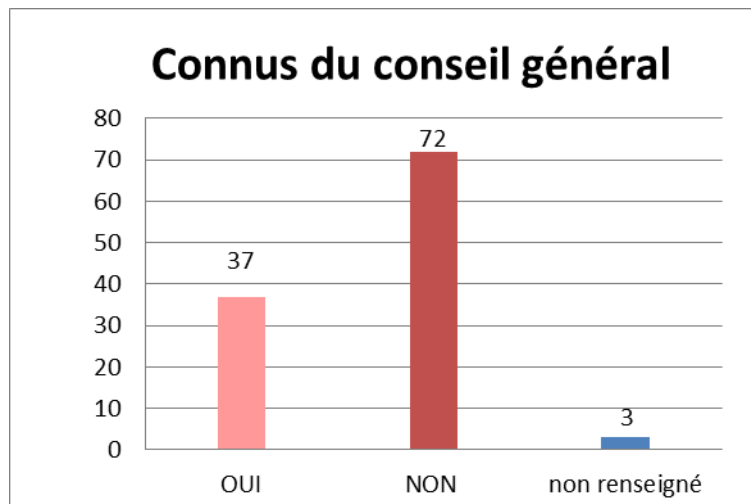
3.2.4 Des patients non connus de la filière gériatrique mais un tiers des patients connus du réseau ou du conseil général



N = 112



N = 112



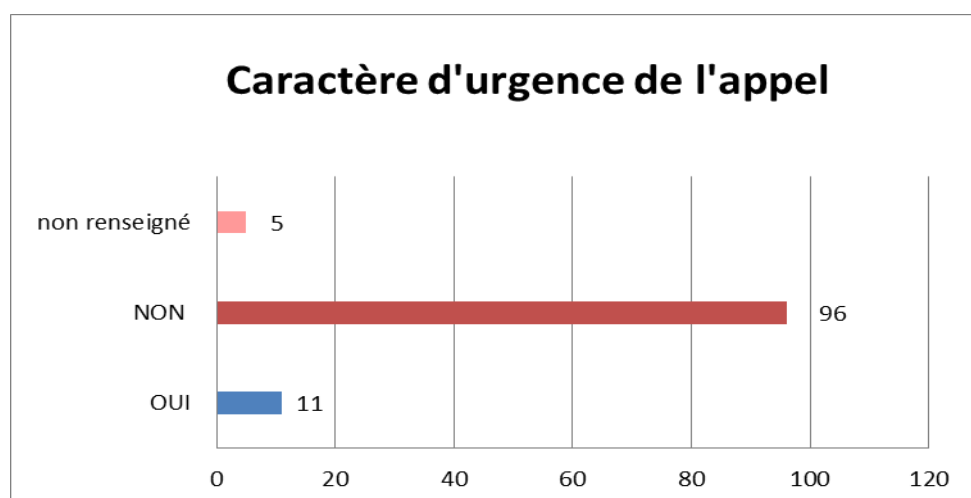
N = 112

On note que 77% des patients ne sont pas connus de la filière gériatrique, tandis que 67% des patients ne sont pas connus du réseau et 65% ne sont pas connus du conseil général.

Dans les 11% des patients connus de la filière gériatrique, les 27 % des patients du réseau et les 32% connus du conseil général, 3 patients sont connus à la fois du Conseil Général, du réseau et de la filière gériatrique, un patient est connu à la fois de la filière et du conseil général, 2 par la filière et le réseau et 12 par le réseau et le conseil général.

3.3 Caractéristiques de l'appel

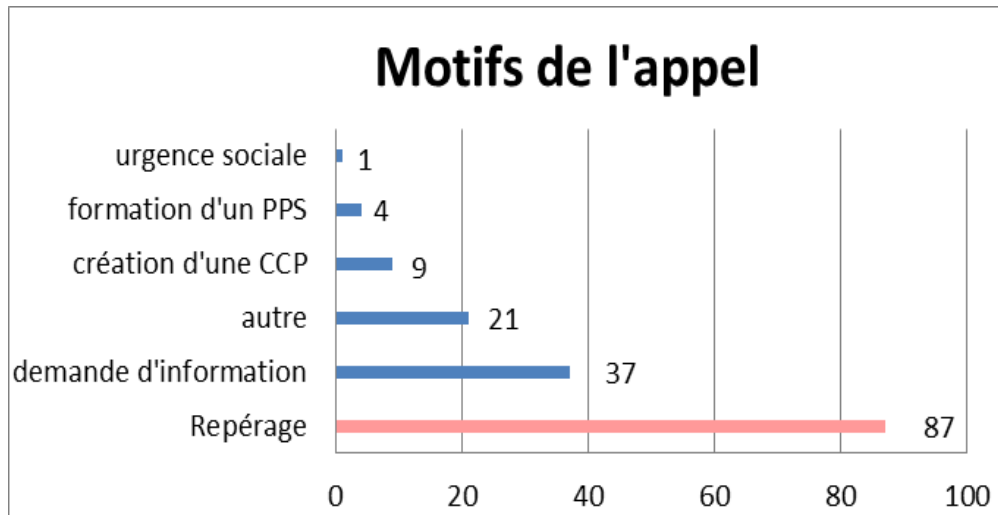
3.3.1 Des appels sans caractère d'urgence



N = 112

85% des appels passés à la CTA et ayant abouti à la formation d'un PPS ne revêtent pas de caractère d'urgence, tandis que 9,8% sont pour un motif urgent.

3.3.2 Le repérage, motif principal des appels



N = 159

Chaque appel passé à la CTA résulte de 1,42 motif.

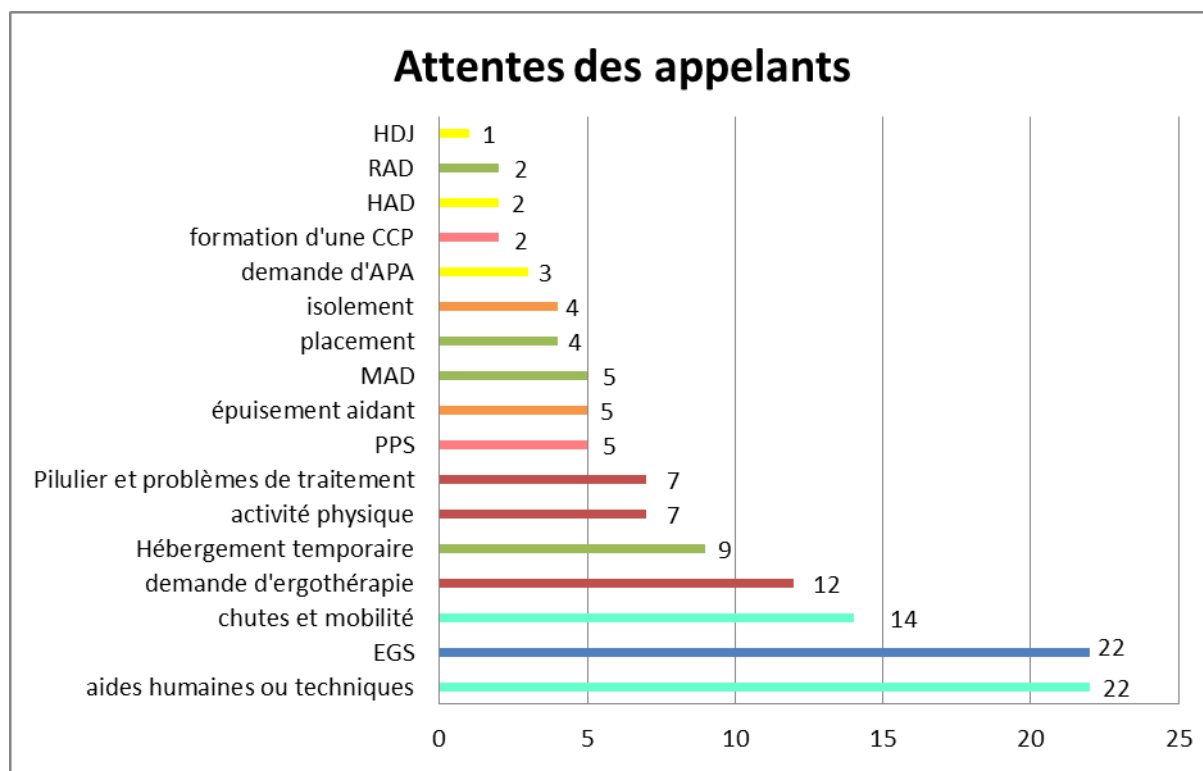
77,6% des appels reçus sont dans un but de repérage et d'inclusion dans le PAERPA, c'est-à-dire plus des trois-quarts des appels reçus.

Dans 33% des appels, il y a une demande d'information de la part de l'appelant.

Dans 11,6% des cas, il y avait une demande spécifique par rapport aux outils apportés par le PAERPA (formation d'une CCP ou création d'un PPS).

Dans les 21 cas (13,2%) où le motif de l'appel est « autre », on constate que les attentes sont : une demande d'hébergement temporaire (4), des aides à domicile (5), une demande de soulagement de l'aidant (3), une réévaluation globale de la situation (1), une demande d'HAD (2), une demande d'ergothérapeute (1), de pilulier (1), des problèmes de chute (1) et d'isolement (1) ou des problèmes en sortie d'hospitalisation (3).

3.3.3 Les attentes des appelants : des EGS et la mise en place d'aides



N = 126

Les appelants ont donc 1,12 attente lorsqu'ils appellent la CTA.

L'attente principale : les aides humaines et techniques (17,4%) et la demande d'EGS (17,4% également).

Demandes concernant les services procurés par le PAERPA : ergothérapie (10,7%), activité physique adaptée (6,25%) et pilulier intelligent (1,6 %).

Demandes concernant des problèmes de chutes et mobilité (11,1 %), ou des problèmes de traitements autres que le pilulier (3,97%).

5,5% de demandes d'outils de coordination (CCP et PPS) spécifiques du PAERPA.

7,1% de demandes d'hébergement temporaire.

Les autres demandes sont minimales et très diverses (HAD, RAD, HDJ), demandes d'allocation personnalisée d'autonomie, placement et MAD)

4 Résultats issus des PPS

4.1 Les PPS formés, 40% des appels issus de la CTA

112 PPS ont été réalisés par inclusion après un appel à la CTA. En intégrant les PPS transposés à partir du RGC, nous atteignons 279 PPS. 40% des PPS créés l'ont donc été à partir d'un appel à la CTA.

En comparant les objectifs fixés par l'ARS de 3000 PPS à la fin décembre 2016, avec les 279 PPS créés nous atteignons 9,3% de l'objectif. Si l'inclusion suit un modèle linéaire, nous atteindrons 38,7% de l'objectif fixé fin 2016.

Si l'on compare à l'activité du RGC sur l'année 2014, 502 nouvelles personnes ont été incluses dans le RGC, dont 465 ont fait l'objet d'un PPS. Si l'on considère que les inclusions ont été uniformes sur l'année (c'est-à-dire 232,5 PPS créés sur 6 mois d'activité dans l'année 2014), la création de PPS par le PAERPA atteint 48% de l'activité du RGC sur 6 mois.

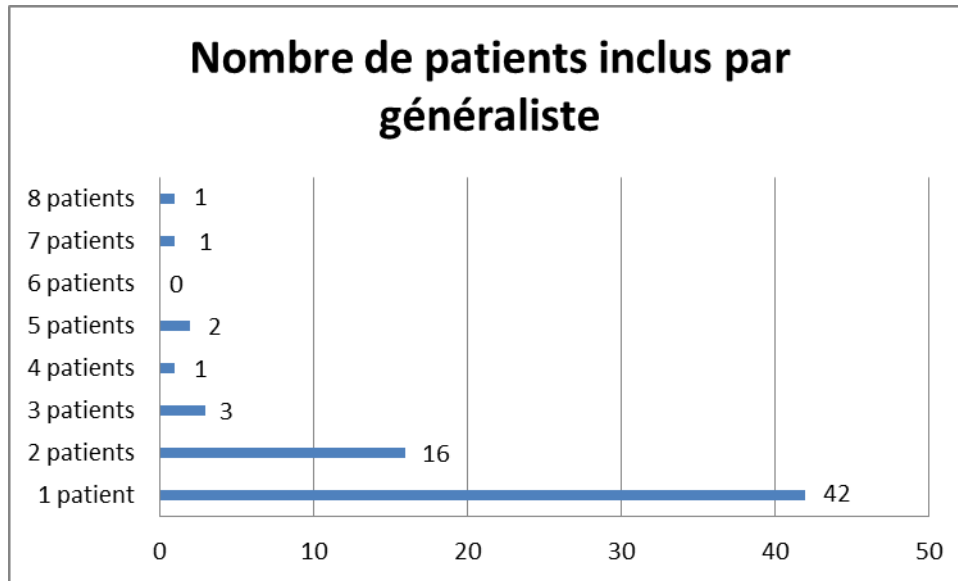
4.2 Caractéristiques des médecins généralistes ayant inclus des patients

4.2.1 Un généraliste de la CUGN sur cinq ayant inclus des patients

66 généralistes sur les 332 médecins généralistes de la CUGN ont inclus les 112 patients de notre étude, c'est-à-dire 20% de cette population médicale

Sachant qu'au 3 avril 2015, 176 médecins généralistes du territoire de la CUGN avaient été sensibilisés, 37,5% de ces médecins qui venaient d'être sensibilisés avaient déjà inclus un patient.

4.2.2 Une moyenne de 1,7 inclusion par généraliste

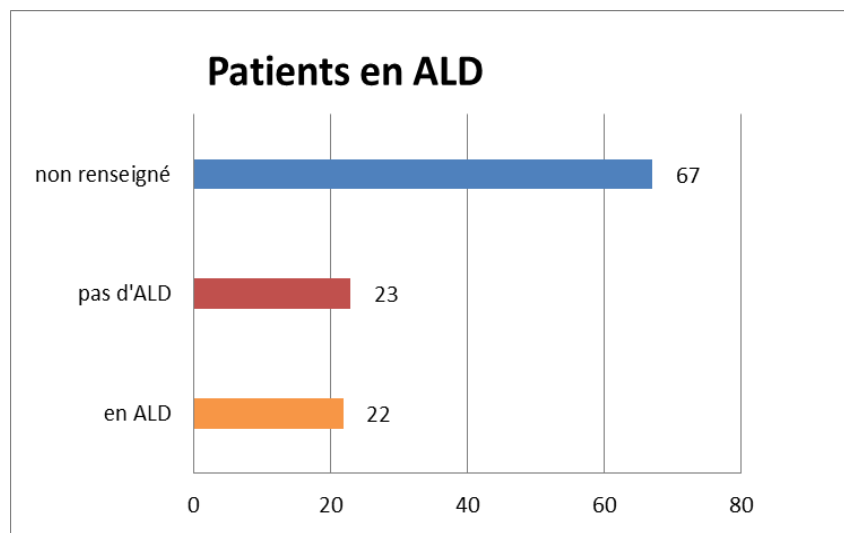


N = 66

En moyenne, 1,7 patient inclus par médecin généraliste

4.3 Caractéristiques des personnes âgées incluses

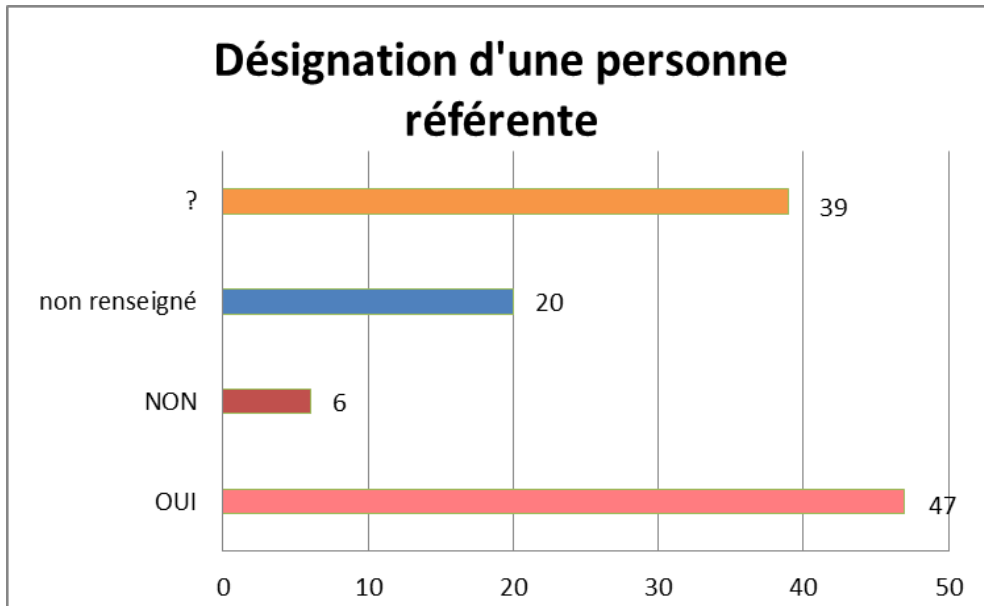
4.3.1 Des ALD peu renseignées



N = 112

60% des PPS non renseignés ; 20,5% des patients sans ALD et 19,5% en ALD.

4.3.2 Des patients n'ayant pas désigné de personne référente

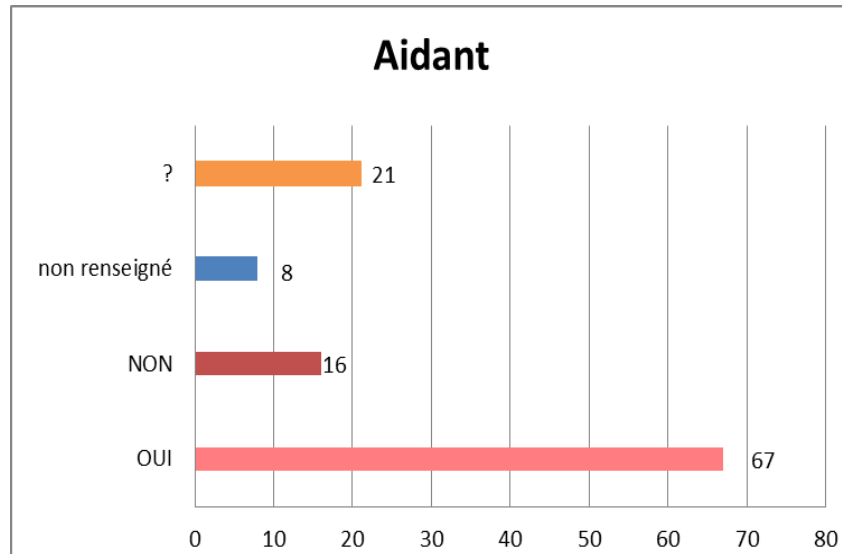


N = 112

La personne référente est associée au PPS avec l'accord du patient et n'y est impliquée qu'en cas d'impossibilité de la part du patient de s'exprimer sur ses préférences et ses priorités.

42% des PPS sont renseignés sur la personne référente, tandis que 52,7% sont non renseignés ou non connus. Dans ces 52,7%, 34,8% représentent des situations dans lesquelles de plus amples investigations sont nécessaires. Dans les 5,3% restants elle est absente.

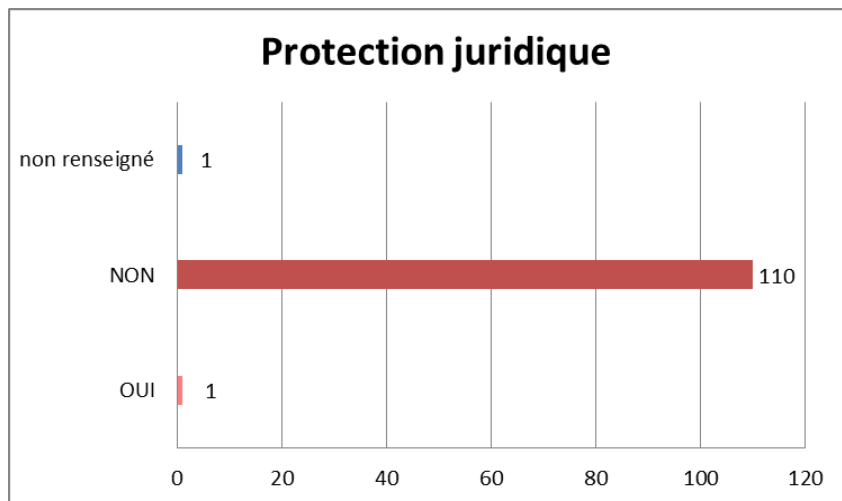
4.3.3 Plus de la moitié des patients ont un aidant



N = 112

Dans 59,8% des cas, l'aidant est présent et renseigné. Dans 24% il est non renseigné ou nécessite de plus amples investigations et dans 7% non renseigné. Enfin dans 14,2% des cas il est inexistant.

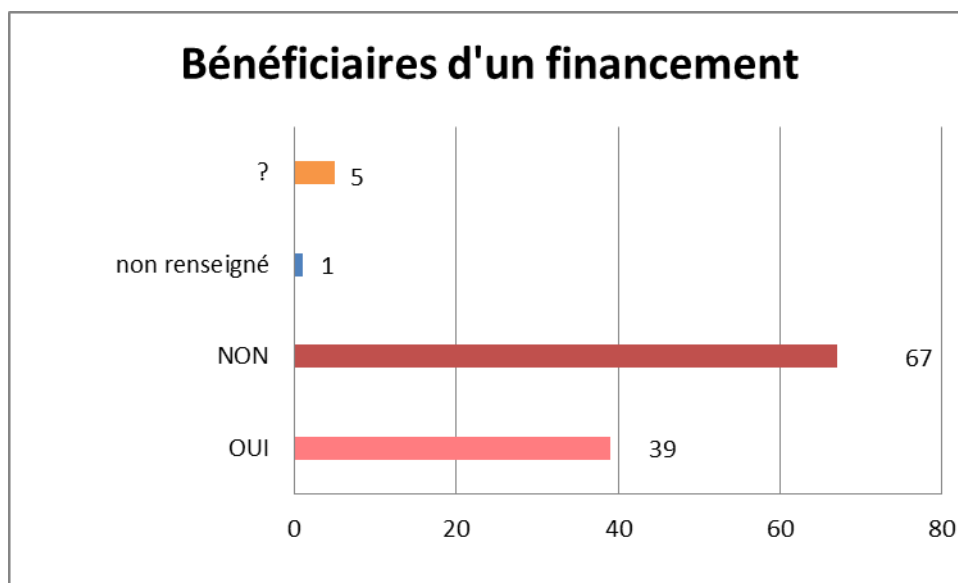
4.3.4 Des patients sans protection juridique



N = 112

Cela fait 98,2% des patients ne sont pas sous protection juridique.

4.3.5 Un tiers des patients bénéficiant d'un financement



N = 112

Parmi les 106 patients dont la situation est renseignée, 63,2% des patients ne sont pas bénéficiaires d'une aide financière.

Dans 36,8% des cas renseignés en revanche, ils sont bénéficiaires d'une aide, que ce soit l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou l'aide sociale. Sachant que seule 0,4% de la population âgée de plus de 60 ans est bénéficiaire de l'aide sociale selon l'INSEE, la majorité de ces 36,8% est donc bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

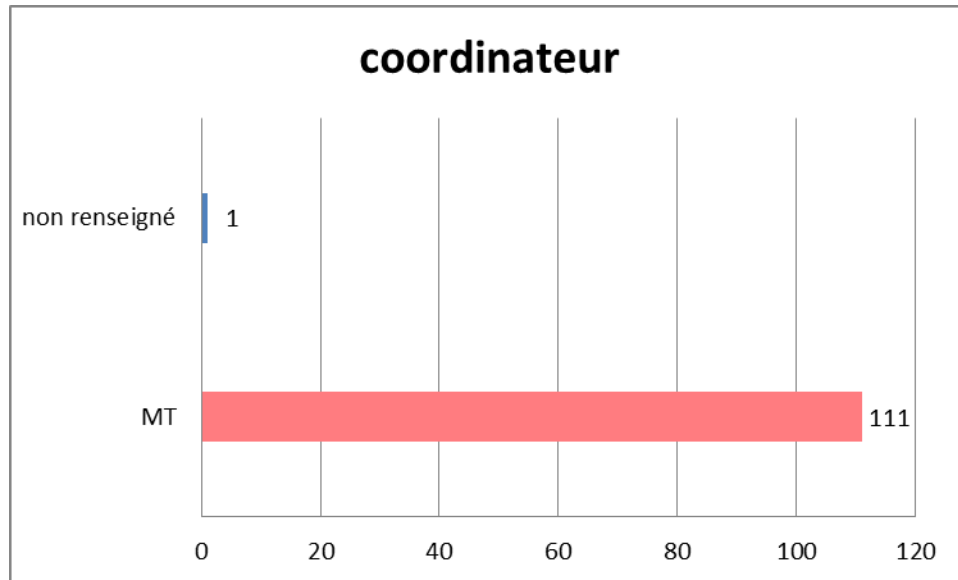
Si l'on compare aux chiffres de l'INSEE de fin 2013, en France métropolitaine 20,6% des personnes âgées de plus de 75 ans bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie que ce soit au domicile ou en établissement, et 12,6% des personnes âgées de plus de 75 ans résidant à domicile.

Sur le territoire de la Meurthe-et-Moselle, les chiffres sont légèrement plus élevés avec 22% des personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et 13,5% des personnes vivant à domicile.

Dans 5 % des cas, leur situation n'est pas renseignée ou nécessite une investigation supplémentaire.

4.4 Constitution de la CCP

4.4.1 Le médecin traitant, coordinateur de la CCP



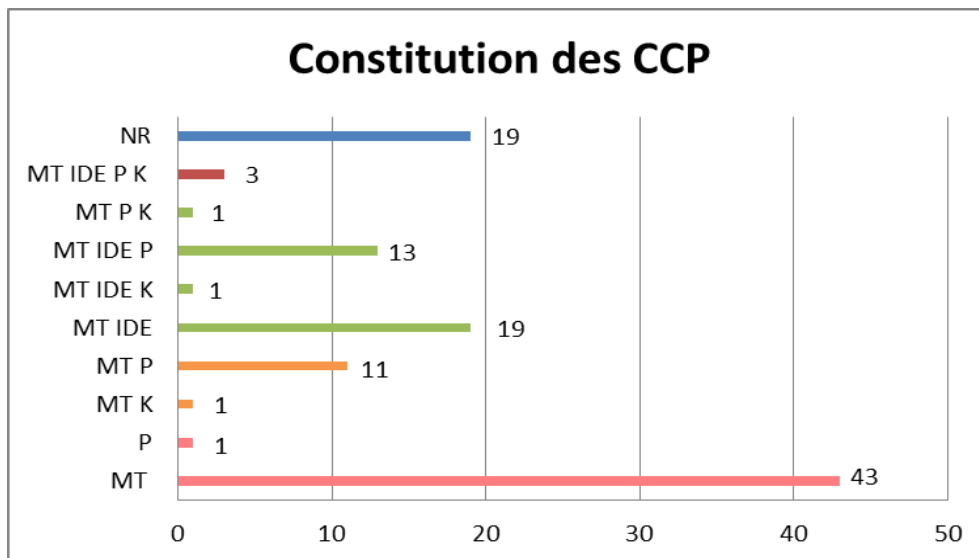
N = 112

Le médecin traitant est donc à 99% le coordinateur de la CCP.

4.4.2 Un dixième de situations complexes

13 PPS ont bénéficié de l'appui d'un second coordinateur car ils étaient trop complexes pour être gérés par le médecin généraliste seul, c'est-à-dire 10% des situations.

