



HAL
open science

**Écosystème PAERPA : évaluation auprès d'un panel
varié de médecins généralistes de la Métropole du Grand
Nancy de leur ressenti 4 ans après sa mise en place –
enquête par entretiens semi-dirigés**

Latifa Boualam

► **To cite this version:**

Latifa Boualam. Écosystème PAERPA : évaluation auprès d'un panel varié de médecins généralistes de la Métropole du Grand Nancy de leur ressenti 4 ans après sa mise en place – enquête par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297735

HAL Id: hal-03297735

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297735>

Submitted on 23 Jul 2021

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>

Année 2019

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Latifa BOUALAM

Le 20 septembre 2019

**Écosystème PAERPA : Évaluation auprès d'un panel varié de médecins
généralistes de la Métropole du Grand Nancy de leur ressenti
4 ans après sa mise en place – Enquête par entretiens semi-dirigés**

Membres du jury :

Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME	Présidente
M. le Professeur Jean-Luc OLIVIER	Juge
M. le Professeur Jean PAYSANT	Juge
Mme. la Docteure Éliane ABRAHAM	Juge et directeur
M. le Docteur Olivier HANRIOT	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-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX –
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE –
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT -
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI –
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

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

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

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

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

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

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

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

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
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)

A notre Maître et Présidente,

Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Professeure des Universités

Praticien Hospitalier et Chef du service de Gériatrie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre soutien pour mon travail.

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

A notre Maître et Juge,

M. le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier de Biochimie et Biologie Moléculaire

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Votre gentillesse et votre simplicité sont un exemple pour moi.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

M. le Professeur Jean PAYSANT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier de Médecine Physique et de Réadaptation

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

J'ai eu la chance d'effectuer mon dernier stage d'externat dans votre service de Lay-Saint-Christophe et je garde encore en tête l'empathie dont vous faisiez preuve envers vos patients durement touchés par les épreuves de la vie.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A notre Juge et Co-Directrice de Thèse,

Mme la Docteure Éliane Abraham

Docteure en Gériatrie

Chef du Réseau de santé personnes âgées Gérard Cuny

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse et de faire partie de mon jury. Merci pour votre disponibilité, vos remarques pertinentes, vos encouragements. Votre dynamisme et votre bonne humeur ont été un véritable moteur. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de ma profonde estime.

A notre Juge et Co-Directeur de Thèse,

M. le Docteur Olivier HANRIOT

Docteur en Médecine Générale

Assistant Chef de Clinique du Département de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse et de faire partie de mon jury. Votre gentillesse, votre disponibilité, votre enthousiasme et vos conseils toujours pertinents m'ont été d'une grande aide tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de ma profonde estime.

A Limam,

Merci d'être la personne merveilleuse que tu es. Merci d'être toujours à mes côtés, dans les bons moments mais surtout dans les moments difficiles. Tu es un père exceptionnel pour notre fils, encore plus que je n'aurais pu l'imaginer. Merci d'être toi, tout simplement. Allah ikhelik liya

A Khalil ino,

Ta venue au monde a transformé ma vie. Tu m'as révélé à quel point je pouvais être forte mais également vulnérable. Avec toi j'ai découvert ce qu'était l'amour inconditionnel. Merci pour tes pitreries, tes rires, tes bisous, tes câlins. Je suis fière d'être ta mère. Allah yahafdek lina

A toi que je n'ai pas encore rencontré,

Depuis 7 mois maintenant, tu es toujours à mes côtés, tu auras été mon compagnon de tous les instants. Merci pour tes petits coups qui m'ont permis de me rappeler qu'il n'y avait pas que la thèse dans ma vie. J'ai hâte de te rencontrer.

A mes parents,

Yemma,

Quoi que je dise, quoi que je fasse, jamais je ne pourrai te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es la maman la plus douce, la plus courageuse et la plus aimante qui soit. Tu as sacrifié ta vie pour tes enfants et jamais nous ne te serons assez reconnaissant. Sans toi je ne serai pas là aujourd'hui. Je t'aime du fond du cœur.

Vava,

Tu n'as surement pas les mots pour l'exprimer mais je sais qu'au fond de toi tu es fier de tes enfants et de tout ce qu'ils ont accompli. Merci de nous avoir donné l'opportunité de faire les études qui nous plaisaient et de nous avoir poussé à donner le meilleur de nous-mêmes.