4.4.3 Des CCP peu étoffées



MT = Médecin Traitant
K = Kinésithérapeute
IDE = Infirmière Diplômée d'Etat
P = Pharmacien

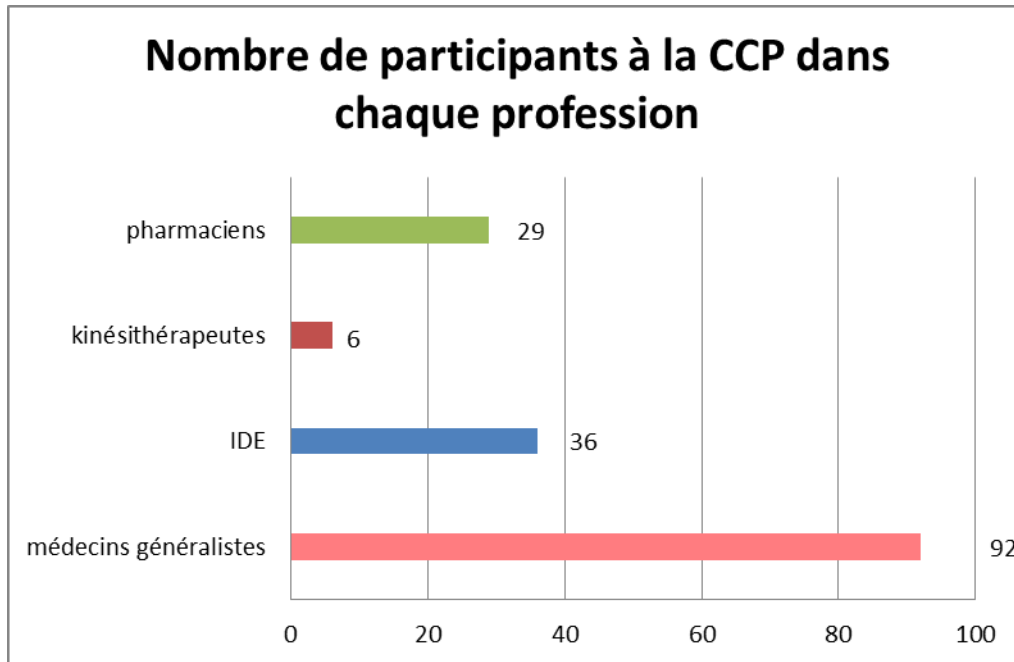
Total de participants : 163

Ratio de participants par personne âgée : 1,5

Si l'on exclut les 19 CCP non renseignées, on a un ratio de 1,75 participant à la CCP par PPS. Toujours en excluant les 19 CCP non renseignées (c'est-à-dire 17% des cas), on a pour les 93 restantes une proportion de 47,3%, dans laquelle un seul acteur participe à la CCP (dans 97% de ces cas c'est le médecin traitant.).

Dans 33,3%, deux acteurs constituent la CCP avec à chaque fois le médecin traitant. Dans 16,2%, trois acteurs et dans seulement 3,2% quatre acteurs.

4.4.4 Une implication hétérogène des acteurs de proximité



N = 163

Le taux de participation le plus élevé est atteint par les généralistes avec plus de la moitié des participants (56,4%) sur le total des participants aux CCP.

Viennent ensuite les IDE avec 22,1% de participation puis les pharmaciens avec 17,8% de participation et enfin les kinésithérapeutes avec 3,7%.

Le ratio de participation de chaque profession de santé par rapport au nombre de professionnels actifs sur le territoire de la CUGN donne donc une proportion de 27,7% pour les généralistes. En effet nous avons 92 médecins généralistes sur les 332 généralistes en activité qui ont participé à une CCP.

Pour les IDE : nous avons 36 IDE sur les 369 du territoire de Nancy, c'est-à-dire une participation de 9,8%.

Les 29 pharmaciens, représentent 27,1% des 107 pharmaciens en activité.

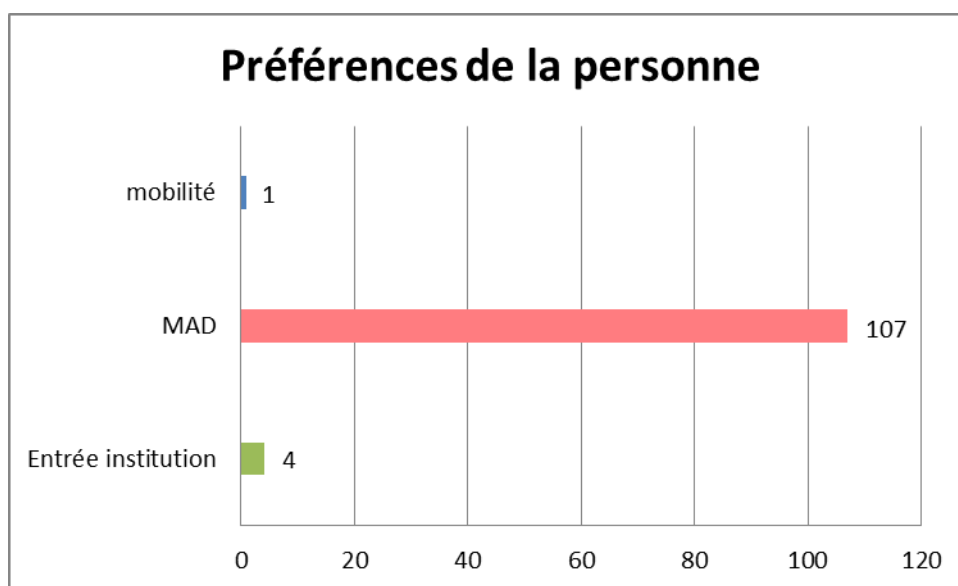
Enfin les 6 kinésithérapeutes représentent 2,3% de leur profession.

4.5 Le PPS

112 PPS ont été réalisés lors des 6 premiers mois de lancement du projet PAERPA.

4.5.1 La préférence des patients, le maintien à domicile

Selon les recommandations de l'HAS, celles-ci correspondent aux valeurs de la personne (par exemple : garder son autonomie, rester chez soi ou ne pas être hospitalisé en urgence).



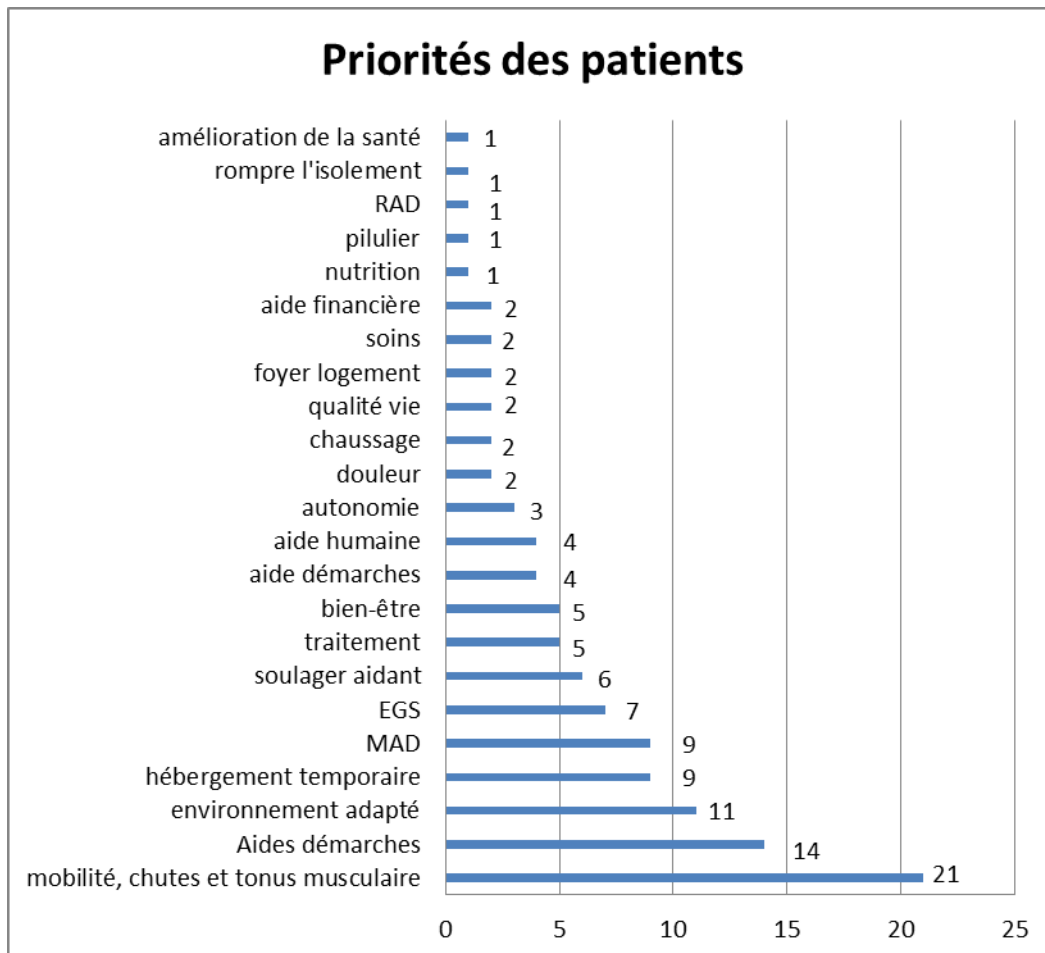
N = 112

Dans nos 112 PPS nous avons 95,5% des patients qui notent comme préférence le maintien à domicile et 0,9% l'entretien de la mobilité.

3,6 % des patients désirent une institutionnalisation.

4.5.2 La priorité des patients : les problèmes de mobilité

Les priorités des patients correspondent à des symptômes ou des maladies. Elles doivent être systématiquement prises en compte, même si elles ne correspondent pas aux priorités des soignants, car cela permettra l'adhésion du patient à son plan de soin.



N = 115

La première priorité des personnes est liée à la mobilité (18,75%), ensuite une demande d'aides (12,5%) et d'environnement adapté (9,6%). Viennent ensuite les problématiques de maintien à domicile et d'hébergement temporaire qui prennent les mêmes proportions 7,8%.

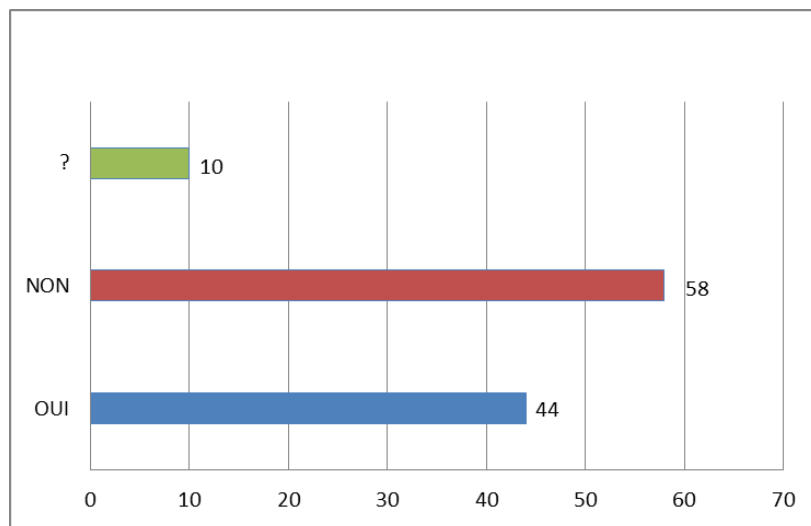
Au regard de chaque priorité exprimée par le patient, on constate qu'ont été mises en place des réponses appropriées et que chacune d'elles a été prise en compte.

4.5.3 La check-list des problématiques

La check-list est établie après l'évaluation réalisée par les acteurs de proximité. Elle cible les situations à problèmes qui sont cochées dans le PPS en fonction de leur existence ou non au moment de l'évaluation : réponse « oui/non ». Les problèmes qui nécessitent plus d'exploration sont notifiés par un « ? ».

Lors des étapes de suivi, cette check-list a vocation à être réalisée. Elle va évoluer en fonction de la situation, suivant que les problèmes ont été réglés ou non depuis la dernière réalisation du PPS et que d'autres problèmes sont apparus.

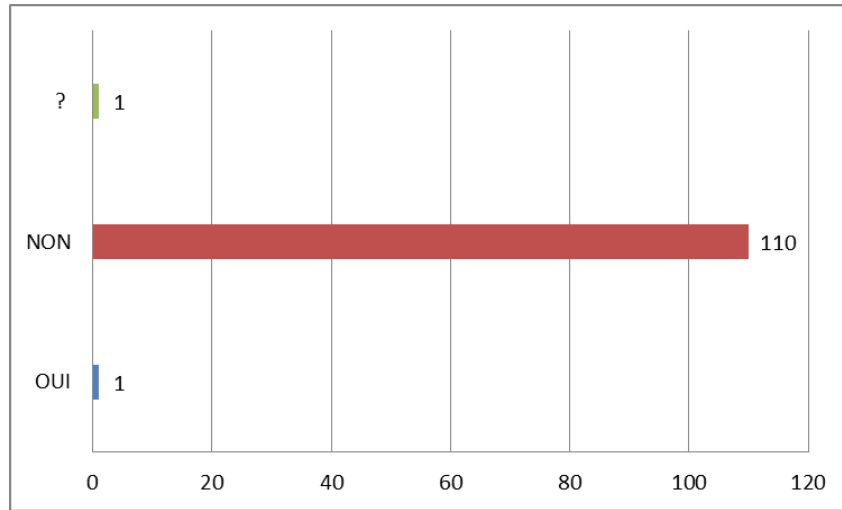
4.5.3.1 Problèmes liés aux médicaments



N = 112

39,3% des patients ont un problème lié aux médicaments et 8,9% nécessitent une évaluation supplémentaire sur ce point tandis que 51,8% n'en ont pas.

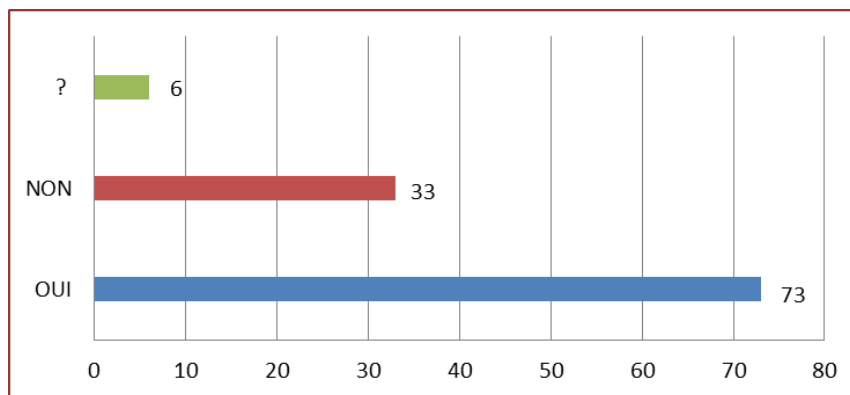
4.5.3.2 Problèmes d'organisation du suivi



N = 112

98,2% n'ont pas de problème de suivi.

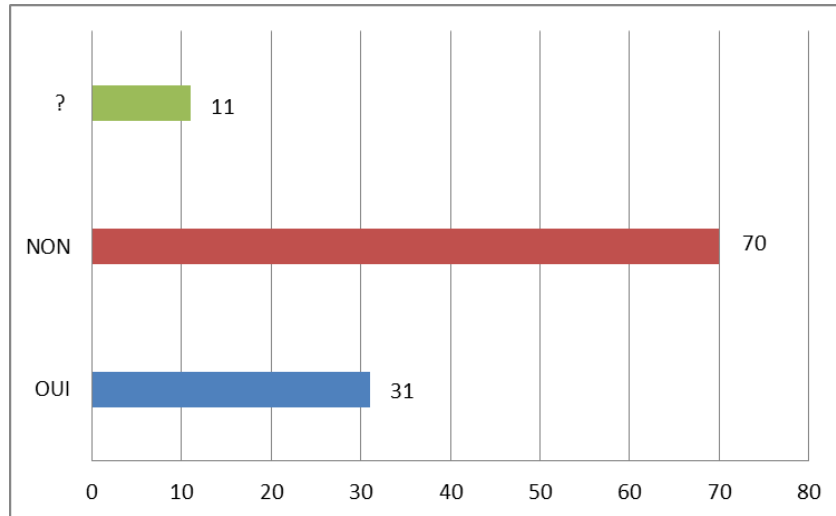
4.5.3.3 Problèmes de mobilité



N = 112

65,2% ont un problème de mobilité et 5,3% nécessitent de plus amples investigations tandis que 29,5% n'ont pas de problème.

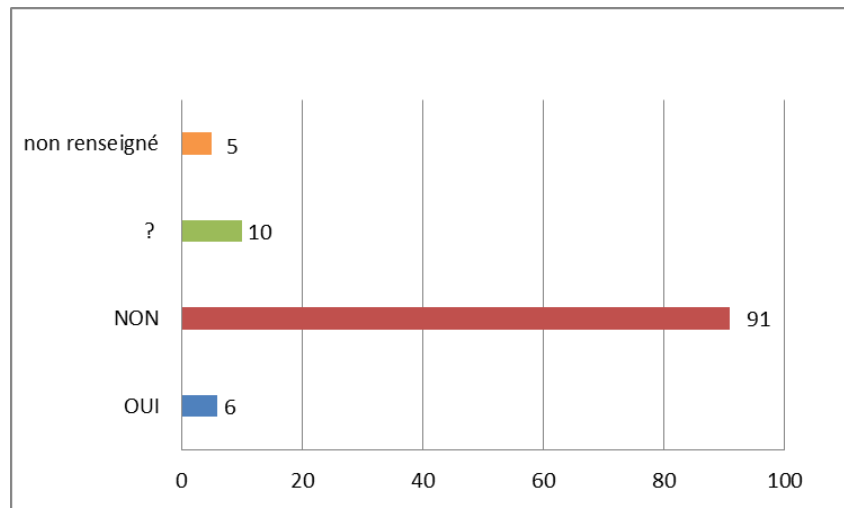
4.5.3.4 Problèmes d'isolement



N = 112

62,5% n'ont pas de problèmes d'isolement, tandis que 27,7% en ont et 9,8% nécessitent une exploration complémentaire.

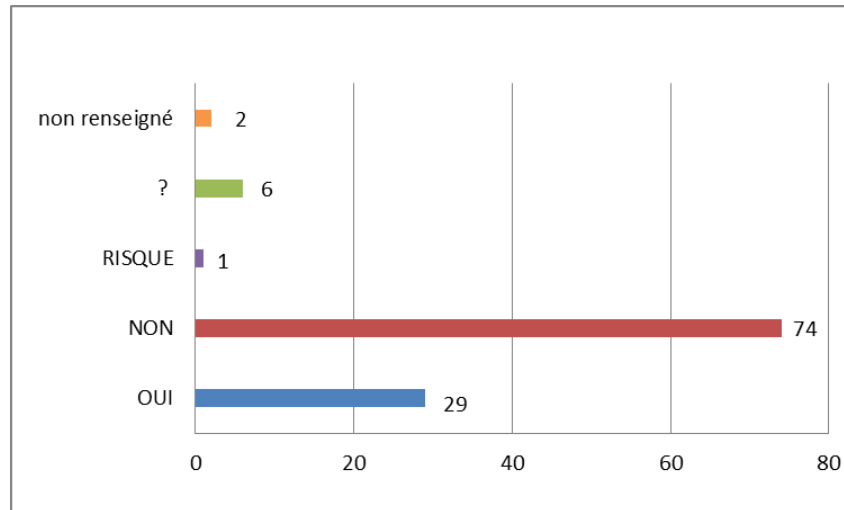
4.5.3.5 Problèmes de précarité



N = 112

81,2% des patients n'ont pas de problème de précarité tandis que 5,4% en ont. 8,9% nécessitent une plus ample évaluation et 4,5% ne sont pas renseignés.

4.5.3.6 Aidant en difficulté



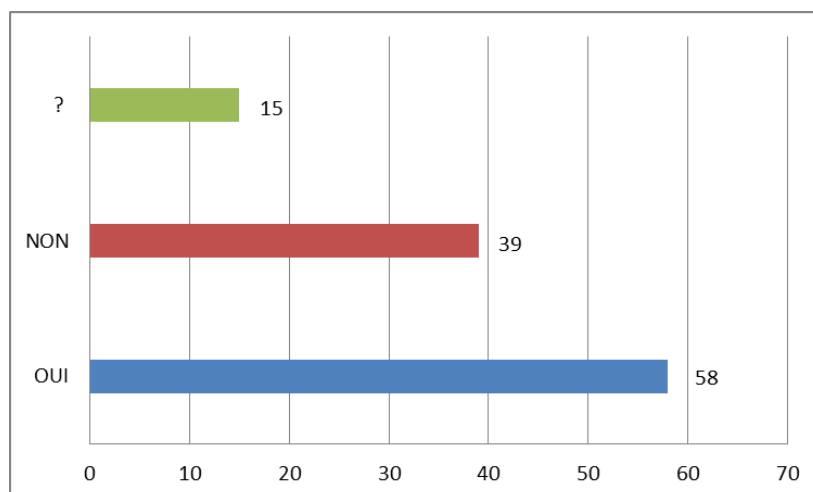
N = 112

67% des patients ne mettent pas leurs aidants dans la difficulté.

25,9% des aidants au contraire sont en difficulté, si l'on y inclut celui qui comporte un risque.

Dans 7,1% des cas la situation n'est pas connue

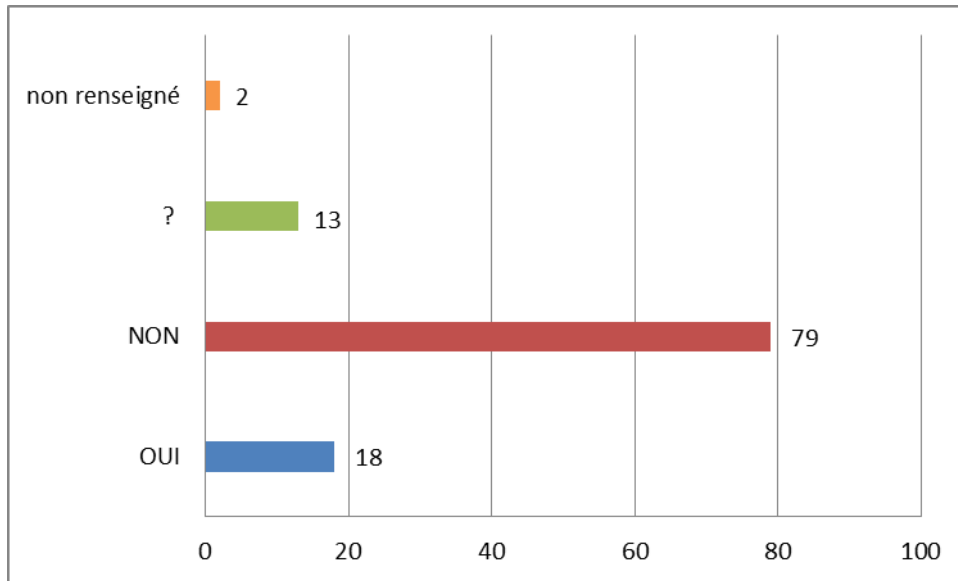
4.5.3.7 Difficultés dans la vie quotidienne



N = 112

51,8% des patients présentent des difficultés dans la vie quotidienne, tandis que 34,8% n'en éprouvent pas et dans 13,4% la situation mérite d'être évaluée.

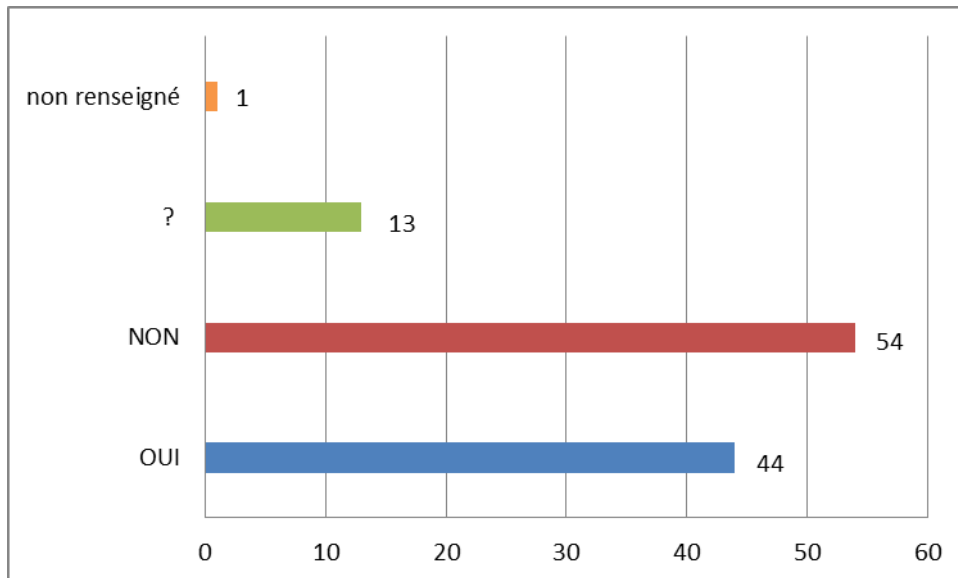
4.5.3.8 Problèmes d'alimentation



N = 112

70,5% des patients ne présentent pas de problèmes d'alimentation, tandis que 16,1% en ont et 13,4% ne sont pas renseignés.

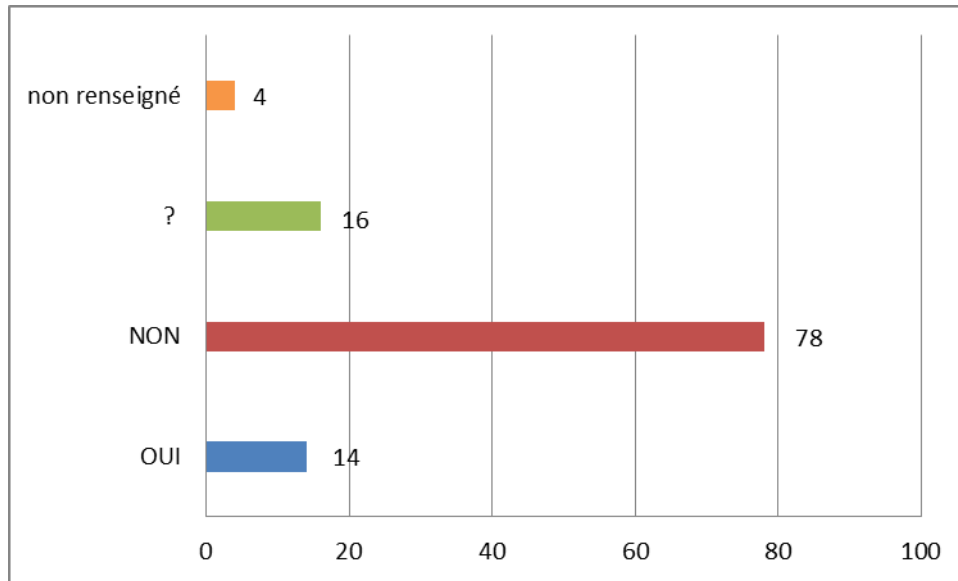
4.5.3.9 Difficultés à prendre soin de soi



N = 112

48,2% des patients n'ont pas de difficultés à prendre soin d'eux, tandis que 39,3% en ont et dans 12,5% des cas la situation n'est pas connue.

4.5.3.10 Troubles de l'humeur



N = 112

69,6% n'ont pas de trouble de l'humeur. 17,9% ne sont pas renseignés et 12,5% par contre présentent des troubles de l'humeur.

4.5.4 Classement des problématiques par fréquence d'apparition :

1. les problèmes de mobilité touchent 73 patients
2. les incapacités dans la vie quotidienne 58 patients
3. les problèmes liés aux traitements 44 patients
4. les difficultés à prendre soin de soi 44 patients également
5. les problèmes d'isolement 31 patients
6. les aidants en difficulté 29 patients
7. les problèmes d'alimentation 18 patients
8. les troubles de l'humeur 14 patients
9. les problèmes de précarité 6 patients
10. les problèmes d'organisation du suivi 1 seul patient.

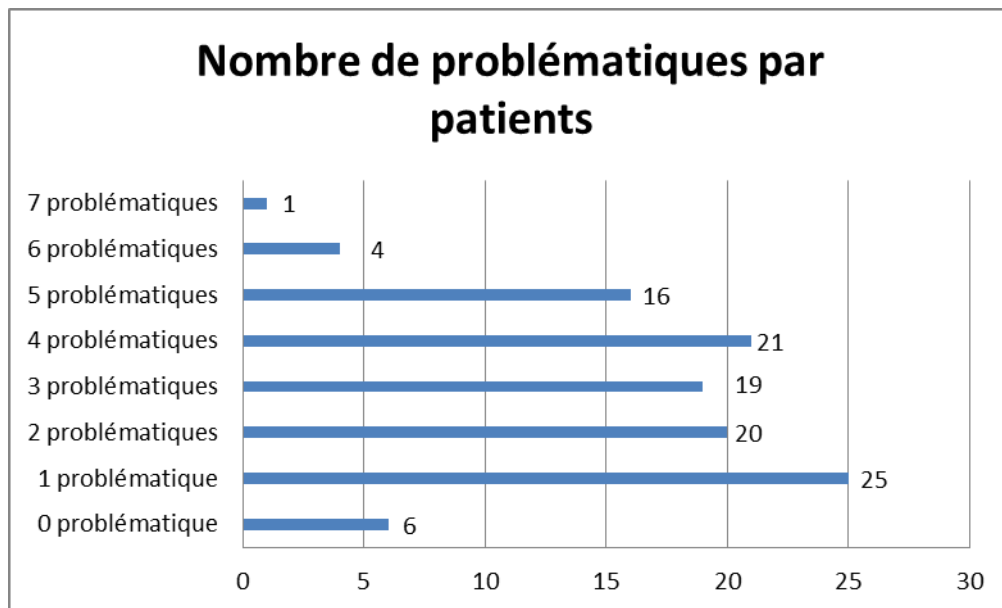
4.5.5 Nombre de problématiques suivant les âges et suivant le sexe

En moyenne les patients présentent 2,8 problématiques et la médiane du nombre de problématiques par patient est à 3.

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes puisque les femmes ont en moyenne 2,8 priorités et les hommes 2,9. De même il n'existe pas de différence significative entre les âges :

- ≤75 ans : 2,8 priorités
- entre 76 et 80 ans : 3,2 priorités
- entre 81 et 85 ans : 2,7 priorités
- entre 85 et 90 : 3 priorités
- entre 91 et 95 : 2,6 priorités
- ≥ 96 : 3 priorités

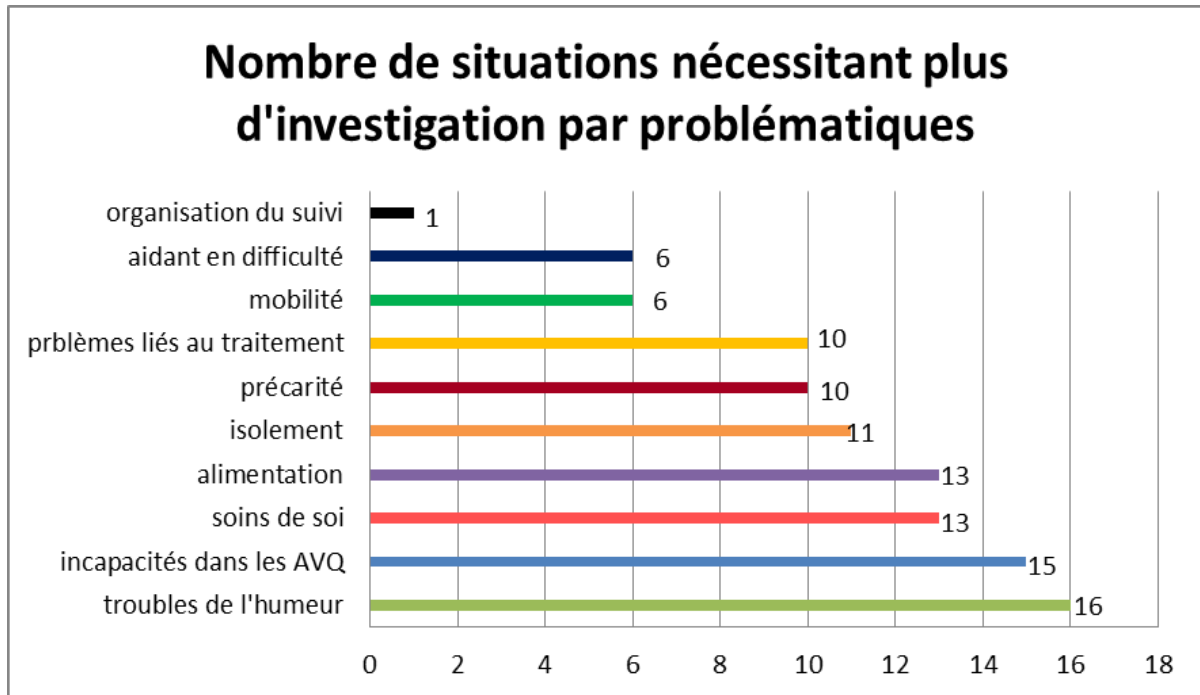
4.5.6 En moyenne, 2,8 problématiques identifiées par patient



N = 112

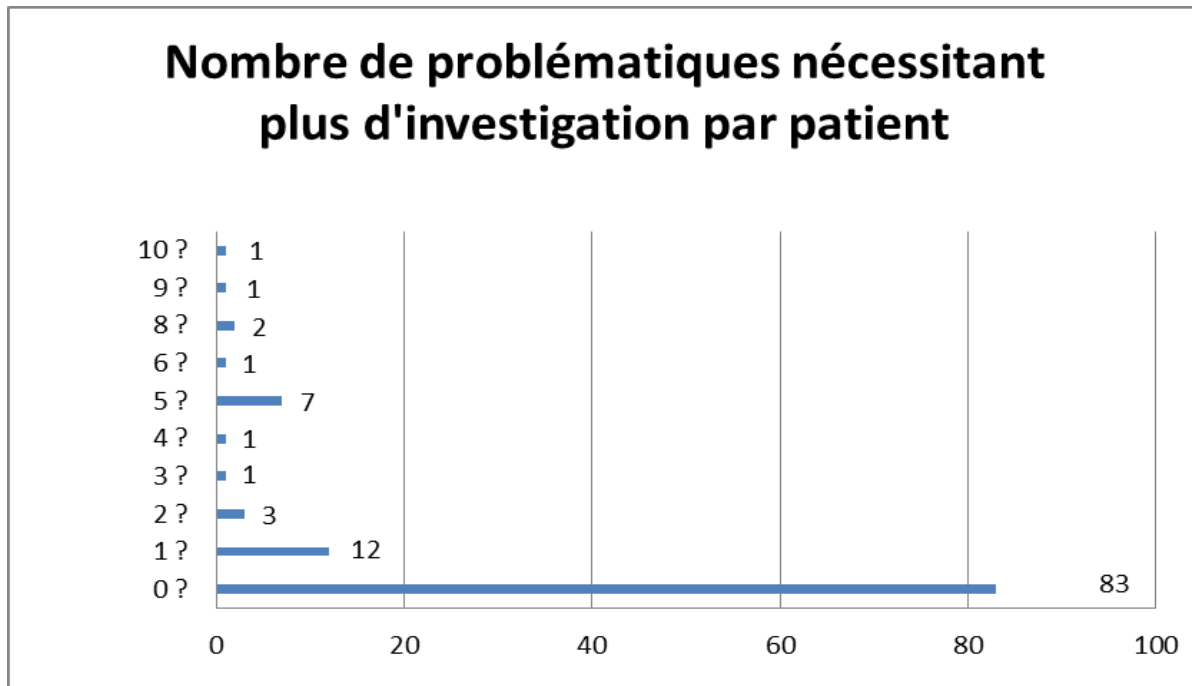
En moyenne, les patients présentent 2,8 problématiques recensées par les acteurs de proximité.

4.5.7 Problématiques nécessitant une évaluation plus approfondie



N = 101

Dans les problématiques dont la situation n'est pas connue des généralistes et nécessite de plus amples investigations, on note tout d'abord les troubles de l'humeur dans 14,3% des cas, puis les incapacités dans les AVQ (13,4% des cas), les difficultés d'alimentation et à prendre soin de soi (12,5% des cas chacun), les problèmes d'isolement (9,8%), les problèmes liés au traitement et les problèmes de précarité (8,9% chacun), les problèmes de mobilité et d'aidant en difficulté (5,4%) et enfin les problèmes d'organisation du suivi (0,9%).



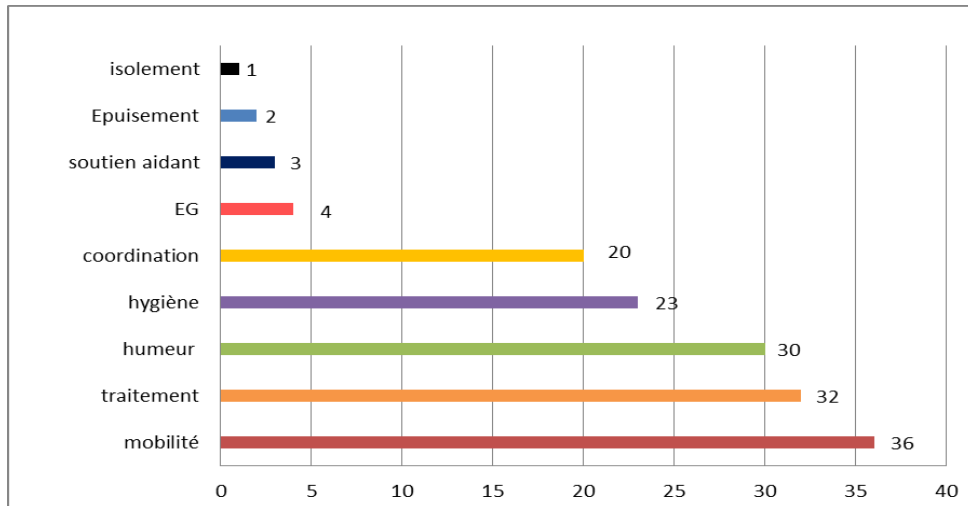
N = 111

Si l'on analyse plus spécifiquement les 29 patients qui ont une problématique ou plus nécessitant une évaluation, sur les 14 patients en ayant 3 ou plus, 13 ont bénéficié d'une EGS et un devait aller en hébergement temporaire. Pour les 15 restants, les aides mises en place correspondaient à la situation non évaluée.

4.5.8 Plan de soins et plan d'aides

4.5.8.1 Plan de soins

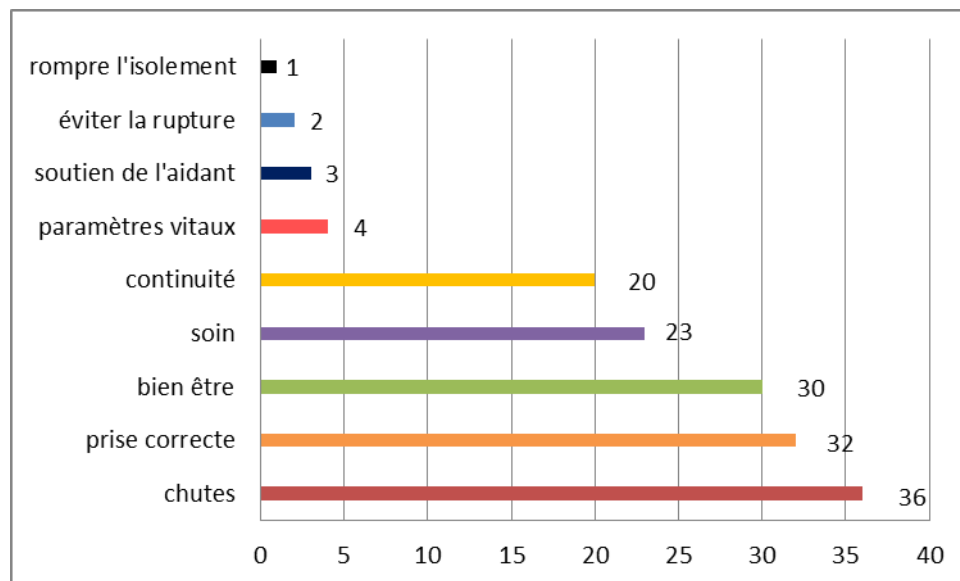
4.5.8.1.1 Problèmes prioritaires



N = 151

Nombre de problèmes par patient = 1,35

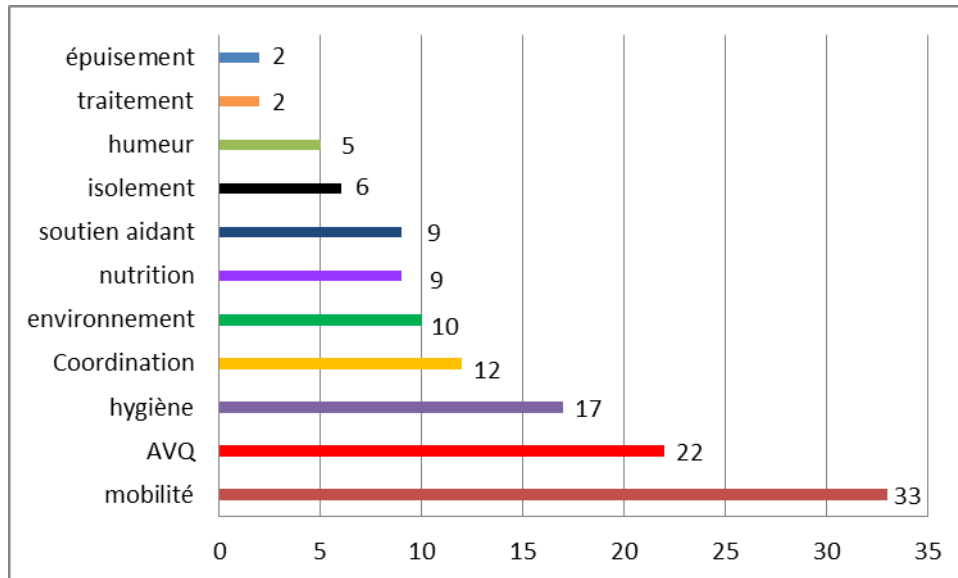
4.5.8.1.2 Objectifs thérapeutiques



N= 151

4.5.8.2 Plan d'aides

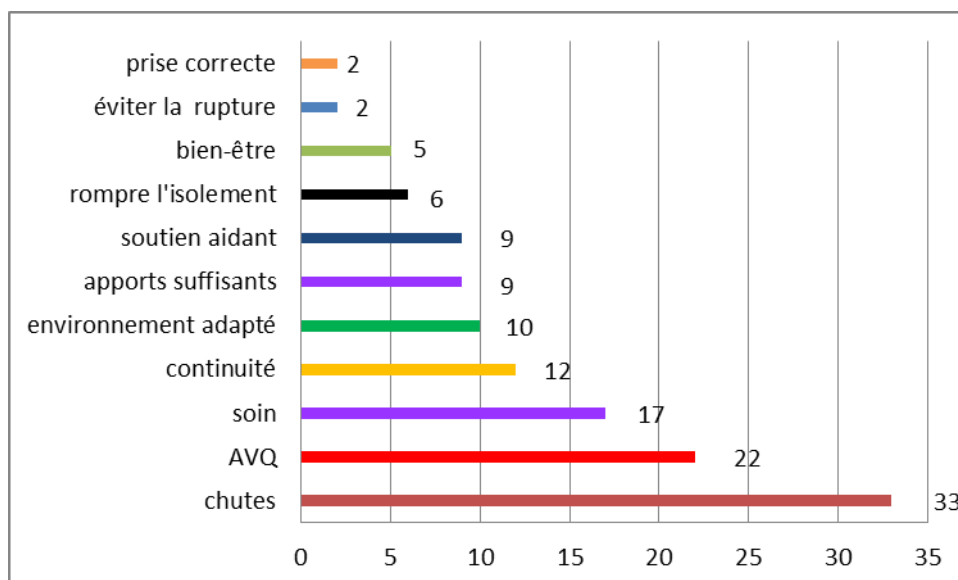
4.5.8.2.1 Problèmes prioritaires



N = 127

1,13 problème par patient

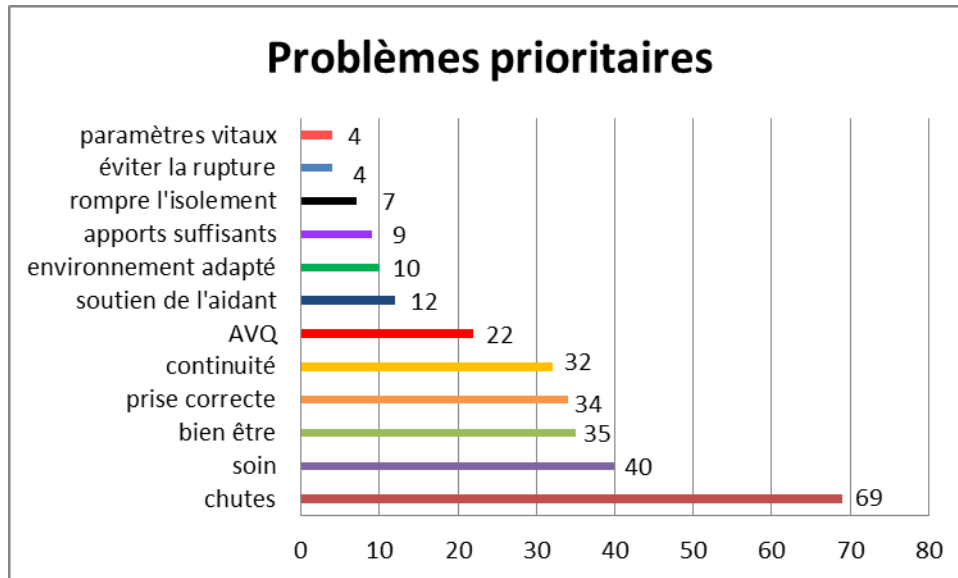
4.5.8.2.2 Objectifs thérapeutiques



N = 127

4.5.8.3 Totaux

4.5.8.3.1 Le problème principal, les troubles de la mobilité



N = 278

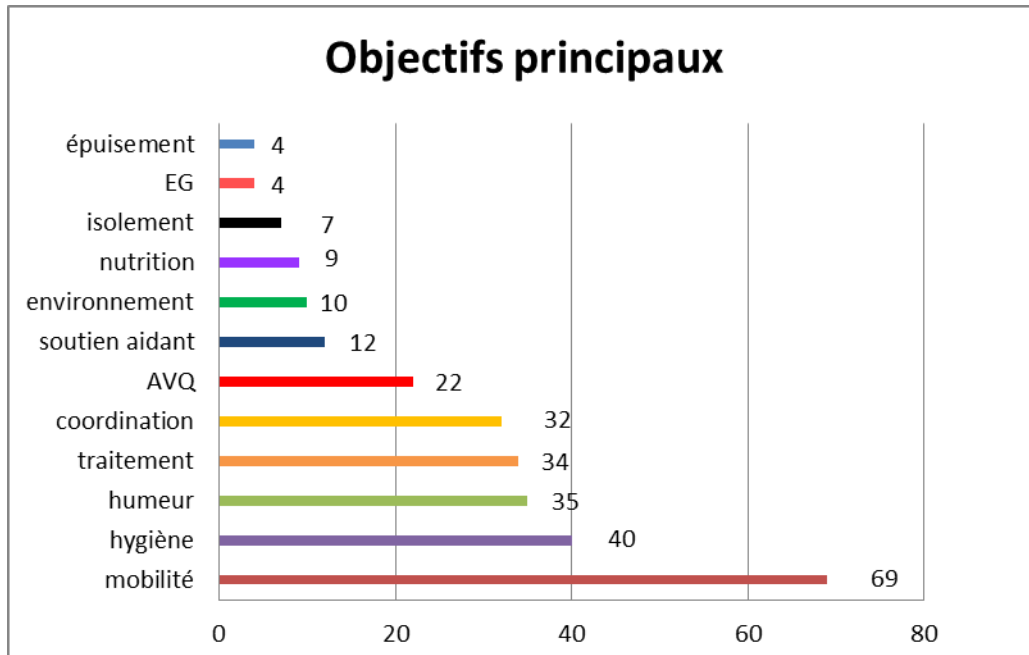
2,48 problèmes par patient en moyenne.

Les problèmes de mobilité arrivent en premier dans le PPS et représentent 24,8% des problèmes relevés. Les problèmes d'humeur représentent 12,6% des problèmes, ceux de traitement 12, 2%, les problèmes d'environnement non adapté 3,6% et les problèmes de nutrition 3,2%.

Les problèmes de continuité de la prise en charge représentent 11,5% des problèmes tandis que les problèmes liés à la perte d'autonomie sont également présents de façon significative avec 14,4% de problèmes d'hygiène, 7,9% de problèmes pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Enfin, il existe quelques problèmes sociaux de nécessité de soutien de l'aidant 4,3% , d'isolement 2,5% et d'épuisement 1,4% et également médicaux stricts liés à l'état général des patients 1,4%.

4.5.8.3.2 L'objectif principal, les chutes



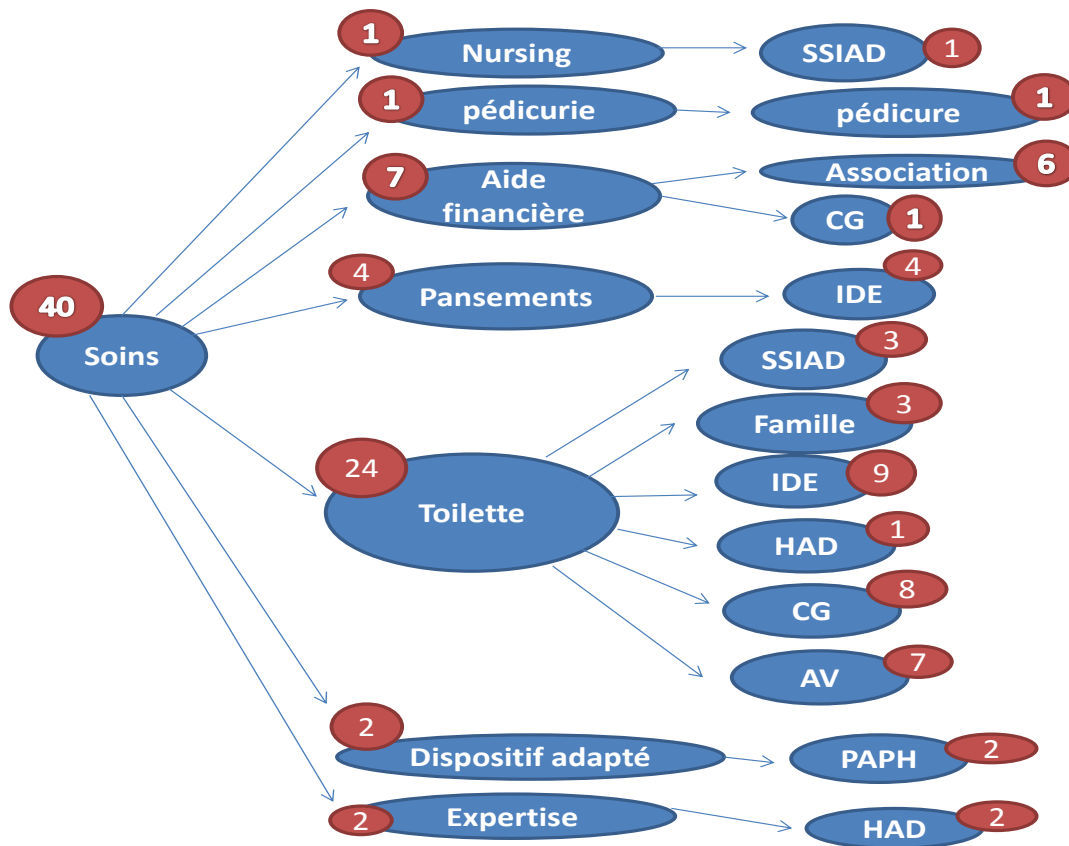
N = 278

Les objectifs identifiés sont concordants avec les problèmes et répartis dans les mêmes proportions.

4.5.8.3.3 Actions et intervenants pour chaque objectif

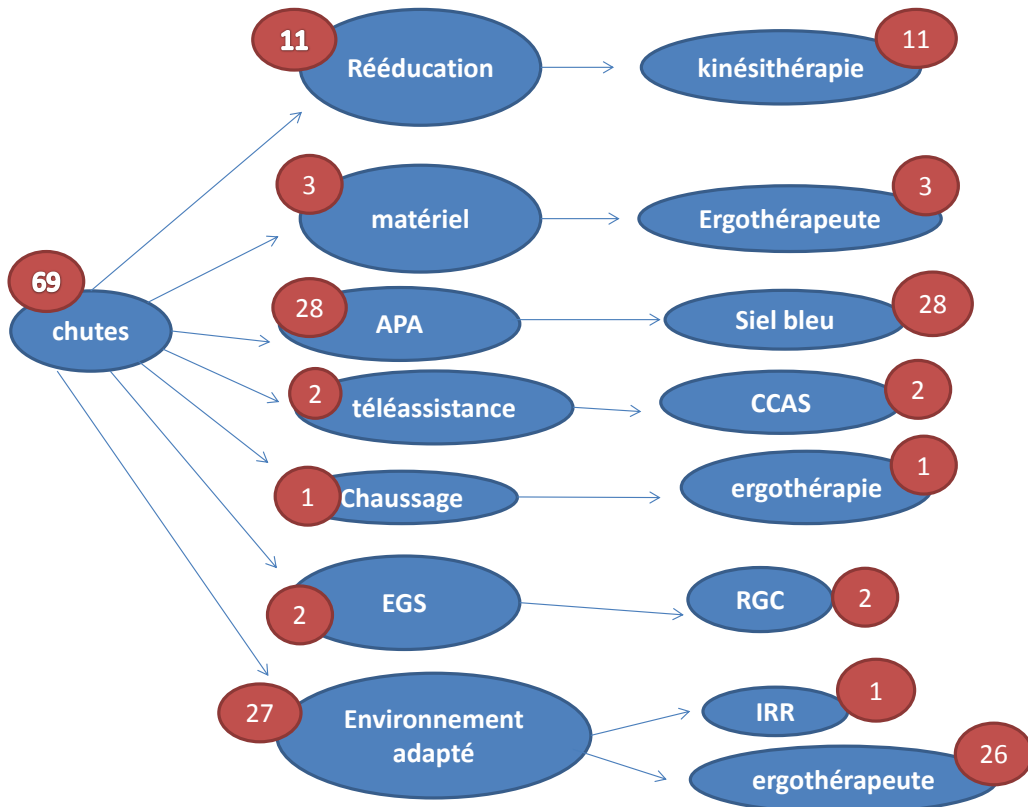
Nous allons présenter ici, pour chaque problème identifié dans le PPS, les actions mises en place et les intervenants qui doivent les réaliser. Nous verrons que certains problèmes amènent à la réalisation de deux actions différentes et que certaines actions identifiées peuvent être réalisées par un seul et même intervenant.

- Soins



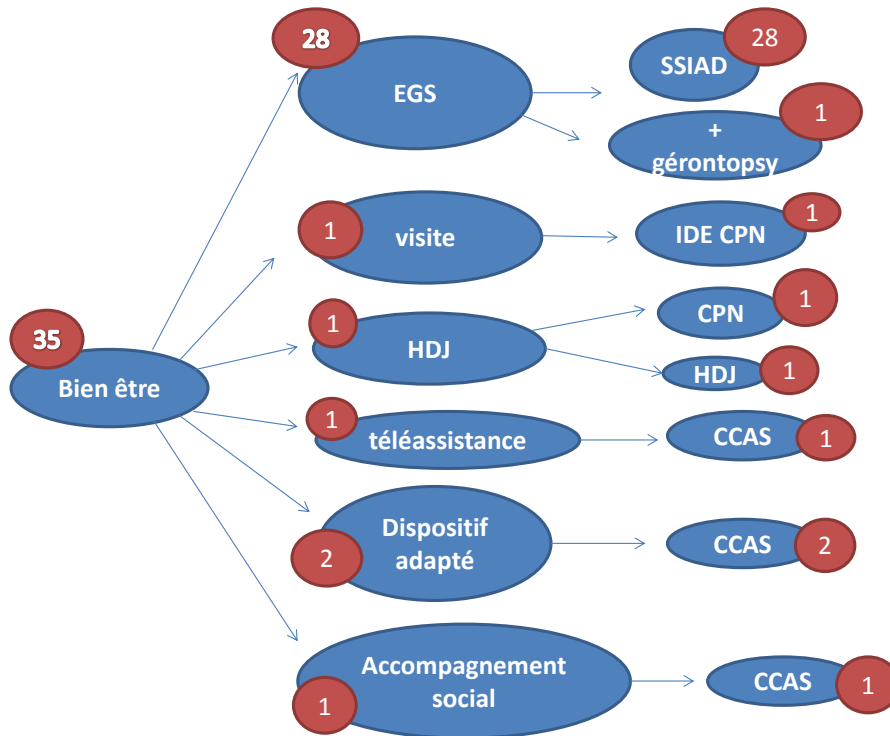
Dans le cadre des problèmes de soins, différentes actions sont mises en place : des soins de nursing par un SSIAD, des soins de pédicure, l'apport d'une aide financière pour accéder aux soins qui sera apportée par le conseil général (CG) dans la plupart des cas, des pansements réalisés par les IDE, des toilettes réalisées par différents intervenants comme les auxiliaires de vie (AV), l'orientation vers le PAPH (personnes âgées personnes handicapées) ou une expertise de l'HAD quant aux soins nécessaires.