A mes frères et sœurs,

A Kaltoum,

Ma grande sœur chérie, être l'aînée de notre si grande fratrie n'a pas dû être facile tous les jours. Merci de nous avoir ouvert la voie des études longues, merci pour ta bonne humeur et ta pêche (malgré ton âge ! ;-)). Je t'aime fort.

A Farida,

Je ne connais personne d'aussi généreux et déterminé que toi. Merci pour ton franc parlé, merci pour tout ce que tu fais pour maman et nous tous. Merci pour les millions de cadeaux. Tu es un modèle de détermination pour moi. Tu te souviens de ton poster dans le garage ?! Tu la voulais et tu l'as eue alors n'oublie jamais que tu peux tout avoir. Je t'aime fort.

A Mohamed,

Mon grand frère chéri. Tu as beaucoup contribué à ce que je suis devenue aujourd'hui. Heureusement que tu as été là pour me flanquer la frousse de ma vie lorsque j'ai séché les cours en 6^{ème}. Je n'ai plus jamais recommencé ! La vie t'a retiré ce que tu avais de plus cher, tu le retrouveras dans le plus beau des endroits inchaAllah. Je t'aime mon frère.

A Samiaa,

La patience incarnée ! Déjà toute petite je t'embêtais pour que tu me fasses à manger en plein milieu de la nuit mais jamais tu ne t'es fâchée contre moi. Tu as été une deuxième maman adorable. Les histoires de Jeannot Lapin ont baigné mon enfance et tu m'as donné le goût de la lecture toute petite ! Merci pour tout Sam. Je t'aime.

A Yassin,

Service des fraudes j'écoute... Ah que les coups de fils seraient tristes sans tes blagues qui m'ont fait douter plus d'une fois ! Yassin à la rescousse à chaque fois que j'ai un souci. Tu as toujours répondu présent. Merci pour ta bonne humeur, ton humour, ta présence tout simplement. Je t'aime fort.

A Fatiha,

Dix ans jour pour jour après toi, me voilà thésée à mon tour ! Tu m'as ouvert la voie des études médicales, tu as été un exemple pour moi. Tu as été la première à me faire une dédicace et je ne l'oublierai jamais. Merci Rosette, tu es une vraie « couragiste ». Je t'aime.

A El-Alami,

Big Brother ! Que dire, ton cerveau et tes capacités incroyables m'ont toujours fait rêver. C'est toi qui ~~as fait~~ m'a aidé à faire mes dessins d'arts plastiques et mes devoirs de maths pendant toutes mes années scolaires, sans toi je ne serai sûrement pas là ☺. Mon compagnon de voyages, grâce à toi j'ai découvert (et mangé) tellement de belles et bonnes choses. Je t'aime très fort.

A Rachid,

Alors comme ça je suis un dragon ? Je sais qu'au début tu ne m'aimais pas trop mais je pense que ça a bien changé ! Je pense que tu as dû te faire disputer une paire de fois à cause de moi, j'espère que tu ne m'en veux pas ! Blague à part, merci pour tous les bons moments passés ensemble grand frère. Je t'aime.

A mes beaux-frères et belles-sœurs,

Grâce à vous la famille s'est agrandie et s'est enrichie de belles personnalités. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et pour tout ce que vous apportez à mes frères et sœurs. Je vous aime fort.

A ma belle famille,**Khalti,**

Merci d'avoir fait de Limam l'homme qu'il est aujourd'hui. Merci d'être une « nanna » adorable pour Khalil, grâce à toi il filera dans le droit chemin inchaAllah...et il saura faire atai ! ;-)) Et merci d'être une belle mère aussi exceptionnelle. Je t'aime

M'Barek,

J'aurai tellement aimé te connaître, tu aurais été un beau-père et un grand père merveilleux. Qu'Allah t'accorde Sa miséricorde.

A Salika et Zoubida,

Les petites sœurs que je n'ai jamais eues ! Vous êtes la crème des belles-sœurs, merci d'être des tatas aussi gentilles et présentes pour Khalil, il a de la chance de vous avoir et moi aussi. Je vous aime fort.

A tous mes neveux et nièces,

Je vous aime tous tellement et je suis si fière d'être votre tata. J'ai appris tellement de choses grâce à vous. Vous êtes tous si différents mais tous aussi adorables et tellement drôles. Vous accomplirez tous de belles et grandes choses dans vos vies inchaAllah. Je vous aime jusqu'au ciel.

A Younes et Adnane,

Nos anges partis trop tôt. Adnane nous n'avons pas eu l'occasion de faire ta connaissance et Younes tu es parti quand je commençais à te découvrir. La dernière fois que l'on s'est vus tu m'as dit « je t'aime très fort tata » comme si tu avais compris qu'on ne se reverrait plus. Jamais je ne vous oublierai mes anges, je prie pour avoir la chance de vous retrouver au Paradis. Vous serez toujours dans mon cœur.

A mes amis,

Rekia, Yousra, Alyssa, Élise,

Mes acolytes, mes compagnons de galère, nous nous sommes rencontrées plus ou moins tôt au cours de nos études mais vous m'avez toutes apportées quelque chose. Votre amitié m'a permis de traverser ces années qui ont parfois été difficiles. Nous avons partagé des moments inoubliables et surmonté des épreuves difficiles ensemble. Sans vous, toutes ces années n'auraient pas eu la même saveur.

Julie, Pauline, Thomas G., Thomas R., David,

Grâce à vous j'ai passé un de mes meilleurs semestres ! Je suis sincèrement heureuse de vous avoir rencontrés. Vous êtes tous des personnes en or et de supers médecins.

SERMENT

« **A**u 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 ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	20
PRESENTATION DU SUJET	21
1. Parcours de santé	21
2. PAERPA	22
3. Coordination territoriale d'appui	23
4. Objectif de l'étude	23
ARTICLE	24
1. INTRODUCTION	24
2. MATERIEL & METHODE	25
2.1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés	25
2.2. Population	25
2.3. Recueil des données	26
2.4. Analyse des données par théorisation ancrée et triangulation méthodologique	26
RESULTATS	28
1. Caractéristiques de la population	28
2. Résultats de l'analyse qualitative	29
2.1. La prise en charge du patient âgé est un exercice compliqué	29
2.2. Une connaissance variable du dispositif PAERPA	30
2.3. Les médecins traitants apprécient être soutenus dans les prises en charges complexes	32
2.4. Les points positifs	33
2.4.1. Du dispositif PAERPA	33
2.4.2. Du réseau Gérard Cuny dans la mise en œuvre du dispositif PAERPA	34
2.5. Les points négatifs et les attentes	35
2.5.1. Le retour à domicile	35
2.5.2. Une charge administrative	36
2.5.3. Une coordination qui se faisait déjà naturellement avant le PAERPA	37
2.5.4. Les attentes	38
2.5.5. Pour l'avenir	39

DISCUSSION	40
1. Forces et faiblesses de l'étude	40
1.1. Forces de l'étude	40
1.2. Faiblesses de l'étude	41
2. Résultats principaux	41
CONCLUSION	47
ANNEXES	49
BIBLIOGRAPHIE	50
RESUME	54

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agences Régionales de Santé

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

COREQ: Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

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

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

M1 à M11 : Médecin interrogé de n°1 à n°11

PAD : Personne âgée dépendante

PAERPA : Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de santé

PTA: Plateforme Territoriale d'Appui

PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of
Autonomy

RGC : Réseau Gérard Cuny

PRESENTATION DU SUJET

1. PARCOURS DE SANTE

Le parcours de santé correspond aux différents actes sanitaires, sociaux et médico-sociaux nécessaires à la prise en charge du patient âgé souffrant de problématiques multiples. Pour être fluide et efficient, il nécessite un juste enchaînement des différentes compétences professionnelles qui s'articulent autour de la personne (médecin, infirmiers, kinésithérapeutes...). (1)

La logique d'amélioration des parcours de santé consiste à développer une meilleure coordination entre les différents professionnels afin d'assurer une prise en charge globale sur le long terme.

En 2011 puis 2018, les rapports du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en réponse au débat sur la dépendance des personnes âgées insiste sur la « nécessaire continuité des différents soins requis par la situation de la personne. » et appelle à un « décloisonnement et une simplification pour mettre fin à l'éparpillement actuel des acteurs et des moyens. » (2)(3)

Dans le parcours de santé la prise en charge doit donc aborder les besoins (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) des personnes âgées dans leur globalité et leurs interactions.