- Chutes



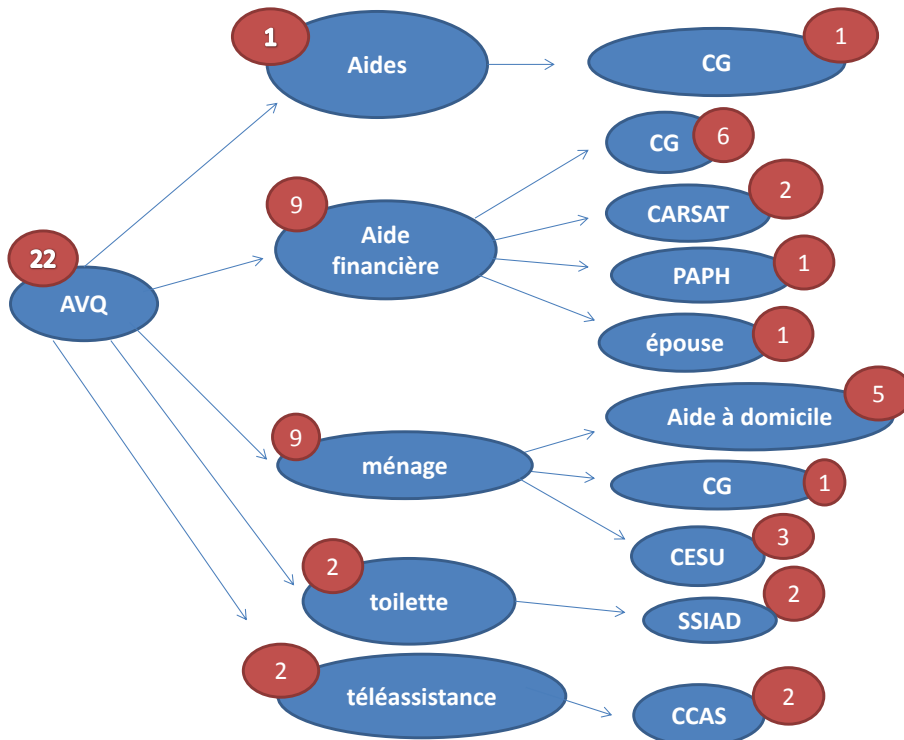
Dans le cadre des chutes nous aurons assez logiquement une adaptation du domicile, l'apport de matériel adapté ou d'un chaussage adapté par les ergothérapeutes, une rééducation par les kinésithérapeutes ou une activité physique adaptée réalisée par l'association Siel bleu, des EGS pour évaluer la situation à domicile par le réseau gériatrique et enfin la mise en place d'une téléassistance.

- Bien-être



Le bien-être des patients nécessite la plupart du temps une évaluation globale de leur situation par le réseau. Le reste des actions sont des actions de socialisation, en HDJ, par des visites à domicile, ou réalisées par le CCAS.

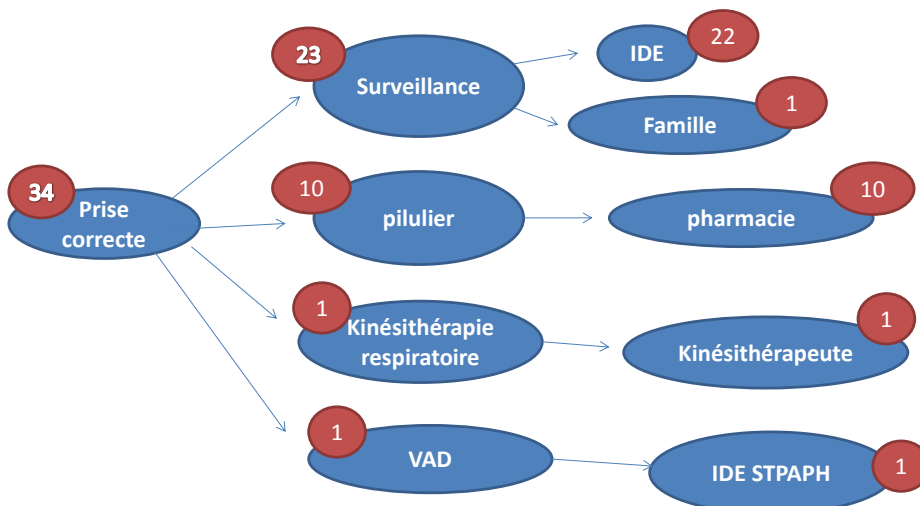
- Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)



CESU (Chèque Emploi Service Universel)

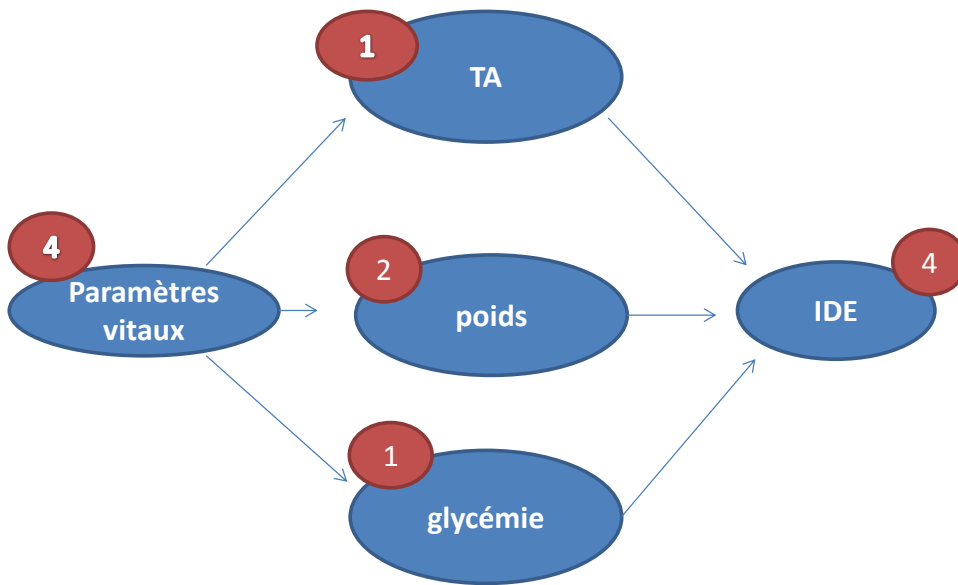
Prendre en charge les incapacités de la vie quotidienne passe par un apport financier qui pourra permettre la mise en place d'aides à domicile. D'autres aides diverses comme le ménage, la toilette ou une téléassistance sont également mises en place.

- Prise correcte du traitement



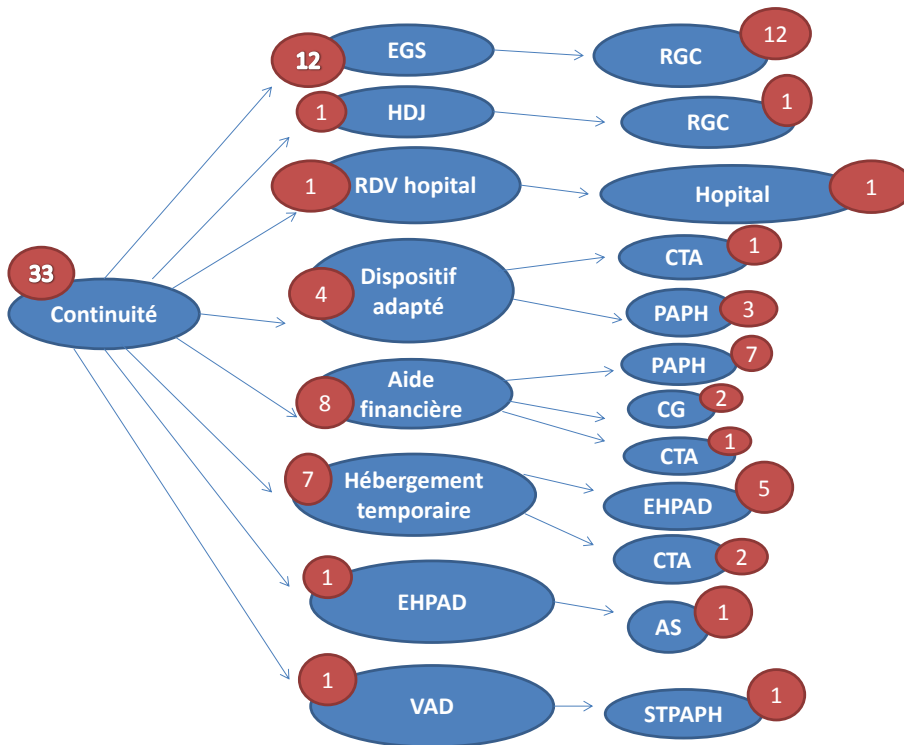
La sécurisation de la prise médicamenteuse chez les personnes âgées va nécessiter dans la plupart du temps le passage d'une infirmière à domicile pour la délivrance des médicaments. L'utilisation du pilulier intelligent, outil du PAERPA, peut également se révéler utile, de même que des traitements spécifiques comme la kinésithérapie respiratoire ou le passage d'une infirmière du STPAPH.

- Paramètres vitaux



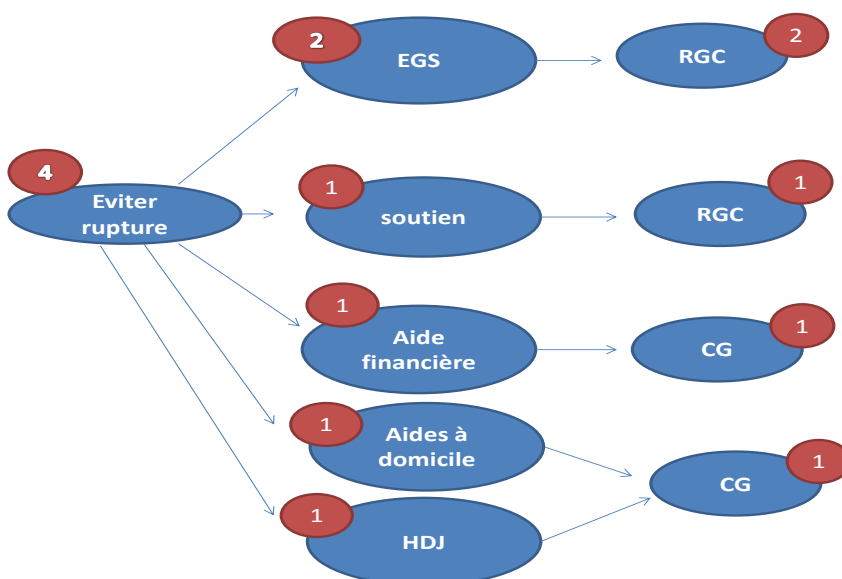
La surveillance des paramètres vitaux se fait systématiquement par une infirmière et va consister en une surveillance de la Tension Artérielle (TA), du poids ou de la glycémie.

- Continuité



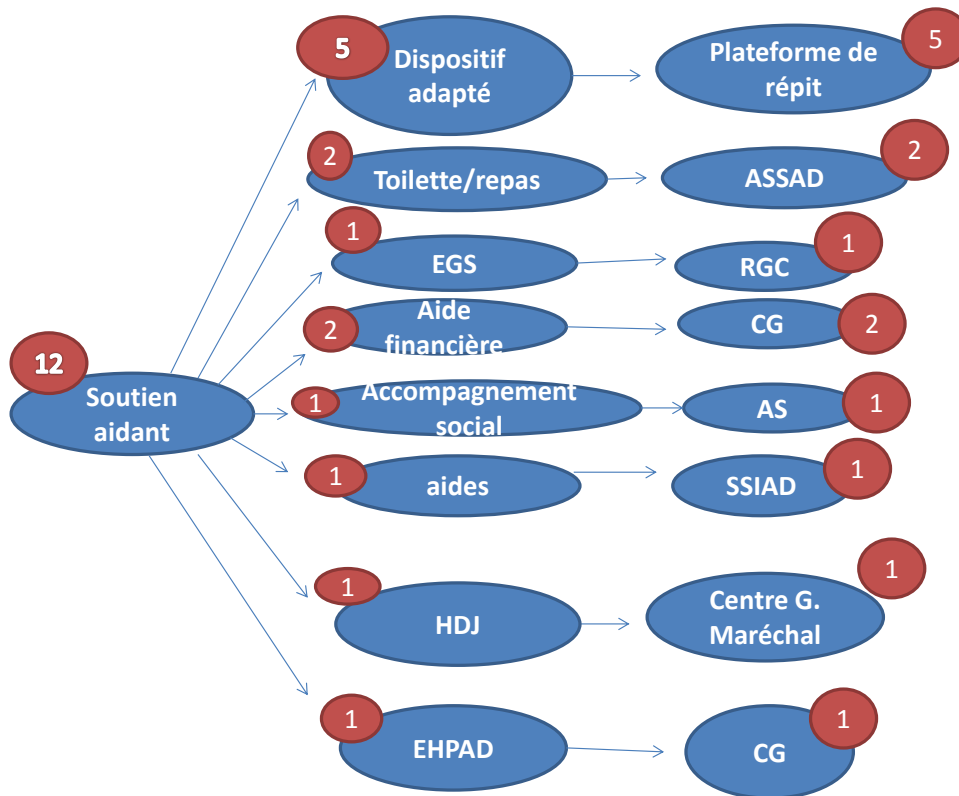
Les problèmes de continuité vont être réglés par l'apport d'une aide financière, l'orientation vers un EHPAD, un hébergement temporaire, une HDJ, l'hôpital ou un dispositif adapté. Une EGS réalisée à domicile ou une visite à domicile vont également permettre d'essayer de régler ce problème.

- Eviter la rupture



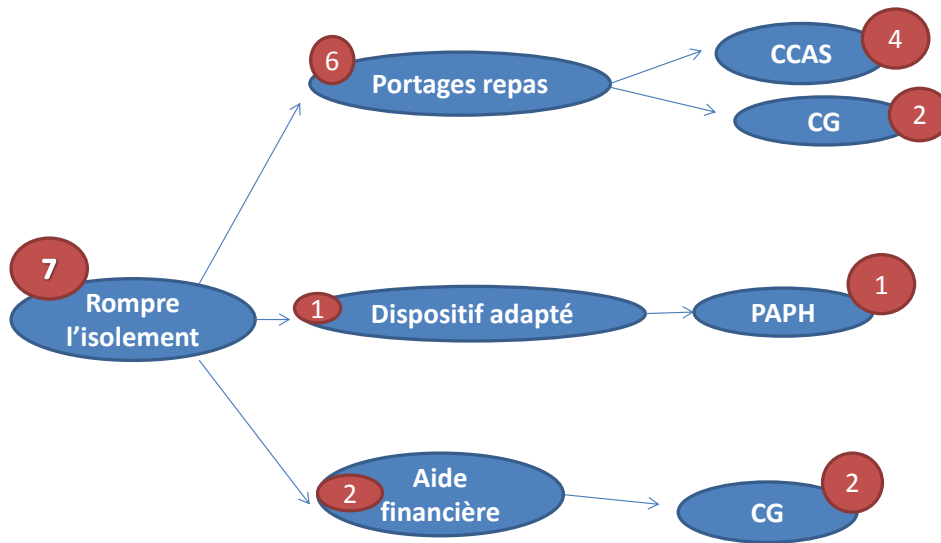
Pour éviter que la situation ne bascule en cas de grande fragilité, plusieurs actions sont réalisées par le RGC (EGS et soutien) ou par le CG (aide financière, aides à domicile ou HDJ).

- Soutien de l'aidant



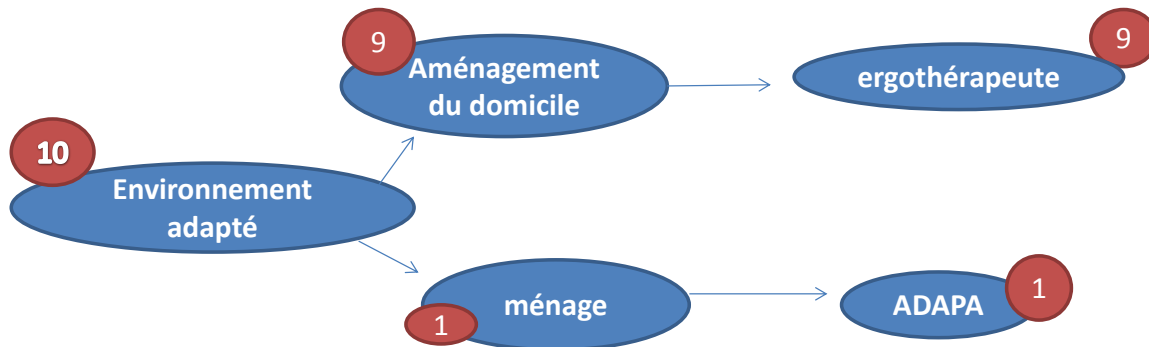
Pour soutenir les aidants dans l'accompagnement de leur proches, différentes actions sont mises en œuvre, que ce soit un placement en EHPAD, l'orientation vers la plateforme de répit, la réalisation de toilettes par l'association ASSAD (Aider Soulager Surveiller A Domicile), la fourniture de repas ou d'aides. On a également la réalisation d'une EGS pour évaluer la situation dans sa globalité, l'apport d'une aide financière permettant de mettre en place les aides nécessaires ou un accompagnement social par une assistante sociale.

- Rompre l'isolement



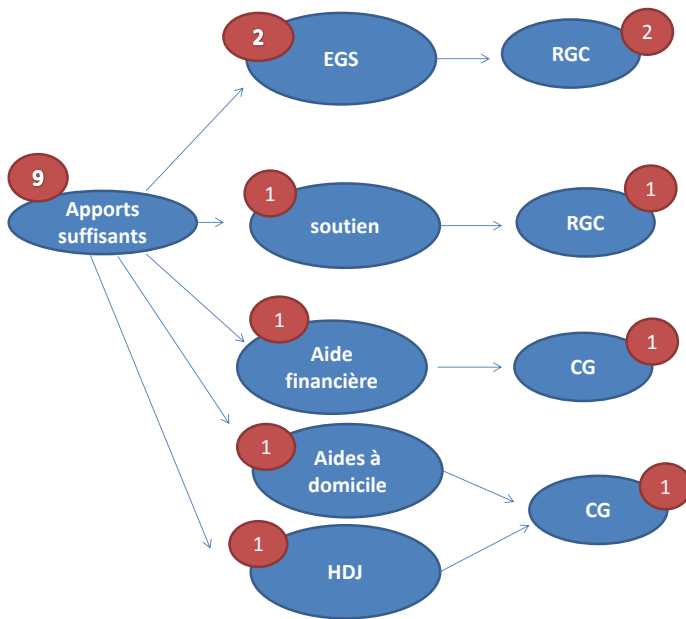
Pour rompre l'isolement des personnes âgées, un portage des repas va être réalisé pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de faire la cuisine, une aide financière va être apportée ou le PAPH va être sollicité.

- Environnement adapté



Pour que les personnes âgées soient en sécurité dans leur environnement, une adaptation du domicile va être réalisée par un ergothérapeute ou du ménage par l'ADAPA (Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées).

- Apports suffisants



Afin d'éviter les problèmes de dénutrition, une HDJ et des aides à domicile vont être mises en place. Le RGC va également réaliser des EGS et un soutien des personnes et le CG va évaluer la mise en place d'une aide financière.

4.5.8.3.4 L'EGS, l'action principale



N = 290

2,59 actions par patient en moyenne.

47 EGS ont été réalisées soit 42% des patients inclus ont donc bénéficié d'une EGS par le RGC. Or on avait initialement 22 demandes d'EGS dans les attentes des appels passés à la CTA et 29 patients qui avaient une problématique ou plus qui nécessitaient de plus amples investigations.

35 % bénéficient d'une adaptation du domicile ou de matériel adapté, que ce soit par

évaluation ergothérapeutique (32%) ou la mise en place de téléassistance, de matériel adapté ou de chaussage.

26,8% des patients (c'est-à-dire 30 patients) font l'objet d'une demande d'aide financière.

25% bénéficient d'une APA et 9,8% d'une rééducation à la mobilité.

20,5% des patients bénéficient d'une surveillance de la prise du traitement, tandis que seulement 8,9% bénéficient du pilulier électronique. Or 35,7% avaient été repérés comme ayant un problème lié au traitement et 8,9% nécessitaient une évaluation plus approfondie.

Si l'on compare avec la population française : 10% des plus de 75 ans qui souffrent d'une polyopathie et sont sous polymédication risquent donc un événement indésirable lié aux médicaments.

Ensuite, viennent les aides liées à la perte d'autonomie (6,1%) comme le ménage, le portage de repas et les aides à domicile.

Certains patients bénéficient également de soins infirmiers (12,7%) comme les toilettes, la réfection de pansements, la surveillance des constantes ou le nursing.

En termes de coordination, 9,6% des actions consistent à orienter les patients, vers un dispositif adapté, un hébergement temporaire, une HDJ, un EHPAD ou un hôpital.

En ce qui concerne la mise en place d'aides sociales nous avons surtout les demandes d'allocation personnalisée d'autonomie et quelques actions de VAD, de soutien, ou d'accompagnement social.

Enfin des actions d'expertise, de kinésithérapie respiratoire ou de pédicurie qui sont moindres.

4.5.8.3.5 Un nombre d'actions croissant avec le nombre de problématiques identifiées

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au nombre d'actions mises en place par patient suivant le nombre de problématiques qu'ils présentaient, on constate que pour les 22 patients présentant 5 problématiques ou plus, 3,54 actions sont mises en place en moyenne, c'est-à-dire environ une action de plus que la moyenne observée sur l'échantillon.

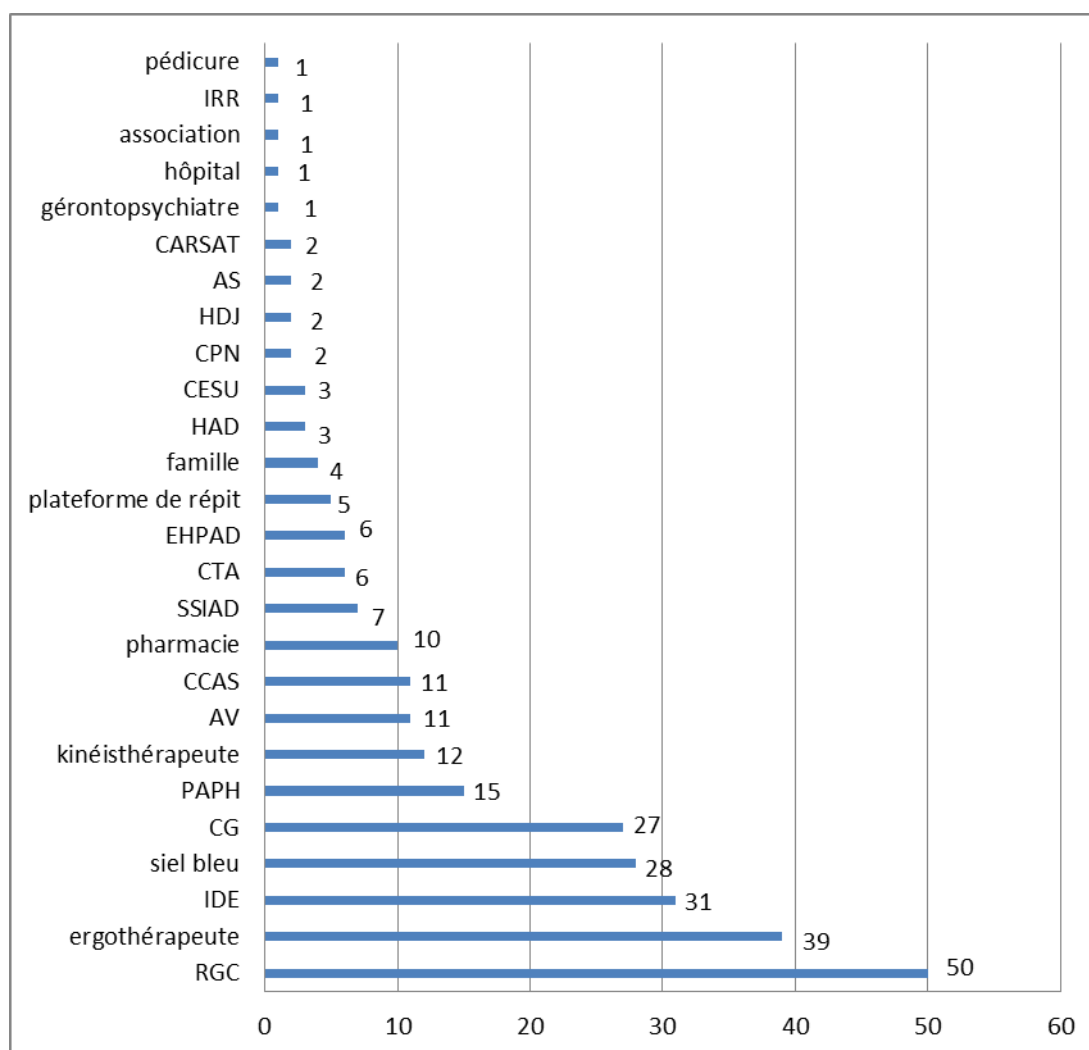
Par contre pour les 31 patients qui présentent une problématique ou moins, seulement 1,32 action est mise en place. C'est-à-dire une action et demie de moins que la moyenne. Si l'on prend les 20 patients qui ont deux problématiques, ils bénéficient de la mise en place de 2,7 actions. Les 19 patients qui ont 3 problématiques, bénéficient de 2,63 actions. Et enfin les 21 qui présentent 4 problématiques bénéficient de 3,19 actions.

Même si entre 2 et 3 problématiques, on voit que le nombre d'actions associé est stable, il y a pourtant une différence importante de moyens mis en œuvre entre les patients présentant peu de problématiques (≤ 1) et ceux présentant plus de 4 problématiques.

4.5.8.3.6 Actions réalisées par rapport aux objectifs fixés par l'ARS

Si l'on analyse les données issues du tableau de bord de la CTA et regroupant l'activité des 279 PPS créés, fin mars, 10 personnes avaient bénéficié d'un pilulier électronique sur un objectif de 100 fin 2016, c'est-à-dire 10%. 38 d'un ergothérapeute sur les 150 prévus (25,3%), 30 d'une APA sur les 250 (12%), 31 d'un séjour temporaire en EHPAD sur les 439 (7,1%) prévus et 8 de services à domicile en sortie d'hospitalisation sur les 220 prévus (3,6%).

4.5.8.3.7 Total des intervenants



N = 281

En moyenne, on a donc 2,5 intervenants par personne incluse.

L'intervenant le plus sollicité dans le cadre de cette première phase de lancement a été le RGC représentant 17,8% des intervenants.

Puis les professionnels spécialisés dans l'entretien de la mobilité, la marche et les chutes : les coachs sportifs de Siel bleu représentent 9,9% et les kinésithérapeutes 4,3%.

Les ergothérapeutes (13,9%) sont fortement sollicités) ainsi que les IDE (11%).

Ensuite, de nombreuses plateformes proposant différentes offres pour les personnes âgées en terme de services et de coordination ont été sollicitées dans le cadre du PAERPA : le CG 9,6%, le PAPH 4,2%, la CTA 2,1%.

Pour les aides sociales, le CG a été sollicité (9,6% du total des acteurs) mais aussi les CCAS (6,1%), et des assistantes sociales (0,7%). Pour les aides financières, le CG a été sollicité mais également le CESU (1,1%) et la CARSAT (0,7%).

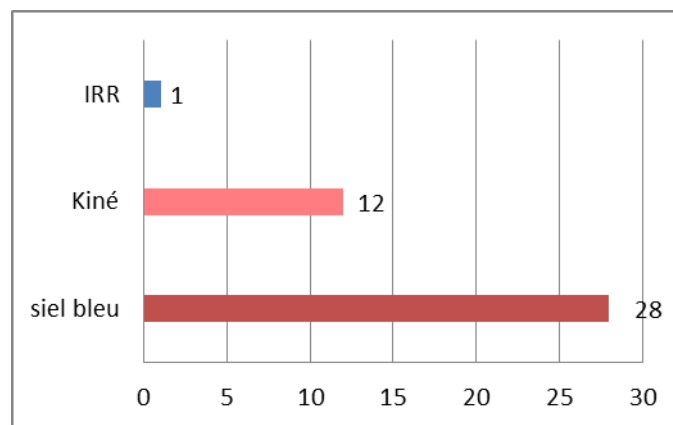
En termes de soins infirmiers, des IDE libéraux ont été sollicités (11%) mais également les SSIAD présents sur Nancy (2,5%), ou des auxiliaires de vies (3,9%) parmi différentes organisations disponibles sur le territoire.