C'est dans ce contexte qu'en 2014 est lancée l'expérimentation d'un programme de « parcours pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie » sur 9 territoires pilotes.

(4)(5) Ce programme sera étendu à l'ensemble de la France en 2016.

Quatre années après son lancement, le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé le 1^{er} octobre 2018 une concertation nationale sur le grand âge et l'autonomie (6), ceci afin d'aboutir à une transformation du système de santé « Ma santé 2022 ».

2. PAERPA

Environ 9% de la population française a plus de 75 ans (8) et présente une ou plusieurs pathologies chroniques auxquelles peuvent venir s'ajouter des problématiques médico-sociales. Il est alors parfois compliqué pour le médecin traitant de faire face seul à des problématiques multiples, et de savoir mobiliser seul l'ensemble des services et moyens nécessaires au maintien de l'autonomie du patient âgé fragile.

C'est pour répondre à ces problématiques que l'écosystème PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), qui est un dispositif national, a été déployé en 2014 sur des territoires pilotes par les Agences Régionales de Santé (ARS), sur mandat de la ministre de la santé. Le Grand Nancy a été un de ces premiers territoires.

Cet écosystème concerne donc la population de plus de 75 ans et s'intègre dans la démarche de « parcours de santé ». L'objectif majeur de ce dispositif est, en appui des médecins traitants notamment, d'améliorer les parcours des personnes âgées en installant une démarche territoriale structurée valorisant la coordination entre les professionnels de santé, afin de fluidifier les prises en charge et éviter les hospitalisations non justifiées.

Ce projet s'adresse aux professionnels des secteurs médical, social et médico-social des territoires concernés afin de structurer et coordonner le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

3. COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Sur le Grand Nancy, l'écosystème PAERPA s'est principalement construit autour de la Coordination Territoriale d'appui. Elle est portée par le Réseau de santé personnes âgées « Réseau Gérard Cuny » et le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC, service territorial Personnes Âgées – Personnes Handicapées du conseil départemental 54).

Le Réseau Gérard Cuny est implanté dans la Métropole du Grand Nancy depuis 2005. Cette ancienneté lui permet de faire office de « référence » auprès des médecins traitants en matière de problématiques complexes chez le sujet âgé.

Pour porter le projet PAERPA, le Réseau Gérard Cuny a donc gardé son identité pour éviter toute rupture de confiance avec les médecins traitants.

Une de ses principales missions est d'être l'interlocuteur direct d'appui des professionnels de santé du territoire, notamment les **médecins** généralistes. Elle les informe et les oriente vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.

C'est également elle qui active les différents dispositifs et déclenche des expertises sous réserve de l'accord du médecin traitant.

4. OBJECTIF DE L'ETUDE

Le dispositif PAERPA ayant entre autres pour but de faciliter la prise en charge de ces patients par les médecins traitants, il paraît nécessaire d'évaluer le ressenti des médecins généralistes du Grand Nancy quatre ans après sa mise en place.

Les retombées attendues sont de mettre en avant des pistes d'amélioration.

ARTICLE

1. INTRODUCTION

La prise en charge du sujet âgé dans sa globalité est un enjeu de santé publique majeur.

La population mondiale en général et française en particulier connaît un vieillissement démographique important.

Cette population présente des problématiques médicales, sociales et médico-sociales bien particulières, qui souvent s'intriquent et compliquent leur prise en charge. Parallèlement, la charge de travail des médecins généralistes en exercice a augmenté et il leur est compliqué de gérer seuls des prises en charges lourdes et souvent chronophages.

Partant de ce constat, il est primordial que l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux communiquent et se coordonnent afin de rendre cette prise en charge la plus efficiente possible.

Le dispositif PAERPA est mis en place pour contribuer à améliorer les parcours et faciliter le travail des intervenants sur un territoire.

Il s'agit d'un dispositif national conduit par l'ARS et lancé en 2014 sur neuf territoires pilotes.

Le Grand Nancy était un de ces territoires et ce projet y a été mis en œuvre par le Réseau de santé personnes âgées Gérard Cuny et le CLIC. Ce projet s'adresse aux personnes de plus de 75 ans et a pour objectifs d'accroître la pertinence et la qualité des soins dont ils bénéficient afin d'améliorer leur prise en charge dans une logique de parcours de santé.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes qui en sont les principaux utilisateurs. Les résultats permettront de dégager les axes d'améliorations possibles de cet outil afin de le rendre plus performant.

2. MATERIEL & METHODE

2.1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi une méthode qualitative avec recueil des données par entretiens semi-dirigés. L'étude qualitative est particulièrement adaptée à notre travail car elle permet de balayer l'ensemble des idées des médecins généralistes sans restriction.

Parmi les différentes techniques de recueil, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Ce type de recueil favorise une libre expression des participants et révèle l'existence de représentations inscrites dans leur esprit et qui ne peuvent s'exprimer au travers d'un questionnaire quantitatif.

Enfin, il permet également d'analyser les comportements non verbaux.

Ces données sont ensuite retranscrites et analysées.

2.2. Population

Le Réseau Gérard Cuny est en contact avec les médecins généralistes du Grand Nancy, qui ont des patients inclus dans le dispositif PAERPA. A partir de la liste de ces médecins, nous avons procédé à un échantillonnage permettant de varier les profils sur l'âge, le sexe, et le nombre de patients inclus dans le dispositif.

2.3. Recueil des données

Les entretiens ont eu lieu au cabinet médical de chaque médecin interrogé et ont été enregistrés par smartphone. L'investigateur et le médecin interrogé étaient seuls présents lors de ces entretiens.

Un guide thématique a été préparé en amont. Il s'agit d'une trame de questions ouvertes, neutres et cohérentes permettant à la personne interrogée de s'exprimer librement. Des relances étaient parfois utilisées pour guider la discussion mais sans orienter ni influencer le médecin interrogé.

Le guide d'entretien pouvait être modifié au fur et à mesure des entretiens.

Les entretiens étaient poursuivis jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle n'apparaisse. C'est ce qu'on appelle la saturation des données qui a été confirmée par deux entretiens supplémentaires qui n'apportaient aucune nouvelle donnée.

2.4. Analyse des données par théorisation ancrée et triangulation méthodologique

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, manuellement et de manière anonyme. Les données ont été analysées par théorisation ancrée qui est une méthode d'analyse qualitative. Elle se base sur la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence. Elle permet de « dégager le sens d'un évènement, de lier divers éléments d'une situation, de renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. » (9)

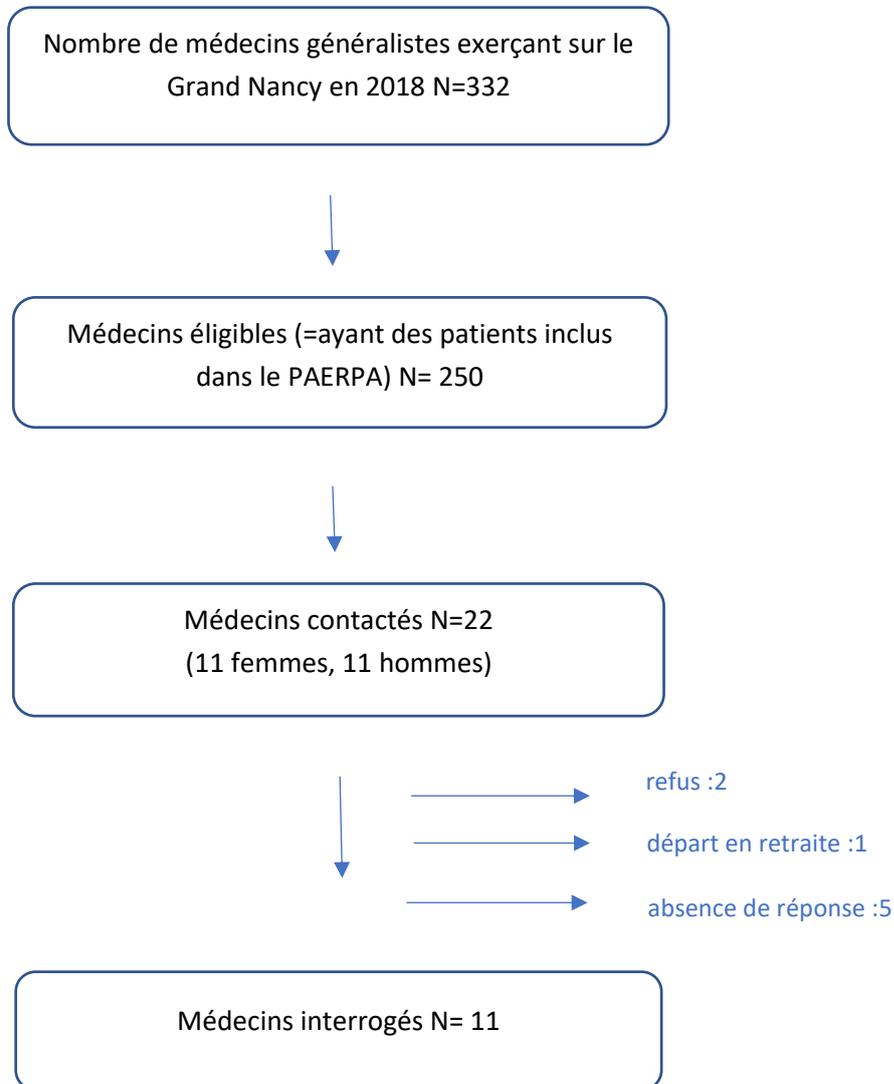
La théorisation ancrée se développe en six étapes. Elle débute par le codage des entretiens permettant de faire émerger des catégories qui sont ensuite mises en relation afin d'aboutir à une théorie.