En termes de soutien de l'aidant, de placement et d'hébergement provisoire, les EHPAD ont été sollicités dans 2,1% des cas, tandis que la plateforme de répit l'a été dans 1,8% des cas.

Les ressources hospitalières, quant à elles, ont été sollicitées pour de l'HDJ dans 0,7% des cas, l'hôpital 0,4% ou l'HAD 1,4%.

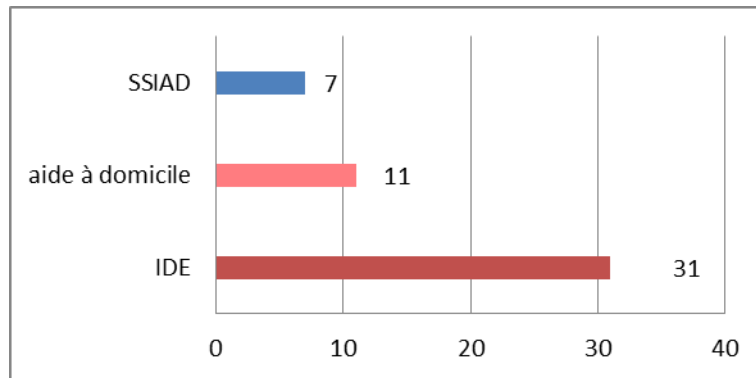
Enfin la famille, un gérontopsychiatre ou le CPN, un pédicure, l'IRR et une association ont été sollicités une ou deux fois.

- Rééducation et activité physique



N = 41

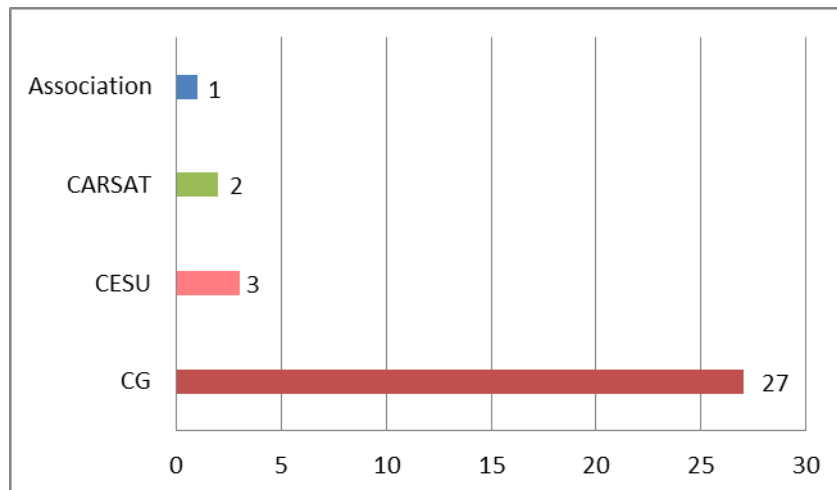
- Soins infirmiers et aides à domicile



N = 49

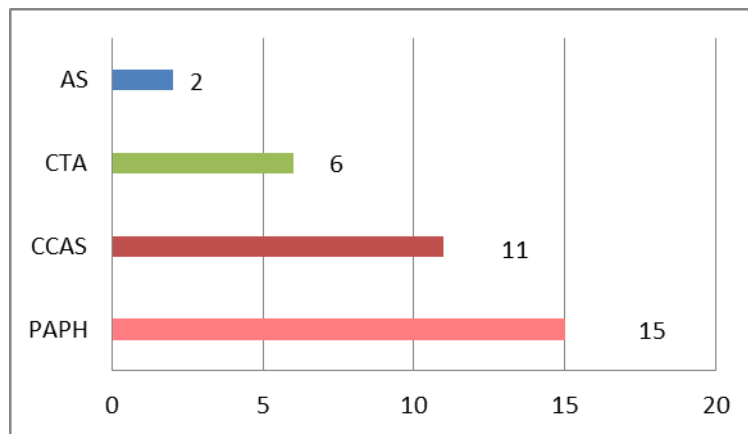
Les professionnels de l'aide à domicile comprennent les auxiliaires de vie, aides ménagères, DOMIDOM et ASSAD.

- Dispositifs d'aides financières



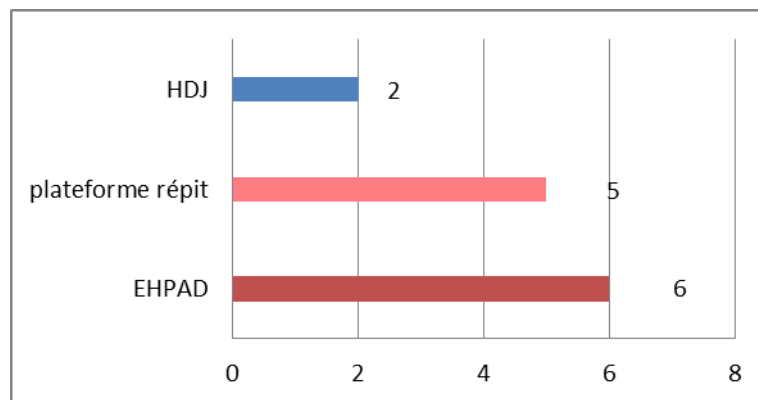
N = 33

- Dispositifs spécialisés et d'aide sociale



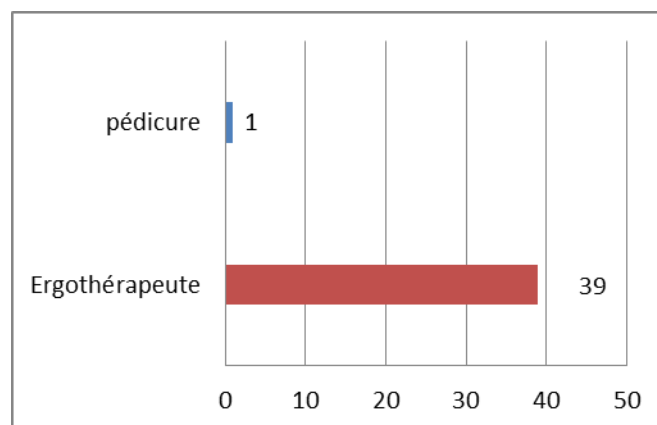
N = 34

- Dispositifs d'accueil temporaires et permanents



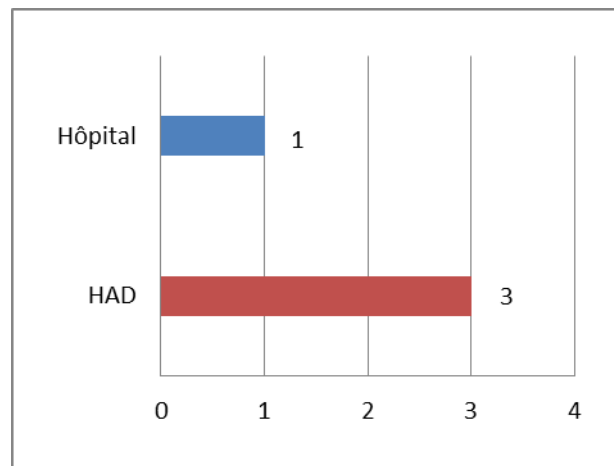
N = 13

- Professionnels paramédicaux



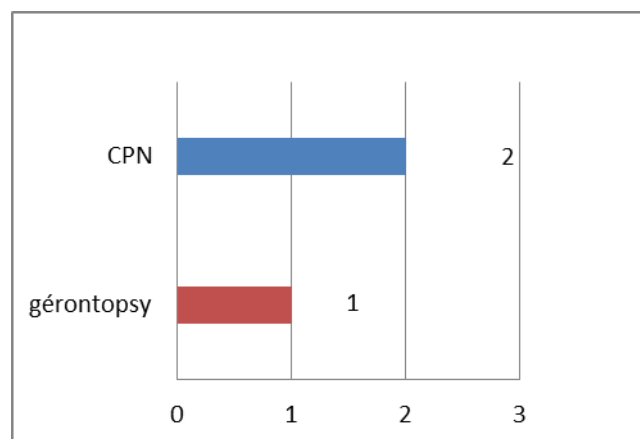
N = 40

- Dispositifs d'hospitalisation



N = 4

- Professionnels de la psychologie et de la psychiatrie



N = 3

- Pharmaciens

10 pharmaciens ont été sollicités dans le cadre du PAERPA

- RGC

Le RGC est intervenu dans 50 cas.

- Familles

Les familles ont dû s'impliquer 4 fois.

Les IDE ont été sollicités 31 fois dans le cadre du PAERPA alors que 36 ont participé à une CCP, de même les pharmaciens ont été sollicités 10 fois, alors que 29 participent à une CCP. Pour les kinésithérapeutes en revanche, 12 ont été sollicités, alors que seulement 6 ont participé à une CCP.

IV. Discussion

Nous allons exposer ici les résultats principaux de notre étude et l'implication majeure qu'ils auront eue dans l'implantation du PAERPA sur le territoire nancéien. Puis, nous tenterons d'expliquer ces résultats à la lumière de la littérature et des connaissances que nous avons du fonctionnement du modèle PAERPA sur la CUGN. Nous verrons ensuite les limites de notre étude et nous exposerons enfin quelques perspectives pour le PAERPA, ouvertes par l'étude de nos résultats.

1 Les résultats principaux et leur implication majeure

1.1 Les points positifs

1.1.1 La population ciblée représentante des PAERPA

On peut extraire de notre analyse un profil type de patient inclus qui serait : une patiente âgée de 85 ans, vivant seule à domicile, non connue des services dédiés à la gériatrie, sans protection juridique et qui est repérée par son médecin traitant. Cette patiente désire une aide au maintien à domicile pour pallier sa problématique principale qui est les problèmes de mobilité et pour prendre en charge également les autres points de rupture identifiés par le PAERPA : la dénutrition, les problèmes liés aux traitements et la dépression. Dans la plupart des cas, nous avons donc une population qui correspond à la population PAERPA.

1.1.2 L'implication des médecins généralistes et leur ressenti

On constate une implication majeure des médecins traitants, allant du repérage à la validation du PPS. Les médecins qui se sont impliqués dans le PAERPA sont globalement satisfaits des outils mis à leur disposition dans le cadre du PAERPA. Pour certains ces outils améliorent leurs pratiques (le repérage de la fragilité, les échanges avec la CTA, le PPS), pour d'autres ils améliorent le confort de leurs patients à domicile (l'APA, les aides sociales et au maintien à domicile).

1.1.3 Les outils du PAERPA vus par les généralistes

Certains outils apportés par le PAERPA aux personnes fragiles semblent avoir une efficacité reconnue sur la prévention de la perte d'autonomie : l'activité physique adaptée notamment. De plus les outils de coordination comme le PPS permettent une vision synthétique de la situation, des acteurs présents et des actions à mettre en œuvre. De plus, il existe une grande attente des généralistes quant à l'aide à domicile d'urgence.

1.2 Les points d'amélioration

1.2.1 L'implication des acteurs de proximité

1.2.1.1 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes peinent encore à prendre toute la place qui leur est assignée dans le PAERPA : notamment au niveau de l'évaluation de la situation des patients et de la coordination des acteurs au sein de la CCP. Le but du PAERPA étant d'avoir un processus continu au niveau de la prise en charge, leur investissement est primordial.

1.2.1.2 Les autres acteurs de proximité

Au vu du repérage réalisé en grande majorité par les médecins généralistes et des CCP peu étoffées qui participent aux PPS, nous constatons que l'implication des autres acteurs de proximité a été plus restreinte lors de cette phase de lancement. Or leur participation au sein de la CCP est fondamentale pour l'évaluation de la situation et la coordination des actions mises en place.

1.2.2 L'information des acteurs

L'information des acteurs a été décalée suivant les professions. De plus, les informations à délivrer étant très denses, leur compréhension et leur acquisition par les acteurs nécessite leur investissement personnel pour compléter l'information donnée par les URPS. Sans

cette bonne compréhension des enjeux et des outils du PAERPA, les acteurs ne s'impliquent que partiellement.

1.2.3 L'élargissement de la population cible

Nous avons vu que même si une grosse proportion de la population incluse correspondait aux critères du PAERPA, il reste une part non négligeable de patients qui sont déjà dépendants et sortent donc du cadre proposé au niveau national. Néanmoins cette population, même si elle est aux frontières du dispositif, a besoin d'aides et sa prise en compte ne semble pas avoir pénalisé l'implantation du PAERPA au niveau nancéien.

1.2.4 Le remplissage des PPS

Compte-tenu de l'abondance des informations à fournir dans le PPS, on peut déjà considérer que celui-ci est relativement bien rempli. Cependant, deux informations importantes, pour l'instant mal renseignées, méritent une attention particulière des professionnels rédacteurs du PPS : l'ALD et la personne référente.

1.2.5 Les outils à disposition des patients

Nous avons vu que même si les généralistes sont satisfaits des services d'ergothérapie, peu des préconisations données se sont révélées utiles. De même le pilulier électronique satisfait peu les généralistes.

2 Méthode et limites

2.1 La totalité des appels passés à la CTA non analysable

Le tableau de bord de la CTA recense 476 appels depuis le lancement du projet. 23,5% de ces appels ont donc abouti à la formation d'un PPS. L'origine et les motifs de tous les appels passés à la CTA lors de sa première phase d'utilisation n'ont pas pu être analysés car les appels n'ayant pas abouti à la formation d'un PPS (c'est-à-dire plus des trois-quarts

des appels) n'ont pas fait l'objet d'une saisie de données et n'étaient pas évaluables. Nous ne savons donc pas pourquoi ces appels n'ont pas abouti, ni quels étaient les motifs de ces appels.

2.2 L'impossibilité de réaliser une étude analytique

Une étude analytique, qui aurait étudié l'association entre deux ou plusieurs variables n'était pas réalisable dans notre cas. Le PAERPA est un projet trop récent et son analyse au bout de 6 mois ne permettait pas d'obtenir une population suffisante, ni le laps de temps nécessaire pour pouvoir évaluer l'impact de ce projet sur une éventuelle diminution des hospitalisations chez la population cible par exemple.

Se contenter d'une enquête d'observation nous a semblé tout de même intéressant car elle s'est révélée riche en ce qui concerne les caractéristiques de la population incluse. En effet l'enquête d'observation, combinée avec l'analyse des indicateurs statistiques, s'il y en a, permet de se forger une opinion globale : «Par l'observation, on peut porter attention à une personne, un groupe, un événement, au contexte dans lequel évolue la personne ou le groupe, aux productions des personnes ou des groupes, etc.» (75)

Le fait de réaliser cette étude sur des patients inclus dans le PAERPA a permis de valider que les moyens mis en œuvre et les outils proposés répondent aux problématiques posées par les patients.

2.3 Le dépistage de la fragilité

L'analyse des scripts des appels passés à la CTA, n'a pas permis non plus d'évaluer les critères de fragilité qui ont été retenus lors de l'inclusion des patients. En effet, au début de l'utilisation de l'outil informatique regroupant toutes les données issues des appels et les données des PPS, le personnel de la CTA n'a pas saisi ces données de manière informatique. Même si elles étaient saisies sur support papier et utilisables par les personnes ayant reçu les appels et sachant où chercher les informations, elles n'ont pas pu être analysées. Cela correspond au temps nécessaire d'appropriation des outils apportés par le PAERPA, quelle que soit la profession exercée.

2.4 Le profil socio-démographique des médecins généralistes impliqués

Nous souhaitons également analyser le profil socio-démographique des généralistes ayant inclus des patients dans le PAERPA pour évaluer s'il avait un impact sur leur implication. Or ces données ne figurent pas dans le système LIGO et notre sollicitation du Conseil de l'Ordre pour obtenir ces données n'a pas abouti. Elles pourraient faire l'objet d'une étude ultérieure.

Nous savons qu'il existe un biais de sélection important dans notre enquête auprès des généralistes : en effet, on peut supposer que ceux qui se sont impliqués les premiers dans ce nouveau concept l'ont fait car ils étaient les plus motivés par ce projet. Leur avis n'est donc pas représentatif de tous les médecins généralistes exerçant sur le territoire de la CUGN, mais plus de la tranche de la population médicale qui s'est impliquée le plus précocement dans le projet. Lors de notre analyse, nous n'avons pas non plus demandé aux généralistes s'ils appartenaient à un syndicat de médecins. Or, nous savons que certains syndicats de médecins s'étaient positionnés en défaveur du PAERPA, ce qui pourrait expliquer la position de certains médecins interrogés.

2.5 La coordination, un concept à réexpliquer

De la question posée sur la coordination, il ressort que les réponses apportées par les généralistes sont un peu imprécises. En effet, ils ont pris le terme « coordination » pour « communication » ou « coopération ».

Si l'on reprend la définition du concept de continuité des soins par Reid et ses collègues en 2002, on note qu'ils ont relevé trois composantes nécessaires à cette continuité :

« • **L'information** qui se transmet d'un soignant à l'autre sur les événements liés à la maladie et au malade, afin d'être en mesure de prodiguer les soins.

• **La relation thérapeutique** médecin-patient dans sa singularité qui reflète les transitions s'effectuant entre les différents épisodes de soins.

• **L'approche organisationnelle** apte à garantir la coordination des soins. Cet aspect désigne la complémentarité des services afin qu'ils ne soient ni manquants, ni répétés, ni mal synchronisés. » (48)

Ainsi, on remarque dans notre enquête que les médecins ont bien intégré les deux premiers aspects nécessaires à la continuité des soins dans leur pratique mais ils n'ont pas encore individualisé leur rôle de coordination. Cela peut s'expliquer par le fait que la notion de coordination est un concept encore très récent dans l'organisation des soins. En effet, sa reconnaissance et son encouragement au niveau législatif date seulement de la loi HPST de 2009. Au contraire, la communication médecin-patient fait partie de la pratique de la médecine depuis le serment d'Hippocrate et a été renforcée par la loi de 2004 portant sur les droits des patients. De même la communication interprofessionnelle s'est vite fait sentir à la fois dans les équipes hospitalières et dans la médecine de ville.

Il serait donc intéressant de redévelopper et diffuser auprès des généralistes une définition claire du rôle du médecin traitant en tant que coordinateur dans les soins de premier recours. Dans le cadre des formations qui sont dispensées pour la diffusion du modèle PAERPA, il serait utile de bien réexpliquer cette fonction centrale du médecin traitant.

2.6 La part de patients en ALD non analysable

Les résultats de ces données ne sont pas vraiment significatifs car 60% des PPS ne sont pas renseignés. C'est étonnant, sachant que c'est le médecin traitant qui fait les demandes d'ALD et touche les majorations annuelles. Or, c'est lui qui renseigne ces données du PPS. Cependant, dans la plupart des logiciels métiers, la possibilité de renseignement de l'ALD est une fonction payante, que tous les généralistes n'ont donc pas. De plus, le médecin traitant ne disposant pas forcément de la carte vitale de son patient au moment de la rédaction du PPS, peut ne pas avoir accès à cette information. Ainsi, nous n'avons pas pu analyser cette donnée concernant les patients, qui fait pourtant partie de la définition des critères de fragilité.

3 Les hypothèses pour expliquer nos résultats

3.1 L'implication des médecins généralistes dans le PAERPA

3.1.1 Dans le repérage des patients

Nous avons vu que si les patients ont été majoritairement inclus par les médecins généralistes, cela tient en partie au fait qu'ils ont été informés sur le PAERPA d'une manière précoce par rapport aux autres professionnels de santé. En effet l'URPS médecins de Nancy a bénéficié d'un équivalent temps plein (ETP) exclusivement chargé du PAERPA. Les outils de communication pour les médecins généralistes ont été finalisés en septembre 2014 et les visites individuelles d'information par la représentante de l'URPS ont commencé en octobre 2015. De plus les réunions collectives d'information ont débuté en décembre 2014. Cela a donc grandement contribué à développer et faire connaître le PAERPA au sein de cette profession.

De plus, dans le PAERPA, le médecin traitant doit rester la porte d'entrée principale, comme le préconisait le rapport IGAS : « La mission a également inscrit un principe, celui de confier au médecin de premier recours, et à lui seul, la décision du déclenchement de la coordination, au cas par cas. Ceci permet au médecin, qui joue un rôle pivot dans la prise en charge des patients, d'assurer la cohérence de la coordination. Ce rôle ne doit pas être confié au patient ou à d'autres professionnels, car la multiplicité de décideurs nuirait à l'efficacité du dispositif. En outre, si le patient décidait de sa propre coordination, son objet pourrait être élargi à l'excès, au-delà de la stricte incidence sur son état de santé. ».

Cependant, il prévoit également une implication de tous les acteurs de proximité dans le repérage de la fragilité et pas seulement du médecin traitant.

3.1.2 Dans l'évaluation de la situation

Nous avons vu que dans 9% des cas, l'existence ou non de telle ou telle problématique n'est pas connue par le rédacteur du PPS et nécessite selon lui une évaluation plus approfondie. Cela peut s'expliquer par la difficulté que peut avoir le généraliste d'évaluer certaines dimensions lors de simples entretiens individuels au cabinet ou même lors de passages à domicile, et le manque de temps dont il dispose pour les évaluer.

3.1.3 Dans l'élaboration et la validation du PPS

Selon la HAS « ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du PPS ne peuvent avoir lieu sans le médecin traitant »

Dans le rapport IGAS de 2014 sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins, il est relevé que : « Si plus des deux tiers des structures élaborent un plan personnalisé de santé, un peu plus de la moitié seulement associe le médecin traitant et le personnel médico-social à l'élaboration du plan. Le médecin traitant ne valide au final que 27% des plans dont il n'est destinataire qu'à 50%. Dans à peine plus de la moitié des cas, le dispositif effectue des retours formalisés d'informations au médecin traitant ».

Nous avons donc, ici, une implication beaucoup plus importante des médecins traitants dans la participation à l'élaboration ou à la validation du PPS, ce qui est un progrès notable.

Même si pour l'instant, aucun des médecins de notre échantillon n'a rempli le PPS de façon autonome, ils ont tout de même relevé des aspects positifs pour leur pratique. Comme chaque outil nouveau, il nécessite une utilisation répétée avant une maîtrise complète, maîtrise qu'a acquise le personnel de la CTA. Ainsi, la majorité des généralistes préfère pour le moment le rédiger via la CTA. De plus, dans cet outil de travail, il est demandé au généraliste de réfléchir en termes de problématiques et non de pathologies, ce qui demande une adaptation de sa façon d'appréhender la situation de ses patients dans sa globalité.

Pour faciliter l'appropriation de cet outil par les généralistes, l'accent devra être mis sur son utilisation lors des formations.

3.1.4 Dans la coordination des acteurs de proximité

L'impression première laissée par notre enquête est que majoritairement, les médecins traitants n'ont pas pleinement investi leur rôle de coordinateur au sein de la CCP. En effet, ils ont certes déjà de bons contacts avec les autres professionnels des soins de premier recours mais ne semblent n'avoir pas forcément l'envie ni le temps de s'investir dans une coordination formelle. Leur premier argument est le manque de temps. On peut également détacher le manque de moyens. Certes si cette action de coordination bénéficiait d'une rémunération suffisante, ils seraient peut-être plus enclins à s'y investir. Dans notre enquête, nous voyons bien que les médecins impliqués sont plus ou moins satisfaits de la rémunération, et lorsqu'ils le sont, c'est parce qu'ils estiment qu'elle est adaptée au temps qu'ils ont passé : c'est-à-dire un temps de repérage et d'évaluation primaire mais pas de coordination à proprement parler. De plus, on sait que les médecins n'ont pas bénéficié de formation à l'exercice de la coordination : un rôle de coordinateur suppose de connaître les compétences des acteurs avec lesquels on va être en interaction, d'être capable d'utiliser un langage compréhensible par tous, de pouvoir travailler en collaboration multidisciplinaire... Des compétences que les médecins généralistes actuels n'ont pas encore acquises pour le moment. Ainsi, pour les médecins enquêtés, leurs contacts réguliers avec les acteurs de proximité participent d'une coordination que l'on pourrait qualifier de « virtuelle » et qui correspond déjà à leurs pratiques actuelles.

3.1.5 Différentes visions du projet selon les professionnels

On peut en effet détacher différents profils d'activité chez les professionnels suivant leur implication dans le projet : certains professionnels se contentent de déléguer l'ensemble de la situation à la CTA et n'ont plus ensuite aucune implication, hormis leur fonction de soin et de validation du PPS. Comme nous en a fait la remarque un des médecins au cours de notre enquête : « Je leur file tout le bébé, avant je me le coltinais ». Cette vision du PAERPA comme système de délégation des tâches ne correspond pas à la vision initiale qui place le médecin généraliste au centre du processus. Cela peut se révéler un frein majeur à l'implantation du PAERPA. Cette attitude représente une tranche de la population médicale, peu encline aux changements de pratiques.

A l'autre extrême, nous avons également une tranche de la population médicale qui s'est investie elle-même dans la recherche de la compréhension du projet et qui change son regard sur la fragilité avec les outils mis à disposition.

Entre les deux, nous avons la majorité des généralistes qui s'est contentée d'inclure les patients, puis suit de manière un peu rapprochée ce qui est mis en place, tout en essayant de trouver sa place dans ce nouveau projet.

3.1.6 Le manque d'informations

Nous avons vu que les médecins peinent à assimiler tous les rouages du PAERPA, n'ayant pas pu intégrer toutes les informations. En effet, même si l'URPS a bénéficié d'un ETP pour l'information des médecins sur le PAERPA, celle-ci ne pouvait pas délivrer toute l'information nécessaire sur un temps aussi réduit qu'une réunion d'information ou de visite au cabinet. En effet, le projet PAERPA est vaste et complexe et l'objectif de la première rencontre était de présenter les grandes lignes du projet : population cible, périmètre géographique, objectifs, CTA et PPS et de transmettre les outils. Une fois que le médecin avait connaissance du projet, il pouvait choisir d'approfondir le sujet. Certains l'ont fait en intégrant des patients mais leur maîtrise du dispositif reste encore très partielle.

3.1.7 La résistance au changement

Une stratégie de gestion du changement est indispensable pour que les professionnels acceptent de modifier leurs façons de faire. Comme le note P. Bernoux dans la *Sociologie des Organisations* : « Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tous cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui-ci doit se raisonner en termes de pouvoir. Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner. »

Nous avons vu qu'en matière de changement, les généralistes ont bien intégré les nouveaux services disponibles pour les patients car ils y ont vu tout de suite un bénéfice. De plus, ils se sont bien adaptés à la nouvelle structure que représente la CTA (même si

organisationnellement parlant elle ne représente pas une nouvelle structure, pour les généralistes elle représente un interlocuteur nouveau). Pour les outils qu'ils doivent utiliser dans leur pratique comme la grille SEGA ou le PPS, on sent qu'ils en mesurent les avantages sans avoir pour l'instant pris le soin de les utiliser eux-mêmes.

Pour l'élaboration d'une CCP, les résistances à la collaboration peuvent être rapprochées de celles qui ont déjà été relevées dans les études portant sur l'implantation des maisons et centres de santé, notamment le fait que cette CCP « bouscule les cultures professionnelles établies ». En effet, le monopole d'exercice du médecin généraliste lui donne une « position dominante qui le rend peu enclin aux délégations. ». De plus, il est nécessaire de développer une connaissance des compétences de l'autre avant de pouvoir coordonner les actions de chacun dans le cadre optimal de ces compétences. (26) De plus, la réticence des médecins peut s'expliquer par le phénomène de dépendance au sentier, c'est-à-dire que les individus n'adoptent pas la nouvelle technologie car cela est plus facile pour eux de continuer à utiliser l'ancienne.

Or, pour l'instant, nous avons vu que les médecins généralistes n'avaient en moyenne inclus que deux patients. Ils n'avaient donc pas encore beaucoup d'expérience sur le fonctionnement du PAERPA.

Enfin, le changement des pratiques nécessite du temps. En effet, ce n'est pas une solution pratique comme une action ou un médicament qui est proposée ici au médecin généraliste, mais bien un changement profond de la vision de son métier. Cette conversion va nécessiter une formation appropriée, un accompagnement, et un encouragement financier.

3.2 L'implication des autres acteurs de proximité

3.2.1 Des acteurs de coordination

Dans notre étude, nous avons pu dégager deux autres profils d'activité qui ont grandement contribué à l'amélioration de la coordination de tous les acteurs sur le territoire nancéien du PAERPA : la CTA, le réseau Gérard Cuny et les autres structures de coordination gérontologique déjà présentes sur le territoire.