Une des étapes majeures de ce processus est donc le codage qui se fait en trois phases ; le codage ouvert puis axial puis sélectif, permettant donc d'aboutir à des catégories qui sont regroupées par thème. (10) Il en résulte un « arbre » de concepts qui représente les résultats du travail.

Enfin, une triangulation méthodologique du codage a été réalisée, c'est-à-dire une deuxième analyse par un deuxième investigateur, afin de croiser deux approches du sujet d'étude pour augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION



Ces entretiens se sont déroulés de janvier à mai 2019.

La saturation des données a été obtenue au bout de 9 entretiens. Elle a été confirmée par deux entretiens supplémentaires n'apportant pas de données nouvelles, portant à 11 le nombre total d'entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques principales des participants :

Médecin	Sexe	Age	Type d'installation	Durée de l'entretien
M1	M	63	Maison de santé	36'20
M2	F	47	Cabinet de groupe	17'40
M3	F	51	Cabinet de groupe	13'25
M4	M	60	Cabinet de groupe	19'40
M5	M	39	Cabinet de groupe	22'20
M6	F	53	Maison de santé	39'50
M7	F	35	Cabinet de groupe	15'35
M8	M	60	Seul	15'45
M9	M	52	Seul	42'10
M10	M	35	Seul	17'43
M11	M	34	Maison de santé	18'11

2. RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE

2.1. La prise en charge du patient âgé est un exercice compliqué

Les médecins interrogés avaient une patientèle plus ou moins âgée. Ceux ayant une grosse proportion de patients âgés dans leur patientèle exprimaient des difficultés à les prendre en charge, surtout lorsque la prise en charge se fait à domicile.

« Les patients gériatriques, ils ont des problèmes de locomotion, des troubles cognitifs...ce sont des patients lourds »(M1)

« Quand il faut aller le voir à domicile, on peut pas tout prendre avec nous. On ne fait pas suivre l'ordinateur en visite. Et moi je fais une dizaine de visites par jour donc ça commence à faire beaucoup. Et ça prend beaucoup de temps. (M4)

Par ailleurs, malgré la bonne volonté des médecins, il n'est pas toujours possible d'anticiper les problématiques.

Soit parce que les patients refusent les aides proposées :

« *Souvent pendant des mois et des mois et des mois ils ne veulent rien et on déclenche quand il est un peu tard.* » (M1)

Ou par manque de temps des médecins :

« *On n'a plus le temps de se...d'organiser une prise en charge complète avec institutionnalisation sur un créneau d'après-midi* » (M5)

Et souvent l'hospitalisation en urgence devient alors inévitable

« *Je les ai envoyés tous les deux aux urgences. Car je n'ai pas eu d'autre choix.* » (M5)

2.2. Une connaissance variable du dispositif PAERPA

Comme frein à son recours on retrouve une méconnaissance de ce dispositif. En effet certains médecins ont du mal à y voir clair entre les différents réseaux et structures existants.