Si l'on se penche sur le profil de la CTA, nous pouvons constater sans conteste qu'elle a trouvé sa place comme intégrateur de coordination dans le cadre du PAERPA. Elle représente le guichet unique, qui regroupe à la fois le secteur sanitaire et le secteur médico-social et qui va servir de filtre et d'orientation vers les différentes structures. Ce rôle de porte d'entrée unique lui donne la légitimité nécessaire pour répondre à l'ensemble des problématiques posées par les personnes âgées. Elle sait ensuite déléguer à chaque acteur la part de travail qui lui revient. Elle réalise avec le médecin traitant une synthèse globale de la situation en repérant les problématiques posées, et met ensuite en forme le PPS, grâce auquel elle propose des actions ciblées pour répondre aux différents problèmes de la situation. Enfin, elle assure le lien avec les structures présentes sur le territoire en faisant appel aux professionnels concernés par la mise en place de telle ou telle action. Ainsi, les médecins généralistes, les patients ou les familles, n'ont plus besoin de tâtonner à la recherche du bon interlocuteur puisque celui-ci est directement contacté par la CTA.

Cette efficacité de la CTA comme vecteur d'intégration ressort de nos entretiens avec les médecins généralistes. En effet, la CTA leur a été d'une grande aide pour clarifier les situations, cibler les problématiques et mettre en forme le PPS. Ils ont bien conscience que ce n'est pas la CTA qui réalise les démarches auprès des structures qui vont ensuite intervenir auprès des patients, mais qu'elle délègue au bon interlocuteur en fonction de la situation.

Au niveau des acteurs, promoteurs du projet PAERPA sur le territoire de Nancy, nous voudrions souligner l'implication particulière qu'ont eue les professionnels déjà impliqués dans la coordination au niveau local et qui se sont révélés, dans le cadre du PAERPA des « coordonnateurs d'innovation ». (2) En effet, les responsables du CLIC local, les médecins du RGC de par leur connaissance des cultures professionnelles différentes et leur capacité de traduction (Bertaux et al. 2006), ont su se positionner pour développer et manager le projet PAERPA au niveau local et mobiliser les acteurs de leur réseau pour une meilleure adhésion. Ils se sont approprié le projet et ont travaillé à le rendre lisible aux autres acteurs de terrain, à singulariser les outils suivant les besoins du terrain en identifiant les écarts entre les préconisations théoriques et le vécu des différents acteurs dont la CTA.

Dans le territoire nancéien, même si il n'existe pas de filière gériatrique, la présence d'un réseau gériatrique, d'une équipe mobile gériatrique et de l'existence de conventions

passées entre le CHU et certains EHPAD avait déjà implanté une certaine culture de collaboration.

De plus, le partage de locaux entre la CTA, le RGC, le CLIC et le CG peut permettre de faciliter la coordination entre les professionnels par un partage fluidifié des informations. La colocation des différentes équipes facilite l'organisation de réunions, permet les échanges qui vont faciliter à chacun la connaissance et la compréhension des missions des autres, permettant ainsi une meilleure coordination.

3.2.2 Une implication plus modérée des autres acteurs de proximité

Nous avons vu qu'au niveau des autres professions paramédicales, l'implication a été moindre. Dans l'inclusion des patients cela peut s'expliquer par le fait que le médecin traitant doit rester la porte d'entrée principale.

Cependant, les autres acteurs de proximité sont invités à s'impliquer quel que soit le moment du processus. En effet, la formation de la CCP ayant pour but d'évaluer les différentes problématiques des patients par l'apport des compétences de chacun des professionnels, et de regrouper tous les professionnels d'une manière formelle, on peut constater que cet objectif de travail pluridisciplinaire et de partage des compétences n'est qu'à moitié atteint.

Or, même si les URPS kiné, infirmiers et pharmaciens se sont investis dans la communication sur le PAERPA au sein de leurs professions, il y a eu un délai d'information par rapport aux médecins.

Or, il est souvent reproché aux médecins généralistes d'être peu enclins aux changements de modes de travail et de rémunération, trop attachés qu'ils seraient à l'exercice libéral et à la rémunération à l'acte. Pourtant, dans le cadre du PAERPA on voit que leur implication a été beaucoup plus importante que celle des kinésithérapeutes ou même des infirmiers (pourtant très attachés à la naissance des nouvelles professions d'infirmières coordinatrices et infirmiers cliniciens qui valorisent la coordination interprofessionnelle). Mais les médecins ne pourront pas exercer leur rôle de coordinateur, ni même réaliser un travail pluridisciplinaire, si les autres professions de santé ne s'impliquent pas d'avantage dans ce projet.

3.3 La population incluse dans le PAERPA

3.3.1 Une population représentative de la population PAERPA de la CUGN

Nous avons noté que la population incluse correspondait aux proportions de la CUGN, que ce soit au niveau des critères d'âges et de sexe. La proportion de personnes vivant à domicile dans notre échantillon était plus élevée que sur le territoire et la quasi-totalité des patients notent comme préférence le maintien à domicile. De plus, par rapport aux chiffres du réseau, beaucoup moins de patients provenaient de l'hôpital, c'est-à-dire qu'on était en amont du point de rupture. Un des buts du repérage de la fragilité étant de retarder l'entrée en institution, par le maintien des capacités fonctionnelles, la localisation et les préférences des personnes sont donc en adéquation avec les objectifs théoriques du PAERPA.

De plus, la quasi-totalité des patients n'est pas sous protection juridique, c'est-à-dire qu'ils ont encore la faculté de défendre eux-mêmes leurs intérêts. Le fait d'être sous protection est souvent le corollaire d'une perte importante d'autonomie et dépasse donc le cadre du PAERPA.

On a vu que les problématiques principales des patients étaient les problèmes de mobilité, les problèmes liés au traitement, les troubles de l'alimentation. Or, ces 3 problématiques correspondent aux 3 points de rupture identifiés par la HAS dans le PAERPA.

3.3.2 Un tiers de la population au-delà du repérage de la fragilité

Tout d'abord, nous avons déjà relevé qu'un dixième des situations étaient complexes puisqu'elles nécessitaient la présence d'un coordinateur d'appui, comme prévu par la HAS.

Ensuite, un tiers des patients bénéficie déjà de l'allocation personnalisée d'autonomie et se situe donc en aval de la dépendance. Cette proportion est plus élevée que celle du territoire de la CUGN pour la même population. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, quel que soit leur niveau de GIR, sont plus susceptibles de présenter des critères de fragilité qui apparaîtront de façon plus évidente aux soignants. Ils ont déjà été repérés, et sont donc plus susceptibles de l'être

de nouveau dans un contexte qui présente des similitudes avec l'évaluation de la perte d'autonomie.

Nous avons également vu que le nombre de problématiques par patient était assez élevé compte-tenu de leur situation théorique de fragilité. De plus, plus de la moitié des patients ont des incapacités dans la vie quotidienne et présentent donc déjà une certaine forme de dépendance. Ils sont donc au-delà du repérage de la fragilité. De même le tiers des patients qui présente des difficultés à prendre soin d'eux.

Enfin, nous avons vu que les demandes d'EGS arrivent en première place au niveau des actions à réaliser. Certes, dans le guide d'utilisation du PPS de l'HAS, le médecin traitant peut s'appuyer sur un réseau gériatrique ou une équipe mobile de gériatrie pour réaliser l'évaluation de la situation du patient, lors des situations complexes. Cette proportion de « situations complexes » est élevée compte-tenu de la population théorique cible.

Cet élargissement de la population cible à une population dont la dépendance est déjà amorcée correspond à un besoin d'une population qui est déjà dans le curatif mais nécessite également la mise en place d'aides et de solutions de prévention secondaire pour anticiper les récurrences d'événements négatifs, et de coordination pour fluidifier leur parcours de santé souvent complexe.

3.3.3 Un tiers des patients déjà connu du RGC

Un tiers des patients est également déjà connu du réseau gériatrique. Cela peut sembler étonnant étant donné que nous avons exclu de notre étude les patients dont les PPS ont été transposés à partir du réseau. Or, cette transposition a pris du temps au moment du lancement du PAERPA. Entre temps, certains patients ont donc été repérés pour l'inclusion par les acteurs de proximité.

3.4 L'élaboration des PPS

3.4.1 Des appels d'anticipation

La majorité des appels ne revêtaient pas un caractère d'urgence. Or, le but du repérage précoce de la fragilité est d'anticiper ces situations d'urgence, de les prévenir mais

également, lorsqu'elles se présentent, d'avoir une attitude coordonnée autour de la personne fragile dont la situation peut se décompenser lors de certains événements aigus. Etant dans la période de montée en charge du dispositif, il est donc normal qu'un certain pourcentage d'appels soit pour des personnes en situation aiguë.

De plus, lors de notre évaluation, les solutions de prise en charge à domicile en urgence comme l'aide à domicile d'urgence n'avaient pas encore été mises en place. Les médecins généralistes ne pouvaient donc pas en faire la demande, même si nous avons vu dans les résultats de notre enquête auprès d'eux que c'est une attente importante de leur part d'avoir des solutions pour ces situations.

Le but de l'évaluation continue du dispositif sera à terme de vérifier si cette proportion d'inclusion en situation d'urgence diminue et si les situations d'urgence ultérieures se présentent chez un plus grand nombre de personnes déjà repérées et donc déjà dans le dispositif et si cela améliore leur prise en charge.

3.4.2 Un renseignement insuffisant des personnes référentes

Nous avons vu que dans plus de la moitié des cas, la personne référente est non renseignée ou non connue. Toutefois l'article L 1111-6 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades renforce l'importance du renseignement de la personne référente. Les citoyens français et les soignants sont de plus en plus sensibilisés sur ce point, il faut donc espérer qu'à l'avenir cette partie du PPS sera mieux renseignée grâce à la coopération des médecins généralistes et leur implication sur ce point.

3.4.3 Les actions mises en place dans le PPS

3.4.3.1 L'expertise gériatrique par le réseau gérontologique

Celle-ci représente une part importante de l'activité mise en place dans le cadre du PAERPA. Elle correspond à la mission fixée par le guide de la DGOS de 2011 (76) qui fixe les missions des réseaux notamment en matière de coordination d'appui aux soins des professionnels de santé. Ce rôle du réseau est donc tout d'abord de réaliser une expertise globale de la situation à domicile, c'est-à-dire dans l'environnement quotidien. L'évaluation permet dans le cas du PAERPA d'explorer plus spécifiquement les personnes pour lesquelles la situation est mal connue du médecin traitant et nécessite selon lui une évaluation approfondie. Cette évaluation va permettre au réseau de préconiser ensuite des solutions à mettre en place dans le PPS. Ce choix de l'implication fréquente du réseau dans la démarche PAERPA peut s'expliquer certes par la fréquence des situations complexes, comme nous l'avons vu précédemment, mais également par l'habitude que les médecins généralistes avaient déjà prise de faire appel au réseau pour l'évaluation des personnes âgées à domicile. (77)

3.4.3.2 Des solutions ciblées sur ces points de rupture

Nous avons vu que le nombre d'actions mises en place croît avec le nombre de problématiques identifiées. Ces problématiques majeures correspondent aux trois points de rupture identifiés dans le PAERPA.

Un tiers des patients bénéficient d'une adaptation du domicile ou de matériel adapté, la plupart du temps suite à une évaluation ergothérapique. L'enquête handicap-santé de 2008 réalisée par la DRESS et l'INSEE en 2008 recensait 25% des personnes âgées de plus de 60 ans qui avaient recours à une aide technique ou avaient fait réaliser un aménagement de leur logement. Or on sait que le recours à des aides techniques ou à l'aménagement du logement est un des facteurs favorisant le prolongement de l'autonomie. En effet, ils permettent de retarder le recours à l'aide d'un professionnel et contribuent à la prévention de la perte d'autonomie (prévention des chutes ou des accidents de la vie courante par exemple). Dans le contexte du PAERPA, cette évaluation est donc essentielle, même si nous avons vu qu'elle n'aboutit pas forcément à des aides pratiques. En effet, l'ergothérapie ne

semble pas avoir ciblé les problématiques des patients du projet et adapté les solutions en fonction de cette population.

Or les ergothérapeutes ont été également confrontés à la nécessité de changer leurs pratiques. En effet, exerçant tous un travail salarié, ils sont passés dans le PAERPA à un travail libéral, incluant de nouvelles contraintes, et notamment la réalisation d'une évaluation des besoins au domicile. Cette profession va donc également avoir besoin de formations spécifiques pour comprendre les enjeux de leur travail dans le PAERPA, d'être associée ou informée des problématiques des patients via le PPS et d'élaborer des outils d'intervention adaptés.

Un tiers des patients va donc bénéficier d'une APA ou d'une rééducation à la mobilité. Or on sait que la pratique d'une activité sportive ou physique contribue à un vieillissement sain. Elle contribue à limiter la perte d'autonomie par une amélioration de la force musculaire, de l'équilibre, de l'endurance et de l'état osseux. Quel que soit l'état de fragilité du patient, elle peut donc être bénéfique. Nous avons vu dans notre enquête qu'elle a en outre d'autres aspects positifs, notamment sur l'isolement. (78)

Au niveau des patients qui bénéficient soit d'une surveillance de la prise du traitement ou du pilulier électronique, nous avons une proportion très élevée par rapport à la population comparable en France. Or il existe un biais de sélection puisque 35,7% de nos patients repérés comme fragiles avaient une problématique liée à la prise du traitement. Quand on sait que 50 à 70% des EIM sont évitables grâce à une prise en charge appropriée et que la prévention des effets iatrogéniques liés aux médicaments fait partie des quatre points clés du PAERPA, on comprend mieux cette forte proportion de patients bénéficiant d'une prise sécurisée du traitement que ce soit par une infirmière ou par un pilulier électronique. La plus grande proportion de patients bénéficiant de l'aide d'une infirmière s'explique par le peu d'enthousiasme des généralistes par rapport au pilulier électronique. De plus les critères d'inclusion pour ce type d'outils sont restrictifs notamment chez les personnes âgées (absence de troubles cognitifs ou du comportement, absence de traitement anticoagulant ou fluidifiant sanguin...). (79) Or, de même que pour toutes les professions vues précédemment, les pharmaciens vont également devoir adapter leurs pratiques pour que le pilulier s'implante et fonctionne au niveau du territoire.

Il en va de même pour les problèmes de nutrition. On sait que la dénutrition protéino-énergétique induit un très haut risque de dégradation de la qualité de vie de la personne en

accélérant le processus de certaines maladies chroniques et en favorisant la survenue d'autres pathologies. Il faut donc veiller attentivement aux apports nutritionnels et pour aider les personnes âgées à conserver leur autonomie le plus longtemps possible, améliorer les prestations de portage des repas. (60)

Enfin, pour la mise en place d'aides financières qui ne fait pas partie des points de rupture du PAERPA, nous savons que le niveau de ressources conditionne fortement le choix du maintien à domicile. Les finances des patients vont déterminer les possibilités auxquelles ils pourront avoir recours. Or une partie du coût de la dépendance est prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie et les aides d'adaptation du logement, ce qui peut contribuer à la prévention de la perte d'autonomie et donc au maintien à domicile. Selon un rapport de l'INSEE, le revenu médian des ménages de plus de 75 ans chute à 15300 euros par an, c'est-à-dire 1600 euros de moins que le revenu médian métropolitain. Notre étude est concentrée sur le Grand Nancy où la situation est un peu meilleure puisque les revenus des plus de 75 ans y sont plus élevés que dans le reste de la Meurthe-et-Moselle. Il est toutefois nécessaire que le PAERPA favorise un meilleur accès des personnes fragiles à ces ressources pour améliorer la qualité de vie des patients à domicile. (80)

Il existe également une grande attente de la part des généralistes concernant l'aide à domicile d'urgence. Certains problèmes aigus ne pouvant être anticipés et ne nécessitant pas forcément une hospitalisation peuvent être gérés grâce à cette aide à domicile. Cela permettrait également de garder les places d'hospitalisation, occupées pour l'instant par des patients ne le nécessitant pas forcément, pour d'autres patients avec des problèmes plus ou moins aigus qui pour l'instant ne peuvent pas bénéficier de ces places. Elle a été mise en place depuis notre étude.

3.4.4 Un PPS qui a vocation à être réévalué régulièrement

Le PPS n'ayant pas une vocation à être fixe mais à être réévalué régulièrement, puisque c'est une « photographie » de la situation du patient à un moment donné, le plus intéressant sera d'évaluer si la mise en place des aides destinées à pallier les problématiques identifiées, permet, à terme, de diminuer le nombre de problématiques. Il faudra également étudier à terme qui s'implique dans la réévaluation de ces PPS : si les médecins s'impliquent dans ce processus de réévaluation, avec ou sans l'aide de la CTA ou du réseau.

3.5 Les autres vecteurs d'implantation du PAERPA au niveau local et national

Certains autres facteurs clés de réussite de l'intégration ont été ciblés par Petch. (15) Nous allons les voir ici.

3.5.1 Le leadership ou pilotage

Dans de nombreuses études, le pilotage apparaît comme le facteur central de réussite de l'implantation de l'intégration. Dans le contexte du PAERPA, il se situe à la fois au niveau national et au niveau régional. Nous avons vu qu'il existait un pilotage national et le pilotage régional de l'ARS. En effet, le projet correspond au champ de compétences de l'ARS puisqu'il regroupe les aspects sanitaire et médico-social de la prise en charge. Cela donne donc la légitimité à l'ARS pour mener à bien les actions nécessaires sur le territoire pour la mise en œuvre du projet.

3.5.2 Le contexte local

L'intégration ne répond pas à un modèle unique. Elle va dépendre du contexte local et du projet. Dans le cadre du PAERPA, un diagnostic territorial établi par l'ANAP a déjà permis de recenser pour chaque territoire les spécificités démographiques et les offres de soins et de service à destination des patients âgés déjà présentes sur le territoire ainsi que leur organisation. Ensuite, une marge de manœuvre a été laissée aux ARS pour adapter leur projet au contexte du territoire. L'adaptation du projet au territoire nancéien pourra permettre de préconiser certaines solutions au niveau national, mais toutes ne correspondront pas forcément à tous les territoires.

3.5.3 Financement

Le PAERPA se fonde sur le financement du FIR. Celui-ci permet une mise en œuvre de multitudes d'actions et une meilleure organisation.

3.5.4 Le temps

Le temps est un facteur majeur dans le processus d'intégration, tout d'abord pour permettre à tous d'être informés, ensuite pour permettre le changement progressif des pratiques qui est attendu. Or, l'expérimentation PAERPA devant se dérouler sur 5 ans, cela peut être un frein pour son implantation, les acteurs n'ayant pas la volonté de changer pour un temps aussi court. Même si cela va influencer l'implication des acteurs, il faut espérer que sur ce laps de temps, certaines pratiques auront suffisamment changé pour permettre sa poursuite. Dans tous les cas, elles auront été bénéfiques, mais si le PAERPA devait cesser au moment où les professionnels maîtrisent les outils et le concept, cela pourrait les décourager de s'investir dans des expérimentations ultérieures qui demandent toujours un gros travail d'adaptation.

3.5.5 Les systèmes d'information

L'objectif du PAERPA étant également le développement des systèmes d'information, on peut espérer que l'utilisation effective du système LIGO et de la messagerie sécurisée permettra encore une amélioration de la transmission des informations. Pour le médecin traitant, il pourra servir de base de transfert et d'outil de suivi du PPS. En tout cas, lors de la saisie de nos informations à la CTA où il est déjà efficace, nous avons constaté son efficacité et sa clarté sur l'organisation des informations dans le PPS.

4 Les changements déjà observés depuis notre travail

4.1 Le nombre de médecins informés

A dix mois et demi de lancement du PAERPA sur le territoire de la CUGN, c'est-à-dire mi-août 2015, 117 médecins généralistes ont été sensibilisés sur les 332 du territoire, soit 35,2% des médecins sensibilisés.

4.2 Les PPS formés

A la même période, 474 PPS ont été créés, dont 64 PPS réévalués c'est-à-dire 410 personnes incluses. Sur l'objectif de 3000 PPS fixés par l'ARS pour fin 2016, le pourcentage est donc de 15,8%. Si l'on suit un modèle linéaire, on atteint 1174 PPS fin 2016, soit 39,1% des objectifs. Or on peut espérer que l'inclusion sera plutôt exponentielle, car de plus en plus de professionnels seront informés au fur et à mesure de la montée en charge du projet.

4.3 Les actions mises en œuvre

A cette même période, en termes de services bénéficiant aux patients, nous avons 22 piluliers (22% de l'objectif). Pour fin 2016, on atteindrait 55 piluliers en suivant le même modèle linéaire que précédemment, soit 55% de l'objectif.

On a également 65 bénéficiaires d'un ergothérapeute (43,3% de l'objectif). Fin 2016, on aurait 160 évaluations ergothérapeutiques, ce qui dépasserait l'objectif de 150 de l'ARS.

Nous avons 89 mises en place d'APA (35,6%), On atteindrait 220 APA fin 2016, soit 88% de l'objectif.

61 séjours temporaires en EHPAD (dont 51 en sortie d'hospitalisation et 10 à partir de la ville) représentent 13,9% de l'objectif des 439. On atteindrait 151 séjours fin 2016, soit 34,4% de l'objectif.

Les 35 services à domicile en sortie d'hospitalisation sur les 220 prévus représentent 15,9% de l'objectif. On serait à 87 fin 2016, soit à 39,5% de l'objectif.

Enfin les 3 patients bénéficiaires d'un répit de nuit à domicile sur les 50 prévus (6%) atteindraient 7 répits fin 2016 soit 14% de l'objectif. Or ce service n'était pas encore mis en place au moment de notre analyse.

4.4 L'évolution du PPS

Depuis notre enquête, d'une part le réseau Gérard Cuny en collaboration avec la CTA a travaillé à l'amélioration du PPS, ce qui a abouti à la mise en place de listes déroulantes plus claires et synthétiques, simplifiant son utilisation par les acteurs.

D'autre part, un groupe de travail de l'HAS travaille à l'élaboration d'une nouvelle version du PPS. A cette fin, une enquête de satisfaction menée par la HAS sur les propositions d'un groupe de travail a recueilli les avis des généralistes participant au PAERPA sur les différents territoires pilotes. Une version en ligne du PPS a été élaborée permettant à chacun des acteurs de suivre la progression des PPS des patients le concernant, la CTA ayant accès seule à l'ensemble des PPS.

Ainsi, certains professionnels du territoire nancéen se sont lancés dans la rédaction, seuls, des PPS.

5 Pistes de réflexion

Nous avons vu que l'implication des généralistes était centrale dans la réussite du projet PAERPA. Or elle se heurte à plusieurs obstacles dont le principal est la résistance aux changements de pratique que peuvent opposer les médecins.

Pour la surmonter, la CTA avec les URPS et l'ordre des médecins pourraient avoir un rôle **d'accompagnement pour changer les pratiques professionnelles** : par exemple en aidant à la rédaction du PPS, en donnant des pistes d'orientation pour organiser et mener la coordination, en impliquant les professionnels par des projets différents du PAERPA au niveau du territoire...

De plus, l'exemple et le témoignage de confrères ayant fait la démarche de changer leur vision de la fragilité et de s'investir dans le remplissage du PPS de façon autonome pourrait être un moteur pour l'investissement des autres médecins.

Enfin, au niveau des incitations financières, on pourrait proposer une rémunération au forfait spécifique pour le temps de repérage et celui d'évaluation, en plus de celle dédiée à la coordination de la CCP. Cela permettrait une implication des acteurs dans tous les segments de la prise en charge.

Un nouveau modèle de formalisation de la CCP qui ne serait pas physique mais se réaliserait par contacts réguliers renforcés pourrait correspondre à l'activité de coordination déjà exercée par les médecins généralistes et mieux s'adapter à leur pratique.

Au niveau de la population incluse, le fait d'accepter que le PAERPA puisse correspondre à d'autres populations que la population présentant des critères de fragilité peut participer à son expansion au niveau du territoire. En effet, même si l'on se situe au-delà de la perte d'autonomie, il y a toujours un travail de prévention et d'accompagnement à faire pour cette population, ce qui correspond pleinement à la mission du PAERPA.

Enfin, nous avons vu que la mobilité est un problème majeur. Ainsi, les politiques publiques dans le champ de la prévention pourraient s'axer sur ce problème majeur afin d'intervenir avant l'apparition de cette problématique. Ainsi, leur efficacité pourra se mesurer dans la réévaluation des PPS et l'étude des nouveaux PPS formés, en analysant si ce critère revient aussi souvent.

V. Conclusion

La réalisation d'une étude qualitative nous a permis de constater quelle était la satisfaction des généralistes et leur implication dans cette première phase de lancement du projet PAERPA sur le territoire de la CUGN.

L'outil PAERPA rassemble plusieurs aspects positifs pour la pratique des médecins généralistes : une coordination territoriale d'appui forte qui permet de centraliser tous les appels, aide à la rédaction des PPS et se charge de déléguer les actions à mettre en œuvre à chacun des intervenants ou des structures ; des outils formalisés comme le PPS qui permettent de centraliser les patients à risque, d'avoir une vision claire des problématiques soulevées, de mettre en place des solutions adaptées et d'assurer un suivi du patient ; enfin des aides pour prévenir la perte d'autonomie.

Si les généralistes n'ont pas encore intégré toute l'importance de la place qu'ils doivent prendre dans le PAERPA, cela peut s'expliquer par différents facteurs. En effet, on passe dans ce projet du « *cure* » au « *care* », du soin à la prévention de la perte d'autonomie, de la réflexion par pathologies à celle par problématiques, de la coopération à la coordination des acteurs de proximité. Ces changements de pratiques attendus et favorisés par le PAERPA nécessitent un accompagnement fort et du temps, mais surtout dépendront de la motivation des professionnels qui découlera de leur satisfaction ou non quant au projet.

Notre étude transversale nous a permis d'analyser les critères déterminant la population incluse dans le projet PAERPA sur le territoire de la CUGN. Si une grosse part des patients inclus correspond à la population PAERPA de la CUGN, il reste qu'une part non négligeable des patients dépasse le stade de la fragilité. Cependant, cette population a également des besoins qui peuvent être résolus par le PAERPA : le besoin de prévention secondaire par rapport aux chutes ou aux événements secondaires aux médicaments par exemple, le besoin de coordination des acteurs, et le besoin d'un guichet unique auxquelles elles puissent s'adresser. Ainsi, elle y trouve toute sa place.

De l'analyse transversale de ces deux études, nous retenons le rôle particulier qu'a la CTA. Comme guichet unique, elle réalise une porte d'entrée à la fois sanitaire, médico-sociale et sociale pour les patients. En plus de centraliser tous les patients à risque, cela lui donne la légitimité pour déléguer en amont toutes les actions proposées dans les PPS aux différents

acteurs concernés, se plaçant ainsi dans l'organisation des soins comme un système d'intégration.

Bibliographie

Ouvrages cités :

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Paris. FRA. Stratégie nationale de santé. Feuille de route. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé; 2013 p. 32p.
2. BLOCH MA, HENAUT L, HAVIS D. Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris: Dunod; 2014.
3. BLANPAIN N, CHARDON O, =Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE PREMIERE. oct 2010;(1320):4p.
4. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010. Paris: HCAAM; 2010 avr p. 11p.
5. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris. FRA. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : 2007-2011. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2007.
6. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011. Paris: HCAAM; 2011 juin p. 186p.
7. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Doss Solidar SANTE. 2009;(12):66p.

8. VERVIALLE A, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA / com. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires : une réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours ? 2011.
9. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. (I.S.N.A.R.I.M.G.). Lyon. FRA. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. [Internet]. Lyon: ISNAR IMG; 2011 p. 30p. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf
10. BLANCHARD P, ESLOUS L, YENI I, LOUIS P, =Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Évaluation de la coordination d'appui aux soins. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2014 p. 123p.
11. JAFFRE D. Exercice coordonné : un cas complexe ? Object SOINS Manag Rev CADRES SANTE. janv 2014;(222):29-31.
12. BLOCH MA, HENAUT L, SARDAS JC, GAND S, =Ecole des Mines. Centre de Gestion Scientifique. Paris. FRA, =Fondation Paul Bennetot. Paris. FRA / com., et al. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Paris: Fondation de l'Avenir; 2011 p. 240p.
13. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Protocole de coopération entre professionnels de santé. [Internet]. 2014 p. 6p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf
14. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). Integrated health services-what and why ? [Internet]. world health organisation (WHO); 2008 p. 8. Report No.: 1. Disponible sur: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf

15. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? » [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 sept p. 38. Disponible sur:
[http://www.unrsante.fr/web_documents/note_integrat..._25_09_2014.pdf](http://www.unrsante.fr/web_documents/note_integrat...)
16. ASSOCIATION DES POLES ET MAISONS DE SANTE LIBERAUX PAYS DE LA LOIRE. Guide d'accompagnement à l'élaboration d'un protocole pluri professionnel en maison de santé [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/wp-content/uploads/2015/01/Guide-protocoleVF.pdf>
17. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Comment élaborer et mettre en oeuvre des protocoles pluriprofessionnels ? Note méthodologique et de synthèse documentaire. 2015 p. 20p.
18. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Coopération entre professionnels de santé. Élaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST. Tome 2. Guide méthodologique. 2010 p. 56p.
19. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
20. Code de la santé publique - Article L1111-23. Code de la santé publique.
21. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Autorisation unique n° AU-037 - Délibération n° 2014-239 du 12 juin 2014 portant autorisation unique de mise en œuvre, par les professionnels et établissements de santé ainsi que par les professionnels du secteur médico-social habilités par une loi, de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité l'échange par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée [Internet]. Sect. santé, CNIX1416668X juin 12, 2014. Disponible sur:
<http://www.cnil.fr/documentation/deliberations/deliberation/delib/314/>

22. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), ministre des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MMSanté dans les établissements de santé [Internet]. AFSH1431019] déc 23, 2014 p. 6. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf
23. Code de la santé publique - Article D6124-25. Code de la santé publique.
24. RITTER P, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Paris. FRA. Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS) : présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2008.
25. NABET N, OLIVIER P, COURREGES C. L'ARS : pilote de la politique de santé régionale. Agences Régionales Santé Un Après Doss. mars 2011;(74):22 - 34.
26. ATALAYA J, CORALIE C, COSSEC E, COUVREUR G, GOURRAUD C, IRLES A, et al. Les maisons et pôles de santé : des outils pour faire du premier recours et des acteurs un segment indispensable à la politique de santé publique. 2014.
27. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
28. Code de la santé publique - Article L6323-1. Code de la santé publique.
29. Code de la santé publique - Article L6323-4. Code de la santé publique.
30. DROUAIS PL, =Collège de la Médecine Générale. (C.M.G.). Paris. FRA. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Paris: Collège de la Médecine Générale; 2015 p. 91p.
31. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786, BCFX0766311L déc 19, 2007.

32. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 PUPILLES DE L'ETAT. 53-1186 nov 29, 1953.
33. Décret n°81-448 du 8 mai 1981 RELATIF AUX CONDITIONS D'AUTORISATION ET DE PRISE EN CHARGE DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES. 81-448 mai 8, 1981.
34. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Code de l'action sociale et des familles, MESX0100027L.
35. Direction générale de l'action sociale, sous-direction des âges de la vie, Bureau des personnes âgées. Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - modalités de la campagne de labellisation pour 2001. MESA0130196C mai 18, 2001.
36. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303, MESX0100092L mars 4, 2002.
37. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». SANH0730381C mai 15, 2007.
38. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. MESH0230123C mars 18, 2002.
39. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. SANH0730182C mars 28, 2007. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

40. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. code de la santé publique, SPSX9000155L juill 31, 1991.
41. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA n° 2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA). Sect. santé-protection sociale-solidarité, AFSA1300860C janv 10, 2013 p. 33.
42. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
44. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), ministère chargé de la santé. Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
45. DURGNON P, GUILLAUME S, NAIDITCH M, ORDONNEAU C, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Quest Econ SANTE. juill 2007;(124):1-4.
46. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes - Article Annexe XIII. Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, 22 septembre 2011.
47. Société Française Médecine Générale. (S.F.M.G.). Paris. FRA. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Paris: SFMG; 2010 p. 13p.

48. BARNAY T, HARTMANN L, ULMANN P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Rev FRANCAISE Aff Soc. 03 2007;(1):109 - 26.
49. CHKAIR S, BOUVET S, DAURES JP, LANDAIS P, CASTELLI C. Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives. J Gest Econ MEDICALES. 2014;32(4):280 - 90.
50. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Paris: HCAAM; 2012 mars p. 31p.
51. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 2 : Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient. Paris: HCAAM; 2014 oct p. 6p.
52. GENOLINI JP, ROCA R, ROLLAND C, MEMBRADO M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? Sci Soc SANTE. 2011;29(3):81 - 122.
53. FOURNIER C, ATTALI C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. Med Rev UNAFORMEC. 2012;8(3):123 - 8.
54. PARAPONARIS A, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. FRA / com. La médecine générale face à ses nouvelles missions de santé publique. 2007.
55. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), Confédération des Syndicats Médicaux Français, Fédération Française des Médecins Généralistes, Syndicat des Médecins Libéraux. Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. juill 26, 2011.
56. INSEE. Insee - Santé - Maladies - Accidents [Internet]. [cité 27 juill 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T13F091

57. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
58. Insee - Population - Personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 27 juill 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
59. CALVET L, MONTAUT A. Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Doss Solidar SANTE. août 2013;(42):28p.
60. TEIXEIRA A. Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses. Neurol-Psychiatr-Gériatrie NPG. juin 2015;15(87):134-7.
61. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Fiche points-clés et note méthodologique et de synthèse documentaire. Paris: HAS; 2013 p. 8+14p.
62. MOUNIER C, WAQUET C, LIBAULT D, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. FRA, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes : rapport du Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2013.
63. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. FRA, Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris. FRA / éd. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
64. LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - Article 70 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/12/21/2011-1906/jo/article_70

65. LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - Article 48 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/2012-1404/jo/article_48
66. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel 2010. Paris: HCAAM; 2010 nov p. 96p.
67. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? 2014 p. 8p.
68. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). 2014 p. 14p.
69. LEFEVRE G. Pour anticiper le phénomène du vieillissement sur le Grand Nancy : « pré-seniors », « mid-seniors » et « grands seniors ». INSEE. nov 2009;(190):6.
70. RICHET D. Pauvreté-précarité en Meurthe-et-Moselle : plus de 42 000 ménages vivent sous le seuil de bas revenus. INSEE. juill 2012;(288):10.
71. KUBIAK Y, ARS Lorraine. Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. INSEE. juill 2012;(289):5.
72. Agence Régionale de Santé Lorraine, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social STATISS 2011. ARS Lorraine; 2011.
73. INSEE. Projections départementales de population à l'horizon 2030. INSEE; 2009.
74. BERRARD P-Y, INSEE Lorraine. La Lorraine en 2040 : stagnation démographique. INSEE. déc 2010;(239):4.
75. ANOBIS A. Choix et mise en place d'une méthodologie d'enquête de besoin dans le cadre d'une démarche marketing Le cas d'un cabinet de conseil en stratégie et

management [Internet] [Mémoire pour obtenir le Titre professionnel « chef de projet en ingénierie documentaire » INTD niveau I]. Conservatoire national des arts et métiers Institut national des techniques de la documentation; 2009. Disponible sur: http://memic.ccsd.cnrs.fr/mem_00523838/document

76. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de l'offre de soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? guide méthodologique. 2012 oct p. 71p.
77. LACAILLE S, PASSADORI Y, ABRAHAM E, SEBBAGH-ECZET M, MAUGOURD M-F. PAERPA. Etape 4-l'expertise gériatrique en soutien aux équipes de proximité. 20 oct 2013;135(8):627-32.
78. AQUINO JP. PAERPA. Etape 1-La prévention de la perte d'autonomie : une figure imposée. Concours Méd. 20 oct 2013;(8):611-5.
79. DOUCET J, QUENEAU P, DREUX C, NORDMANN R, DE GENNES J-L, =Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique. (A.P.N.E.T.). FRA. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés : Accidents médicamenteux : comment les prévenir. Bull Acad Natl Med. 2005;189(8):1693-709.
80. Insee. Vivre et Vieillir en Meurthe-et-Moselle : projection à l'horizon 2020. Econ Lorraine. févr 2009;(155):6.

Ouvrages consultés :

81. LÉBOUDE G, FERRY J-P, VUATTOUX P, =Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie. Besançon. FRA, =Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté. (U.R.C.A.M.). Besançon. FRA. Controverse. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont-elles l'avenir de la promotion de la santé ? In 2008. p. 1-5.
82. FOURNIER P. La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Réseaux Coord. mars 2002;(100):131-45.
83. AFRITE A, MOUSQUES J, RICAN S, =Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Quest Econ SANTE. sept 2014;(201):8p.
84. AFRITE A, BOURGUEIL Y, DANIEL F, MOUSQUES J, COURALET PE, CHEVILLARD G, et al. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Quest Econ SANTE. 8 juill 2013;(189):01-6.
85. BRETON M, LEVESQUE JF, PINEAULT R. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. Prat Organ SOINS. 06 2011;(2):101-9.
86. TEIXEIRA A. Projet PAERPA : retour d'expérience du Nord-Est de Paris. Neurol-Psychiatr-Gériatrie NPG. juin 2015;15(87):129-33.

87. BROCAS A-M. Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ?
Polit Organ Soins Prim En Eur Aux États-Unis Quels Enseign Pour Fr. 09
2010;(3):105 - 10.
88. BOURGUEIL Y. Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ?
D'une approche globale centrée sur les besoins de base à une approche centrée sur
l'organisation des soins. Organ Soins Prim Doss. 02 2011;(538):12 - 6.
89. BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J, =Institut de Recherche et de Documentation en
Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Trois modèles types d'organisation des
soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quest Econ
SANTE. avr 2009;(141):1 - 6.

Annexes

Annexe 1 : Grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Annexe 2 : grille SEGA

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance :
/ ___/

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des repas)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	$8 < \text{Score} \leq 11$ Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---------------------------------------

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

Le questionnaire suivant a pour objectif d'aider la décision d'initier un PPS.

Le déclenchement d'un PPS nécessite de répondre OUI à deux questions successives :

1. la présence **d'au moins un critère pouvant conduire à une démarche de type PPS**. Cependant, tous les patients, dont la situation répond à un de ces critères, ne nécessitent pas un PPS ; il n'existe pas non plus actuellement de données pouvant justifier un effet seuil, lié à la présence de deux ou plusieurs critères ;
2. la nécessité **d'élaborer et de suivre un plan d'actions formalisé pour la mise en œuvre d'interventions pluriprofessionnelles à plusieurs**, sous la responsabilité du médecin traitant. C'est la réponse positive à cette seconde question qui détermine en dernier ressort la décision d'initier un PPS : cette réponse dépend du jugement clinique du médecin, de sa perception du patient, du contexte de soins et de ses possibilités de prise en charge.

Enfin, l'acceptation de la personne est indispensable pour initier la démarche du PPS.

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.

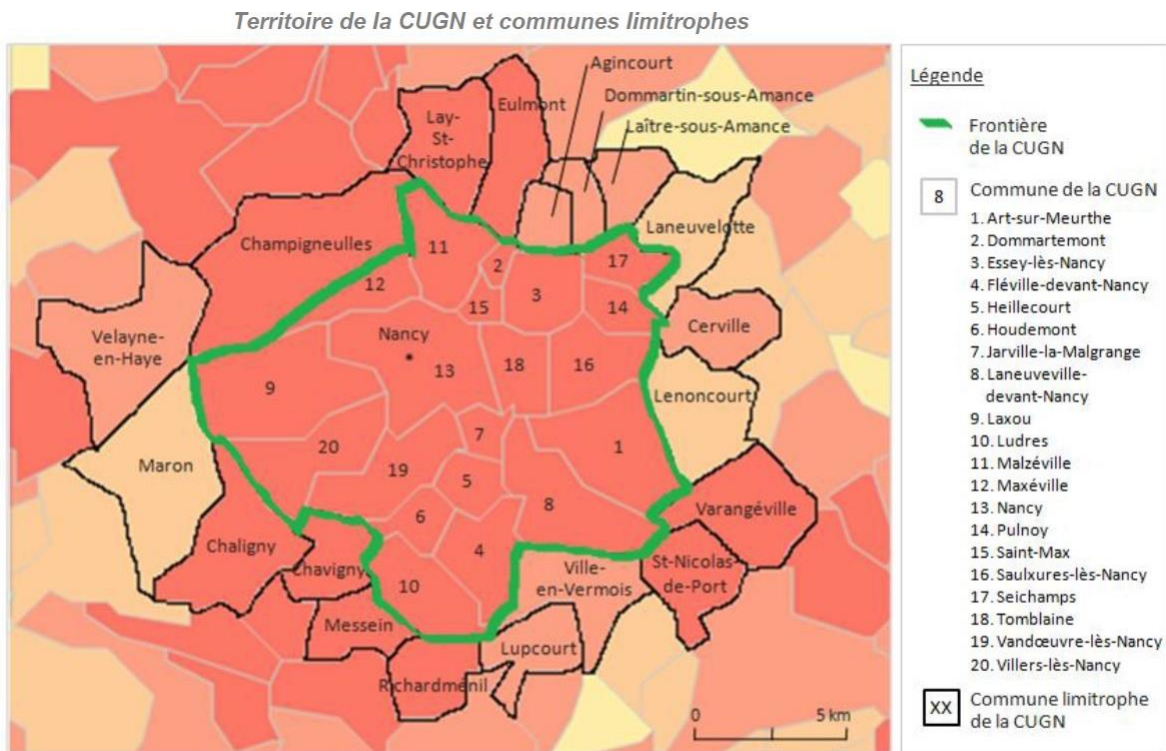
Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
<input checked="" type="checkbox"/> a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
<input checked="" type="checkbox"/> a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
<input checked="" type="checkbox"/> a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 ?			
<input checked="" type="checkbox"/> a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?		
<input checked="" type="checkbox"/> accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

Annexe 4 : cartographie de la CUGN

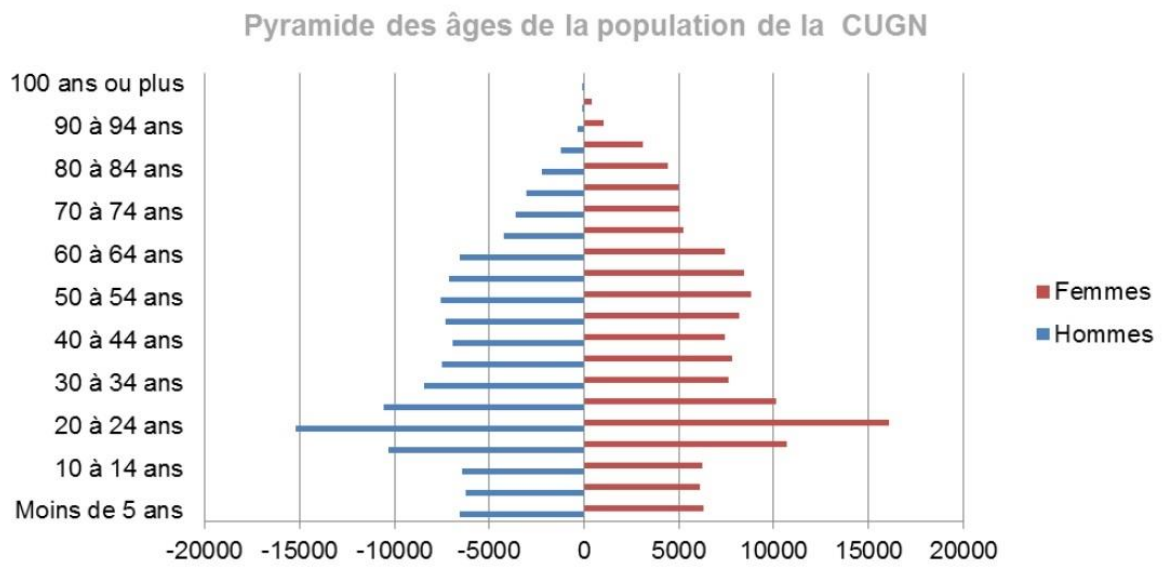


Cf. annexes 1 et 2 : Liste des communes de la CUGN et des communes limitrophes

Annexe 5 : liste des communes de la CUGN

Communes de la CUGN	Code commune	Code postal	Nombre d'habitants (2010)	Nombre de 75 ans et plus (2010)
Art-sur-Meurthe	54025	54510	1 292	74
Dommartemont	54165	54130	645	74
Essey-lès-Nancy	54184	54270	8 450	863
Fléville-devant-Nancy	54197	54710	2 360	112
Heillecourt	54257	54180	5 774	394
Houdemont	54265	54180	2 368	147
Jarville-la-Malgrange	54274	54140	9 385	829
Laneuveville-devant-Nancy	54300	54410	6 012	461
Laxou	54304	54520	14 812	1 347
Ludres	54328	54710	6 463	372
Malzéville	54339	54220	8 094	701
Maxéville	54357	54320	9 561	633
Nancy	54395	54000	105 421	7 834
Pulnoy	54439	54425	4 486	387
Saint-Max	54482	54130	9 930	1 393
Saulxures-lès-Nancy	54495	54420	3 884	381
Seichamps	54498	54280	4 981	511
Tomblaine	54526	54510	7 723	641
Vandœuvre-lès-Nancy	54547	54500	30 974	2 162
Villers-lès-Nancy	54578	54600	14 341	1 513
CUGN			256 956	20 828

Annexe 6 : pyramide des âges de l'INSEE sur le territoire de la CUGN



Source : INSEE RP2010 ; Traitement : EQR Conseil

Annexe 7 Questionnaire destiné aux médecins généralistes

1 Comment avez-vous entendu parler du PAERPA ?

- Mail
- Réunion d'information
- Par le RGC
- A l'inclusion d'un patient
- autre : préciser

1 Quelle est votre vision globale du projet PAERPA ?

- Très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- peu ou pas satisfait

2 Selon vous est-ce que le projet PAERPA a contribué à une amélioration de la coordination entre professionnels (avec IDE, kiné, pharmaciens...) ?

- Oui
- non
- ne sait pas

3 Selon vous est-ce que le projet PAERPA est plus efficace dans la prise en charge des patients ?

- Oui
- non
- ne sait pas

4 Que pensez-vous des services/outils dont vous avez bénéficié pour votre pratique ?

- CTA (coordination territoriale d'appui):

- numéro unique : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- disponibilité : très satisfait, satisfait, moyennement , peu ou pas
- CCP (coordination clinique de proximité) : participation/organisation
 - vous êtes-vous réunis physiquement ?
 - Par téléphone ?
 - Par mail ?
 - Pas du tout de contact
- PPS : document/ réalisation/ suivi administratif
 - réalisation au domicile de la personne ? Au cabinet ? Par téléphone avec la CTA ? Par mail ?
 - réalisation seul ? Avec la CCP ?
 - Ou simple validation d'un PPS élaboré par CTA ?
- la coordination sociale (via CTA) : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- transmission et fluidité des informations : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- information sur le PAERPA : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- connaissance des ressources du territoire : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas

5 Que pensez-vous des nouveaux services dont vos patients ont pu bénéficier ?

- Pilulier intelligent : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- aide domicile d'urgence : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- activité physique adaptée (Siel bleu) : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- ergothérapeute : très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas
- passage en EHPAD en sortie d'hospitalisation : très satisfait, satisfait, moyennement satisfait, peu ou pas

6 Etes-vous satisfaits de vos relations avec l'équipe PAERPA ?

Très satisfait, satisfait, moyennement, peu ou pas

7 Pouvez-vous dire pourquoi ?

8 Qu'auriez-vous fait différemment si le PAERPA n'existait pas ?

9 Etes-vous satisfait de la rémunération ?

10 Trouvez-vous que ce projet prenne trop de temps ?

Remarques sur le projet PAERPA :

V2 : « C'est une nébuleuse, les infirmières n'ont pas informées au même moment. Ce délai d'information crée un décalage. En plus, le fait de le savoir est une chose, de l'intégrer une autre. »

V3 : « Ca permet d'éviter les hospitalisations : on voit les problèmes arriver et on peut faire de la prévention : très intéressant pour cela. »

V5 : « Les personnes âgées ont tendance à laisser traîner les choses, là elles sont mises au pied du mur et les choses sont enfin réalisées. »

V4 : « C'est une expérimentation : d'un point de vue médical pas beaucoup de recul très, très, très, très dubitatif. J'aurais préféré qu'ils donnent de l'argent au réseau Cuny, un peu plus. Moi je n'attends rien, depuis qu'il y avait le RGC, je leur filais tout le bébé... avant je me le coltinais. »

V3 : « le petit bémol c'est la mise en route sur le plan pratique, un peu lourd. Dans le principe très bien. Il y a des problèmes de recoupement. Avant on appelait le RGC quand il y avait un problème de maintien à domicile, maintenant je reçois des mails de divers intervenants à qui j'ai déjà l'impression d'avoir répondu. »

V2 : « J'apprécie qu'il y ait une équipe qui vienne nous décharger des tâches qu'on n'a pas le temps de faire (coordination des différents intervenants, voir les différentes aides que les patients peuvent avoir au niveau du CG...). On n'a pas le temps et on ne connaît pas tout ce dont les patients ont droit. Ce qu'on veut c'est de la simplicité. C'est appeler quelqu'un et dire « voilà, il y a besoin est-ce qu'on peut intervenir ». Ce qu'on veut c'est un coordinateur sur place et qui va s'occuper de tout ça et après va nous envoyer le bilan. »

V5 : « Les personnes âgées ça nous prend énormément de temps. Plus il y a de structures et d'interconnexions entre les différents intervenants, mieux c'est pour nous. Avant, on avait surtout le RGC, au niveau du budget ils n'avaient pas grand-chose. C'était un peu informel. On savait qu'ils existaient. On avait des rapports téléphoniques mais on ne savait jamais qui fait quoi. »

« Avant le coût était très important pour les personnes âgées qui n'ont pas de moyen. »

« L'intérêt pour l'ARS, c'est d'éviter les hospitalisations qui coûtent cher à la société et à la sécu. Pour les retraités, ça permet de différer le passage en maison de retraite médicalisée où c'est 1800 à 3000 euros par mois d'où des problèmes de famille. »

« Les patients sont contents, ils savent qu'il y a quelqu'un qui coordonne, qui s'est occupé d'eux. Nous en pratique avant ça nous prenait énormément de temps, maintenant on ne fait plus rien. Je donne un coup de fil, je ne m'occupe plus de rien. Ça simplifie la vie. »

V6 : « Le PAERPA c'est la nouvelle générations des hospitalisations de répit. Moi je fais du PARPA sans le savoir. »

V7 : « Avoir quelqu'un qui supervise ce à quoi on ne pourrait pas penser, parce qu'on risque d'oublier des choses. Il y a des trucs auxquels on ne pense pas, certaines facettes. Ça permet une PEC complète, de gagner du temps. C'est pratique, utile. Ça permet d'éviter des impairs. Quand on sait que ça rend service au patient, même si on ne comprend pas tout, on signe. »

« On va plus vite au fait, on ne se demande pas à quelle porte il faut taper quand il y a un problème. On sait directement ce qui est possible ou pas. »

V9 : « Ça ne change strictement rien dans ma pratique, je faisais déjà tout ça. Moi ce que j'ai vu c'est les outils en plus. J'ai toujours eu des contacts avec les infirmières et les kinés. Maintenant le fait que ce soit centralisé c'est la seule différence. »

« Ça ne solutionne zéro problèmes, c'est des aides supplémentaires pour les personnes âgées à domicile. »

V10 : « Il y a plein de choses bien avec le PAERPA, faut pas croire non plus qu'on va trouver des solutions miracles et éviter des hospitalisations. Ça va peut être temporiser. »

« C'est plus efficace quand tout le monde est coordonné, c'est plus rapide. »

V11 : J'y vois un outil modalisant et d'autre part un outil pour visualiser le rôle et l'action du médecin traitant. C'est des choses qu'on fait mais c'est des choses qui n'apparaissaient pas, maintenant on les visualise dans le PAERPA. »

V15 : « Je ne le sens pas encore ce truc. Peut-être que c'est par rapport à ma pratique, peut-être que j'anticipe certaines choses. J'ai pas encore compris qu'elle était ma place là-dedans. Je n'ai pas encore pris la mesure de la porte d'entrée. J'ai l'habitude de me débrouiller tout seul. Le fait que ça ne paraisse pas évident... »

V16 : « On a ce réseau qui s'occupe de gérer l'ensemble des intervenants à notre place et ça c'est bien confortable et puis d'apporter des éventuelles aides (ergothérapie, aménagement des locaux, kiné). »

V19 : « Moi je regarde d'abord quel est le but, quelle est l'utilité pour le patient, alors oui je suis satisfait. »

« Ce qu'il y a de plus important c'est qu'il y ait un numéro d'urgence qu'on puisse appeler

quand il y a besoin d'une aide à domicile d'urgence ou qu'il y a un problème aigu. C'est ça mon attente principale. »

« Moi je pense que ça rend service à la famille et à la famille, ou à la personne qui a très peu de famille et pas dans le coin. Mais pour moi je ne vois pas si ça améliore quelque chose. »

V20 : « On a ce réseau qui s'occupe de gérer un peu l'ensemble des intervenants à notre place et ça c'est bien confortable et puis d'apporter des éventuelles aides quant à l'ergothérapie, l'aménagement des locaux, kiné et tout ce qu'on veut... mise en place d'aides autour du patient. Moi j'ai deux patients c'était deux chutes, ça les a réautonomisés sans les hospitalier : c'est vachement bien. »

V21 : « Ca marche plutôt bien, ça répond à une problématique de prise en charge des patients qu'on était jusque-là obligés de gérer seul, donc c'était chronophage en terme d'articulation des intervenants. Et puis surtout on avait pas forcément connaissance de tous les intervenants ou de toutes les possibilités. Donc souvent on avait tendance à basculer soit vers le RGC soit vers une AS, donc c'était un petit peu des montages bancals. C'était pas optimal, donc là finalement ce qui est bien, c'est qu'une fois qu'on a pris le pli du repérage, finalement on a qu'un coup de fil à passer, une évaluation un peu rigoureuse des patients concernés et puis après tout se met en place très rapidement, on est recontactés par les intervenants, c'est beaucoup plus facile. »

« Les gens sont contents notamment sur le critère isolement : On a vraiment une rupture d'isolement. Les familles aussi parce qu'il n'y a pas que des gens isolés qui étaient concernés, il y a aussi des gens qui étaient suraccompagnés par leur famille et ça a été vraiment une aide aux aidants. »

« Au départ, je suis allée chercher les patients qui étaient presque au bout du dispositif, donc qui étaient déjà très dépendants et puis au fil de la pratique, je m'aperçois que je vais dépister des gens qui en ont besoin beaucoup plus tôt et donc là je pense qu'on s'inscrit beaucoup plus dans l'optique du PAERPA. Depuis que ça existe je suis beaucoup plus vigilante au repérage de la fragilité, alors qu'au début j'y prêtais pas vraiment attention, on prend les choses un peu plus en amont. Qu'on s'améliore au repérage, on le voit, parce que c'est des gens auxquels je n'aurais pas pensé auparavant. »

« Au niveau des contacts il y a le minimum nécessaire. »

V22 : « C'est mettre toutes les armes de notre côté pour faire que les patients restent à domicile le plus longtemps possible. Et en même temps, c'est un regard extérieur, c'est un réseau qui connaît bien les personnes et ce qu'il est possible de faire. C'est aussi une sécurité. »

« Le principe est intéressant, avant il y avait le RGC, je pense qu'on est un peu dans une période transitoire. L'idée est belle, dans la réalisation il va falloir voir à l'usage. »

V23 : « c'est un système qui a révolutionné ma prise en charge des patients âgés. Ça me permet de prévoir à l'avance les problèmes qui vont arriver et d'avoir des solutions avant que le problème arrive, de manière à ne pas me retrouver dans une situation inextricable le jour où ça me tombe dessus. »

« Il y a une chose sur laquelle je ne sais pas encore si ils sont efficaces, c'est le retour à domicile. Je ne peux pas juger du retour mais j'en espère beaucoup, parce qu'on a des retours qui sont parfois catastrophiques. Les personnes du 4ème âge, leurs enfants sont du 3ème âge donc pauvres car ils ne touchent plus que la retraite, souvent malades ou très occupés par leurs propres enfants. Ils ne sont souvent pas à côté. Donc ces personnes âgées là, elles sont hospitalisées à domicile, mais ce n'est pas de l'HAD. Mais vous avez le lit médicalisé, vous avez l'oxygène, vous avez l'infirmière pour les soins qui vient régulièrement. Vous avez tous les soins qu'on trouve en hospitalisation. Et là on vous balance la personne chez elle, en sortie d'hospitalisation, sans savoir si les infirmières sont disponibles, si quelqu'un peut aller chercher les médicaments à la pharmacie... là j'attends beaucoup du PAERPA, parce que ça n'arrive pas tous les jours mais quand ça se passe mal... ça vous explose votre forfait ! Il n'y a pas la culture de la communication entre l'hôpital et la ville. »