« *Entre PAERPA, réseau HAD et les autres... y'a un point d'interrogation, on ne sait pas où aller.* » (M4)

« *...parfois on s'y perd entre tous les réseaux.* » (M2)

D'autres encore le dissocient complètement de la CTA pensant que PAERPA est un réseau à part et ne saisissant pas qu'il s'agit d'un dispositif mis en œuvre par la CTA par le biais du réseau gériatrique Gérard Cuny.

« *Je n'ai pas trop le réflexe d'appeler le PAERPA directement.* » (M7)

Comme raison à cette méconnaissance on retrouve un manque de communication et d'explications autour de ce dispositif.

« *PAERPA j'ai eu l'impression au départ que c'était trop compliqué.* » (M4)

« Alors au début j'ai strictement rien compris. C'était très complexe. Et je n'ai toujours rien compris finalement. » (M9)

Cet avis n'est néanmoins pas partagé par tous les médecins...

« Ça nous a été bien expliqué au départ en tous cas. » (M7)

...qui saisissent bien l'utilité du dispositif.

Ces médecins s'intéressaient à ce sujet avant son lancement et ont donc assisté à des sessions de formation qui ont eu lieu sur le territoire lors de la mise en place du dispositif.

« Le PAERPA a des capacités d'organisation d'un parcours de soins que je n'ai pas.(...) Ca apporte des solutions nouvelles qui sont absolument nécessaires dans la situation où l'on se trouve. » (M6)

Comme causes de ces avis discordants on retrouve une date d'installation survenue après le déploiement de PAERPA sur le Grand Nancy

« Je me suis installé en 2015. » (M11)

Ou au contraire une date d'installation ancienne, supérieure à 20 ans. Ces médecins ayant connu au cours de leur carrière de nombreux dispositifs de santé publique successifs, avec de nombreux sigles qui sont peu compréhensibles sauf pour les initiés.

« Parce qu'on est envahi par un tas de trucs. On ne sait plus qui fait quoi. » (M4)

« Avant y'avait le réseau Pivoine mais je ne sais pas ce qu'il est devenu. » (M4)

2.3. Les médecins traitants apprécient être soutenus dans les prises en charges complexes

Le point sur lequel se rejoignent les médecins, notamment ceux avec une importante patientèle âgée est le souhait d'être aidé, soutenu dans ces prises en charges lourdes et complexes.

« (...) on arrive à échanger et à avoir des conseils à ce niveau-là. Ce qui nous aide dans notre pratique car parfois on se sent un petit peu...seule !» (M2)

« Ça nous soutient dans notre travail et ça permet de se sentir moins seul. » (M8)

« Je n'ai plus l'impression de travailler toute seule sur des situations désespérées. » (M6)

« avoir quelqu'un qui nous soutient, voire qui le fait à notre place, ça va devenir indispensable » (M10)

De plus, les médecins traitants apprécient qu'il y ait une intervention sur le terrain, au domicile du patient.

En effet les patients âgés sont parfois réticents à l'idée de devoir quitter leur domicile et appréhendent de devoir se rendre en consultation, notamment lorsque cela se déroule au CHU.

« L'objectif c'est qu'ils évaluent le patient, c'est qu'ils aillent chez lui à la maison » (M3)

« pour les bilans de troubles cognitifs. J'aime bien. Quand je leur dis qu'une infirmière va venir ou la visite d'un gériatre à domicile (...) ils le vivent mieux. Ils ont l'impression qu'on s'intéresse à eux sans être obligé d'aller dans la grande maison du CHU car ça leur fait un petit peu peur.» (M10)

2.4. Les points positifs

2.4.1. Du dispositif PAERPA

Le premier point positif mis en avant par les médecins est que le dispositif PAERPA comporte des outils inédits dont les médecins estiment qu'ils sont utiles au maintien à domicile.

Parmi ces outils on retrouve le dispositif « Siel Bleu » qui permet à la personne âgée d'avoir une activité physique dispensée au domicile par un éducateur physique en activité physique adaptée.