La coordination entre professionnels de santé :

V2 : « C'est trop tôt »

V3 : « Moi je prenais mon téléphone, et je passais un coup de téléphone quand il fallait. »

V4 : « Non car on est en maison de santé, on est en contact direct. Pour moi tout était déjà opérationnel. »

V20 : « Oui automatiquement, maintenant on a des retours d'information des kinés et des ergothérapeutes, c'est les intervenants avec qui on avait des rapports moins souvent. Les pharmaciens ça fonctionnait déjà bien, infirmiers aussi. »

V21 : « Je n'ai pas le sentiment que ça ait changé grand-chose dans la communication inter-intervenants. Par contre dans le relationnel intervenant-patient et intervenant-CTA, je pense que ça fonctionne mieux. On n'est pas dans une surcommunication par rapport à ce qui existait avant. »

V22 : « Pour l'instant c'est un petit peu tôt, non ça n'a pas changé. Les infirmières n'hésitent pas à nous appeler s'il y a un problème. C'est pareil pour les kinés. On n'a pas trop de problème de communication mais je pense qu'on peut encore vraiment améliorer notre prise en charge. »

V23 : « Déjà une très bonne communication avec les professionnels de santé. »

Amélioration de la prise en charge :

V2 : « C'est un moyen d'améliorer. »

V3 : « Ca améliore la prise en charge car on connaît les noms. »

V5 : « Oui parce qu'on a des rapports avec les médecins du RGC, l'ergothérapeute, pas avec les infirmière ni les kiné mais ça fait toujours un plus. »

V9 : « Ca permet de centraliser les patients à risque, d'avoir un fichier des gens à risque. La prise en charge était déjà pas mal auparavant. »

V11 : « En théorie oui, en pratique je ne sais pas. On a quand même des fonds dédiés à l'ergothérapie qui jusqu'à présent n'était pas pris en charge par l'assurance maladie et l'APP... C'est encore récent mais je pense qu'à terme ça améliorera le maintien à domicile des personnes âgées. »

V20 : « Oui pour le maintien à domicile notamment. Je n'aurais jamais fait tout ça tout seul. Pas facile quand il faut contacter tout le monde, quand les enfants ne sont pas là ou qu'ils vous disent que ça ne les regarde pas. »

V21 : « Du point de vue médical, je ne suis pas convaincue que ça améliore la prise en charge, que ça diminue le risque d'hospitalisation, par contre pour le confort de la personne les gens sont contents. Nous on a quand même l'impression qu'il y a une optimisation de la vie au domicile. »

V22 : « On n'a pas énormément de recul, c'est un peu le biais. »

V23 : « Ca m'apporte des solutions en plus, une expertise de la situation avec un regard différent. »

Les rapports avec la CTA :

V4 : « Même disponibilité que le RGC, on rajoute une couche en plus. »

« L'avantage c'est qu'ils sont dans les locaux du conseil départemental, ça fluidifie les choses. Moi j'appelle toujours le RGC et c'est eux qui rebalencent l'appel. »

V5 : « Eux ils font tout le travail, nous on ne fait pas grand-chose. »

V9 : « C'est bien d'avoir quelqu'un au téléphone et d'expliquer le cas, elle voit tout de suite ce qui va, ce qui ne va pas. »

V19 : « Ils nous déchargent. Il faut que ça serve plus pour prévenir des situations complexes et nous aider dans ces cas-là. »

V20 : « Très bien, on les a tout de suite ou ils nous rappellent dès qu'ils ont 5 min. Bon faut prévoir 10-15 min parce qu'ils nous demandent un tas d'information, ce qui est la moindre des choses. C'est des gens disponibles, ils sont très présents. »

V21 : « Globalement la notion d'urgence ne fait pas vraiment intervenir leurs compétences à eux. »

V23 : « C'est eux qui vont coordonner l'ensemble des démarches qui vont être réalisées. Il y a des questions que je vais poser à la CTA que je ne poserai pas au réseau Cuny. Mais si je veux une expertise médicale gérontologique, je vais téléphoner au réseau Cuny. Mais pour moi réseau et CTA c'est la même chose. On s'envoie des idées, il y a une émulation. »

Le fonctionnement de la CCP :

V3 : « Quand vous avez déjà votre journée de 11h bien tapées, les réunions... voilà J'ai mes réseaux et je fonctionne comme ça. »

V20 : « Ce serait vachement bien mais quand ? On n'a pas le temps... on pourrait passer une heure chez la personne ce serait super, mais moi je peux plus ! »

V21: « J'ai quelques contacts avec quelques intervenants de manière ponctuelle, pour l'instant on s'arrange bien comme ça. Après ça pourrait être bien mais on va passer notre temps en réunionites et je ne suis pas sûre qu'il y ait un véritable bénéfice pour les patients. »

V22 : « C'est intéressant de le faire, certes. Après est-ce que c'est faisable ? Dans les faits c'est impossible, c'est compliqué d'être sur place, par téléphone on peut se joindre. »

V23 : « Quand on a fait les dossiers, on s'est réunis avec les infirmières. »

Remarques sur le PPS :

V3 : « Ca semble trop administratif. »

V2 : « C'est un document synthétique. Mais je ne me verrais pas remplir un PPS seul. Ca fait un peu peur. »

V4 : « Ca écrit l'existant, n'apporte pas grand-chose. Ca écrit la pharmacie du patient, le nom du cardiologue que je sais déjà, de savoir certaines choses partagées par d'autres professionnels. Le premier je me suis interrogé pour le remplie et quand j'ai vu ce que c'était j'ai laissé tomber. »

V5 : « C'est bien car dans les années à venir il y aura de plus en plus d'intervenants, ça va nous aider à pas louper quelque chose. Et si une remarque est faite, on va être tous au courant. Faut pas que ce soit trop fixe, trop rigide, trop lourd. »

V9 : « A la CTA elle a le coup pour le remplir, ça va peut-être plus vite que moi. »

V10 : « C'est utile pour la CTA, pour savoir bien qui est le patient, qui intervient, qu'est-ce qui est en place. Quels sont les soucis. Nous on les remplit donc on sait déjà. Elle, elle met deux minutes, j'imagine que je mettrais un peu plus de temps. »

V11 : « C'est un bon outil mais la maîtrise nous échappe parce que c'est la CTA qui le fait. Ca permet de prendre du recul par rapport à la situation clinique, c'est une aide complémentaire par rapport à des choses qu'on fait intuitivement sans le faire apparaître. Ça fait apparaître des choses que le médecin généraliste faisait de façon complètement obscure, inapparente. »

V19 : « On avait déjà des contacts par le cahier de liaison : c'était suffisant. Là c'est trop administratif, je ne vois pas ce que ça peut apporter sauf si ça résout les choses quand il y a un problème aigu. »

V20 : « C'est un peu la vision qu'on en avait déjà au départ. Ça ne part pas dans des considérations trop farfelues. Ça centralise un peu tout le monde. »

V21 : « Le système ligo qui propose le dossier partagé c'est plus intéressant que de faire des réunions. Ça permet de formaliser le projet qu'on a et de pas perdre de vue les objectifs. De donner vraiment des étapes à des objectifs précis dès le départ et surtout voir si on y est parvenus, voir si il y a des choses à adapter. C'est un outil de relais qui est important je pense. »

« J'ai vraiment compris le fonctionnement, la grille de repérage, les items du PPS à la réunion de l'URPS et donc maintenant je les fais toute seule. Quand je repère une personne, je la repère pas avec les grille dans les mains, je la repère en me disant « tiens celle-là elle m'a interpellée », après je la score en temps réel, une fois que dans ma tête ça a fait tilt sur le repérage, je la score vraiment pour voir si on est vraiment dans le bon cadre, et puis une fois que le repérage est fait, j'ai fini par connaître par cœur les moyens mis en œuvre par le PPS et maintenant, parallèlement à la grille SEGA je fais ce que je veux et puis une fois que

c'est fait j'appelle la CTA, je les aide à alimenter le dossier informatique et après elle me sort le PPS que je n'ai plus qu'à valider. »

V22 : « C'est synthétique, c'est facile à lire. Mais on court après le temps toute la journée, donc pour moi c'est impossible de les faire moi-même. Ce qui est intéressant c'est que ça fait un état des lieux. Après ce qu'il faut voir c'est l'évolution du patient, le suivi et de voir dans 6 mois dans un an, si on peut mettre d'autres aides en place ou pas. »

V23 : « Je ne maîtrise pas encore bien le dossier, donc ça me prend beaucoup de temps. C'est un petit peu long mais on n'est pas assez rodés. C'est fastidieux à remplir mais c'est faisable. »

Remarques sur la coordination sociale :

V2 : « C'est bien, sinon chacun se renvoie la balle.

V3 : « Ca répondait aux attentes, permet de dépatouiller les choses au niveau social. »

V9 : « Moi je ne sais pas du tout gérer tout ça. Je n'y connais rien du tout au niveau social. Je ne suis pas là pour ça. »

V11 : « C'est le plus gros progrès qui existe, je suis très satisfait. »

V20 : « Ca nous dépanne bien. Des fois on a des personnes âgées qui n'ont pas de famille et c'est à nous à démêler tout ça. On avait déjà le réseau Cuny qui s'en occupait pas mal, là c'est parfait. »

V21: « C'est un versant qui ne m'intéresse tellement pas, que ça me décharge. Les gens sont contents de l'enquête qui est faite sur les moyens possiblement mis en œuvre. »

La transmission des informations :

V9 : « C'est rapide et réactif. »

Les informations sur le PAERPA :

V10 : « Sur le coup dans la réunion, bien sûr ils ont parlé du numéro unique, de la CTA, mais après on a beaucoup insisté sur les supports : pilulier. Et ça ça nous a semblé accessoire comparé à l'ampleur du besoin d'aides en ville pour les personnes âgées. On a retenu les trois : l'ergo, le coach sportif, le pilulier et on s'est dit que ça n'allait pas vraiment nous aider. »

V11 : « Il faudrait faire plus, les médecins ne sont pas convaincus et restent le nez dans le guidon, ils pensent que c'est une usine à gaz en plus. »

V20 : « Oui leur dépliant est vachement bien foutu. »

V21 : « Pour l'instant c'est beaucoup sur une démarche volontaire, c'est-à-dire que si je ne m'étais pas prise par la main pour me renseigner sur ce que c'est, comment ça fonctionne, je pense que j'en serais pas là sur le dispositif. Quand je suis allée chercher l'info c'était clair. »

Connaissance des ressources du territoire :

V10 : « Ca nous a un petit peu aidés, mais il faudrait approfondir parce que ça nous intéresse. Ça pourrait être intéressant de savoir que ça existe parce que parfois on se sent un peu démunis. »

V21 : « J'ai complètement découvert des trucs. »

Remarques sur l'APP :

V2 : « Ca augmente l'autonomie. »

V4 : « C'est un scandale sans nom : ce qui me choque en tant que médecin et citoyen est qu'on paye pour avoir des profs de gym qui font de la trottoinothérapie, alors que les kinés le font. Ils n'interviennent que 15 jours ou 3 semaines après ! Pourquoi payer un ergothérapeute ? Pourquoi payer un prof de gym alors que les kinés le font, et mieux ! »

V5 : « C'est bien pour les troubles de l'équilibre, le problème c'est les chutes chez les personnes âgées. »

V6 : « C'est un plus car les kinés n'ont pas beaucoup le temps. »

V9 : « C'est très bien, ils sont tous très contents. Ça casse leur journée, ils ont quelqu'un qui vient les voir, ils font des petites choses. Mais est-ce que la petite activité physique une fois par semaine va changer la vie des gens : je ne sais pas ... C'est bon pour le moral : ils voient quelqu'un, on leur fait faire quelque chose. Le problème de tout ça c'est la rupture de la solitude. C'est le fait que quelqu'un vienne les voir. Je pense que le problème le plus important de tout ça c'est l'isolement et la solitude. »

V10 : « Les dix séances ça peut être bien pour la personne âgée qui sort d'hospitalisation et qui a un peu perdu en autonomie. Mais la personne âgée qui ne bouge pas beaucoup, qui ne

sort pas de chez elle, les dix séances ça va être bénéfique et puis après ? Ça peut être bien dans une situation particulière. »

V11 : « Ca peut améliorer l'autonomie et ne serait-ce que le moral, ça rompt l'isolement et ça peut donner un espèce de lien social. »

V19 : « Ca peut être intéressant, surtout pour les personnes qui viennent de sortir d'hospitalisation, de mettre ça en place pour les faire marcher pendant un peu de temps. »

V20 : « Ils aiment bien, c'est bien pour l'autonomie qui passe aussi par le contact. C'est bien qu'il y ait quelqu'un pendant une demi-heure, une heure avec eux. Même si le coach sportif ne va pas forcément faire une activité sportive, c'est bien qu'il y ait une personne qui passe. Pour la personne, moralement, c'est quand même mieux. »

V21 : « Au début je me disais « qu'est-ce que c'est que ce truc ? ». Je n'y croyais pas trop et en fait les gens en sont ravis. On réamorçait une spirale de réautonomisation. Ça vient en relais de tout ce qui était proposé jusqu'à maintenant : kiné entretien de la marche, qui était plus sur un versant technique que sur un versant humain. Donc les gens ont plus l'impression d'avoir un proche que d'avoir un kiné à domicile. »

V22 : « Je pense que c'est nécessaire et que souvent une fois qu'ils sont chez eux tout seuls... Nous on fait faire de la kiné je ne suis pas sûr que ce soit tout à fait la même chose. Mais le nombre de séances est réduit. »

Remarques sur l'aide à domicile d'urgence :

V4 : « Avant on téléphonait au réseau Cuny c'était pareil. »

V9 : « C'est utile si le jour où je le demande, il y en a réellement une. Le jour où on en a besoin, je suis curieux de savoir comment ça va se passer. »

V20 : « On arrive à avoir des toilettes assez rapidement avec les SSIAD, mais malgré tout si on pouvait passer par cette plateforme, ça serait bien. »

V23 : « Ca me sauverait. Ça sauverait les gens. »

Remarques sur le pilulier intelligent :

V4 : « Ca va coûter 500 000 euros alors qu'il y en a à 200 euros. Je préfère que l'infirmier passe, donne les médicaments, vérifie qu'ils soient bien avalés. »

V5 : « C'est trop moderne. »

V9 : « C'est anecdotique. C'est un gag. Je l'ai fait deux fois, les gens ils ont abandonné au bout de deux jours parce que le truc sonnait. Le pharmacien n'en peut plus parce que les gens ne comprennent rien. C'est ridicule ça. Il n'y a pas mieux que l'aide humaine. Si la personne ne se souvient pas qu'elle doit prendre ses médicaments, ça sonnera et puis ça sonnera, ça change rien. »

V10 : « Ca peut correspondre à quelques cas d'inattention, mais dès qu'il y a des troubles des fonctions supérieures, ça aura beau sonner... Je ne me sentirai pas en sécurité de savoir qu'ils ont ça et pas une infirmière qui vérifie le traitement. »

V11 : « Je suis sceptique, j'ai beaucoup de doutes parce que le patient peut très bien prendre le médicament et le mettre par terre, le sortir de la boîte et puis le mettre à la poubelle. »

V15 : « Moi je préfère le passage de l'infirmier parce qu'il peut me donner un coup de téléphone si, au passage pour donner les médicaments, il constate quelque chose que la personne ne signale pas. »

V19 : « J'ai failli, mais médicalement, c'est impossible. Il est préparé sur un mois : comment on fait pour les AVK si on doit changer la posologie. En plus les sachets de Kardegic ne rentrent pas dedans ! »

V20 : « Ca peut être bien, quand on prend un traitement au long cours, même à tous les âges ça peut être bien. »

V22 : « Je suis curieux de voir comment ça peut fonctionner. Le pharmacien ça m'étonnerait qu'il se déplace, qu'il aille voir... Faut voir que les patients, ceux qui se trompent ou qui oublient, si il n'y a pas quelqu'un à côté d'eux qui regarde que la prise est faite... Sincèrement je suis sceptique. J'ai l'impression que c'est bien pour les gens qui ont toute leur tête. Je suis curieux de savoir ce que ferait le pharmacien quand il a dix piluliers qui sonnent. »

V23 : « Je suis dubitative. Il y peut-être des cas, si c'était mieux pris en charge par les pharmaciens, oui ça pourrait marcher. Mais ça doit être des cas très limités parce que je trouve que globalement les gens, quand on en est à prendre des piluliers, il faut souvent carrément leur ouvrir la boîte devant eux, leur mettre les médicaments dans la main. »

Remarques sur l'ergothérapie :

V4 : « Un bilan facturé 500 euros à PERPA pour avoir des choses qui sont éthiques un peu limites, ça m'interpelle. 500 euros pour faire un torchon, pour mettre 4 barres, pour des choses qui ne vont pas pouvoir être mises en place. »

V5 : « Excellent, trop bien mais c'est trop compliqué par rapport aux besoins et surtout aux moyens : ils changent la maison, ça c'est trop. Ça donne une idée, souvent on ne l'utilise pas, on voit la maison idéale et après on fait ce qu'on peut. Leurs évaluations n'ont pas abouti à quelque chose : trop compliqué. »

V9 : « Il y a des choses bien et puis il y a des choses délirantes. Quand il faut refaire quasiment l'appartement, des fois ça fait sourire. Il faut quand-même qu'il y ait du bon sens. Si c'est des petits trucs dans la salle de bain, ça va. IL faut avoir les pieds sur terre et voir les moyens des gens et puis vous n'allez pas faire ça si la personne deux ans après elle est en maison de retraite. »

V10 : « Il y a eu peu de choses préconisées utiles. »

V11 : « C'est intéressant car enfin c'est prise en charge par la sécu. »

V19 : « Ce n'est pas facile de le faire venir et leurs propositions ne sont pas adaptées. »

V21 : « J'ai eu des retours positifs à la fois des patients et des bilans que j'ai reçus, super bien fait, des optimisations à domicile avec des moyens cohérents par rapport aux personnes. »

V23 : « J'ai eu un cas l'ergothérapeute je suis un peu embêtée parce que je n'ai pas encore de retour. Je trouve que ça traîne un petit peu. L'objectif c'est de maintenir la personne le plus possible à domicile, si c'est son souhait. Le regard d'un professionnel est quand-même beaucoup plus efficace. Ils vont donner les tuyaux qui vont permettre en très peu d'actions de mieux positionner la personne. L'ergothérapeute connaît le matériel, il va savoir exactement quel genre de poignées il va falloir. Il y a énormément de matériel médical que je ne connais pas. »

Remarques sur la sortie d'hospitalisation avec passage en EHPAD

V4 : « La seule chose qui est géniale c'est la sortie d'hôpital. 15 jours en maison de retraite. Ça c'est vraiment la chose la plus importante. A la fin de l'expérimentation si on retenait que ça, ce serait déjà beaucoup. »

V11 : « Ca laisse le temps de s'organiser. »

V22 : « Ca peut être bien, après le problème des EHPAD c'est qu'il n'y a pas énormément de places, que ça coûte cher. Je ne suis pas sûre que l'EHPAD puisse sécuriser la personne. En sortie d'hospitalisation, s'ils vont en EHPAD ils vont déprimer. »

Changement des pratiques :

V2 : « J'avais l'habitude de faire moi-même (kiné, infirmière), quand le maintien à domicile devenait difficile. Et alerter la famille. Par contre tout ce qui est partie non médicale (aides ménagères, APA, portage des repas), je n'aurais pas fait. Je serais passé à côté de certains trucs. »

V3 : « Oui : c'était plus fragmenté, pas coordonné. »

V9 : « Je n'aurais jamais demandé d'ergo ni de gym à domicile. On m'a proposé ça et je trouvais que c'étaient des bonnes idées. »

V10 : « Ca aurait été la démarche plus habituelle : évaluation par le conseil général. On l'aurait fait de toutes façons, après ça aurait peut être pris plus de temps, la famille se serait sentie moins soutenue... »

V11 : « Grâce au PAERPA on fait des choses que je n'aurais pas eu le temps de faire, moi je ne suis pas assistante sociale et je considère que ce n'est pas mon travail. Il y a des choses que je n'aurais pas fait et qui ont été faites grâce au PAERPA. »

V19 : « Avant je n'aurais pas fait, j'aurais demandé aux gens d'appeler l'infirmière ou aux enfants, donc je n'aurais pas fait. Donc, qu'est-ce que ça a changé pour moi, je ne sais pas. Le temps passé à la prescription, ça n'a pas changé, alors peut-être que ça a été plus vite mais qu'est-ce qu'ils ont fait que j'aurais dû faire et que je n'ai pas fait, je ne sais pas. Non ça n'a rien changé dans ma pratique. »

V21 : « Il y a les patients les plus dépendants, pour lesquels j'avais pas trop de solution à domicile, ou j'aurais peut-être malheureusement attendu l'hospitalisation, pour gérer ça en suite d'hospitalisation, parce que ne connaissant pas les outils, parce que on peut pas être partout sur le terrain. D'autres patients que j'ai repérés comme fragiles, qui seraient probablement plus dégradés si on n'avait pas mis en place ça. Ça permet d'ouvrir une porte sur le quotidien des gens, et de se rendre compte en faisant le repérage de la fragilité que les gens ne font pas la demande par rapport à la perte d'autonomie. Ça permet d'ouvrir le dialogue sur ce point-là, ça n'était pas possible avant puisqu'on n'avait pas d'approche. Ça a changé mon approche parce que j'ai un œil différent avec la grille de repérage et les patients ont une autre approche parce que j'ai quelque chose à leur proposer. »

V22 : « Avant on faisait appel au RGC, ou à l'HAD. On s'adapte à ce qu'on nous propose et quand on ne nous propose rien on se débrouille. Moi je pense que pour le patient c'est bien, après il ne faut pas imaginer que ça va résoudre tous les problèmes. Ça pourra aider à maintenir quelqu'un à domicile mais ça ne remplacera pas l'hospitalisation ou une EHPAD s'il y a besoin. »

V23 : « Il y a des fois où j'aurais envoyé les gens aux urgences et ou on me les aurait renvoyés à domicile. »

Remarques sur la rémunération :

V4 : « Je n'ai rien demandé, je voulais demander un euro et on m'a répondu que ce n'était pas possible donc je n'ai rien demandé. J'ai envoyé à la sécu mais je n'ai pas de retour, j'ai fait ça sur un coup de colère parce que ça m'a tellement gonflé. Je ne sais pas combien je vais être payé. Moi je préférerais une rémunération correcte du médecin, plutôt que d'avoir des honoraires de clochard. »

V5 : « Ça n'a pas d'influence. Aucune importance. »

V3 : « Moi je ne veux rien, on fait tellement de bénévolat toute l'année, c'est pas ça qui va changer notre vie. On ne regarde pas si le virement est fait. »

V2 : « On est jamais satisfait. N'est payé avec n'importe quoi. On ne va pas faire les difficiles mais si il y avait plus, on serait tous contents. »

V9 : « C'est bien que ce soit reconnu, qu'on se rende compte que c'est du travail de gérer ça. »

V10 : « C'est bien de rémunérer la charge administrative qu'il y a en plus, parce que ça prend quand-même beaucoup de temps. »

V11 : « Ce n'est pas le souci. »

V15 : « Je ne suis pas demandeur. »

V19 : « Je ne sais pas, je ne sais pas quand il faut le faire. Je n'ai jamais rien demandé et je m'en tape un peu. »

V20 : « Non, évidemment que non, mais bon c'est pas si mal... »

V21 : « Je m'en fiche complètement, ça va pas m'inciter à aller repérer des gens. Vu le temps nécessaire, ça devrait être rémunéré plus si on voulait être rémunéré correctement. »

V22 : « Comparé au prix de la consultation c'est pas mal. Maintenant on se sent obligé de rémunérer des choses qui devraient être naturelles, qui font partie de notre métier, parce que d'un autre côté on ne nous rémunère plus les consultations. »

V23 : « si c'est 60 euros par dossier, une seule fois, je trouve que ça ne fait pas beaucoup. Si c'est une fois par an c'est pas pareil. »

Le temps passé :

V2 : « C'est un peu lourd à remplir. »

V 3 : « C'est un gain de temps. »

V9 : « Proportionnellement à la somme versée, c'est le bon tarif. »

V11 : « C'est correct, en plus c'est dans l'intérêt du patient. »

V20 : « C'est la première prise de contact où il faut passer un bon quart d'heure au téléphone mais non c'est des entretiens qui sont relativement rapides. Ça nous prenait plus de temps quand il fallait faire tout nous-même. »

V21 : « Une fois qu'on a compris comment ça fonctionne et l'intérêt pour le patient, c'est chronophage au moment où on le met en place, mais c'est un gain de temps pour la suite. C'est s'épargner du temps dans l'urgence ou dans des situations critiques pour les patients. »

V22 : « Ca nous fait gagner du temps parce qu'avant on le faisait gratuitement. Ça durait beaucoup plus longtemps parce qu'on n'avait pas les bons interlocuteurs, donc je pense que c'est plutôt un service qui nous est rendu. »

V23 : « Globalement les personnes âgées sont très chronophages. Est-ce qu'il vaut mieux perdre du temps avant pour en gagner après ? Et tout en améliorant le soin ? Ou est-ce qu'il vaut mieux carrément pas les soigner comme ça on gagne du temps ? Moi je préfère les soigner, donc je préfère gagner du temps avant. Je n'ai pas l'impression de gagner du temps, j'ai l'impression de gagner en qualité. »

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Chaque PPS est composé d'un recto-verso, et d'une check-list de problèmes en annexe:

- * **Recto : un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles ;**
- * **Verso : un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides)** tenant souvent sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.
- * **Annexe : une check-list de problèmes** sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les points d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.

Cette check-list de problèmes est accompagnée d'un tableau comportant des exemples d'actions en regard des problèmes.

La personne et ses contacts utiles				Nom :					
				Prénom :					
				Date de naissance :		/ /		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro du PPS		Date de la version en cours/...../.....	ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____			
Coordonnateur du PPS	Profession :			Nom :					
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale					
				Adresse de la personne		Code Postal			
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) :	<i>Tel</i>	<i>email</i>	Recherche d'hébergement en cours		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Référents familiaux /amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : Nom(s) :	<i>Tel</i>	<i>email</i>	APA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)			
Personne de confiance		<i>Tel</i>	<i>email</i>	Directives anticipées		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Caisse de retraite	Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			Mutuelle		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :			
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									

Contacts utiles

Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	Médecin traitant				
	Infirmier(s)				
	Pharmacien				
	Kinésithérapeute				
	Ergothérapeute				
	Gériatre				
	Autre spécialiste				
Niveau 2	Assistant social				
	Coordination territoriale d'appui				
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)				
	Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)				

La personne		Date d'initiation du PPS/...../.....	Nom :	
			Prénom :	
			Date de naissance :	
Numéro du PPS		Préférences de la personne		
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne		

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

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

Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments				Précarité			
- accident iatrogène				- financière			
- automédication à risque				- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)				- énergétique			
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
				- soins personnels/toilette			
Organisation du suivi				- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
				- locomotion			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- repas			
Problèmes de mobilité				Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adapté			
- risque de chute							
- chute(s)				Difficultés à prendre soin de soi			

- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
Isolement				- refus de soins et d'aides			
- faiblesse du réseau familial ou social				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement géographique							
- isolement ressenti							
- isolement culturel				Troubles de l'humeur			

Exemples d'actions au regard des problèmes identifiés dans la check-list

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
Précarité : - Financière - Habitat - Energétique	- vérifier l'accès aux droits (ALD, APA) et accès aux soins - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - obtention aides financières - soutien par association caritative,...
Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne - soins personnels / toilette - habillage - aller aux toilettes - continence - locomotion - repas	- aide à la toilette - allocation financière - bilan ergothérapique - portage de repas,...
Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée	- S'enquérir de l'appétit - Réaliser un MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) en deuxième ligne - Rechercher la cause de la dénutrition - la prise en charge nutritionnelle est globale : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

Difficultés à prendre soin de soi - Difficultés à utiliser le téléphone - Difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments - Difficultés à voyager seul - Difficultés à gérer son budget - Difficultés à avoir une alimentation adaptée/ dénutrition* - Refus de soins et d'aides - Situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	- intervention du CMP - bilan cognitif - prise en charge d'une dépression - intervention d'équipes mobiles, etc. - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - alerte via n° d'appel national 3977, évaluation sociale...
Troubles de l'humeur*	- Psychothérapie de soutien - Traitement anti-dépresseur - Équipe de de géro-psycho-geriatrie - Avis d'un psychiatre

* : facteurs de risque d'hospitalisation identifiés dans PAERPA