« Alors oui et j'ai trouvé ça très bien. Pour la patiente ça a été utile. (...) ça dynamise un petit peu le patient et ça l'aide à être un peu plus longtemps à domicile. » (M2)

Un autre dispositif très apprécié est l'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation en court séjour. Certains patients dont l'état de santé ne justifie plus l'hospitalisation mais est encore trop fragile pour permettre un retour à domicile peuvent en bénéficier, sans pour autant avoir besoin de SSR.

« (...) ça marche vraiment bien. Ça évite des situations catastrophiques à domicile. » (M3)

Ce qui *« est génial c'est la sortie d'hospitalisation vers l'EHPAD. » (M1)*

Un outil qui est jugé utile pour la sécurité du patient mais également pour qu'il puisse se faire une idée de l'institutionnalisation.

« Moi je trouve ça extrêmement utile. D'une part parce-que ça sécurise le patient (...) et ça permet aussi (...) de dédramatiser l'institutionnalisation. » (M8)

Les autres outils jugés utiles sont le répit de nuit ou encore l'intervention d'un ergothérapeute à domicile.

« Moi je vois le mot répit et donc ça permet de se centrer sur l'aidant. » (M8)

« Ça c'est un vrai plus, car du coup après le bilan ergothérapique ils peuvent avoir des aides. » (M10)

Le deuxième point positif mis en avant est la capacité de coordination et d'organisation du parcours de santé.

« Le PAERPA m'est bien utile quand il y a besoin de plusieurs intervenants (...) quand il faut coordonner un peu tout le monde. » (M7)

« Le PAERPA a des capacités d'organisation d'un parcours de soins que je n'ai pas.(...) Ca apporte des solutions nouvelles qui sont absolument nécessaires dans la situation où l'on se trouve. » (M6)

2.4.2. Du réseau Gérard Cuny dans la mise en œuvre du dispositif PAERPA

Les médecins interrogés rapportent une facilité à contacter le réseau.

« je n'ai jamais eu de soucis pour les contacter. » (M2)

« je les sollicite dès que j'ai besoin et j'ai toujours une réponse » (M7)

« Ils sont super joignables quand même. Y'a toujours quelqu'un qui décroche et qui me répond. » (M10)

Un autre élément de satisfaction des médecins est le fait que le travail autour du patient se fait en « équipe » et d'un commun accord.

« C'est un échange pour savoir si on est bien tous d'accord, si on est tous sur la même longueur d'ondes. » (M2)

« C'est une équipe qui est très dans le dialogue. (...) Ils sont à la recherche d'une solution collective. (...) C'est un travail en équipe. » (M6)

« on avance ensemble » (M10)

Le réseau gérontologique Gérard Cuny a été créé en 2005 et de ce fait est bien implanté dans le paysage médical du Grand Nancy. Cette ancienneté fait de lui un interlocuteur privilégié des médecins traitants.

« Moi je travaille beaucoup avec le réseau Gérard Cuny. C'est eux mes référents. » (M3)

« C'est la seule structure gérontologique avec laquelle je travaille » (M5)

« J'ai toujours eu l'habitude de travailler avec le réseau Gérard Cuny. » (M8)

Cette ancienneté et la bonne réputation dont jouit le réseau ont nettement contribué à la mise en œuvre du PAERPA

« J'utilise le PAERPA mais je passe directement par le réseau. » (M3)

« J'appelle le réseau Cuny et ensuite le PAERPA est fait dans la foulée. » (M7)

2.5. Les points négatifs et les attentes

2.5.1. Le retour à domicile

Le premier point négatif soulevé par les médecins traitants est le manque d'information lors du retour à domicile d'un patient hospitalisé.

« Il y a un gros truc qui manque c'est le retour à domicile » (M6)

En effet ils ne sont parfois pas informés par l'hôpital ou la clinique du retour de leur patient après une hospitalisation qui parfois a été très longue et qui a nécessité un passage dans plusieurs services voire hôpitaux. Ces patients inclus dans le PAERPA sont par définition

fragiles et ce manque d'information peut provoquer des situations complexes voire dangereuses pour le patient.

« Si l'hôpital ou la clinique ne sont pas capables de se rendre compte qu'on s'est fatigués en équipe de soins primaires à étiqueter les gens PAERPA c'est bien parce qu'il y a une difficulté à prendre la personne en charge à domicile. » (M6)

« (...) on avait failli perdre la patiente pour un détail. » (M6)

Néanmoins ce point négatif ne peut pas réellement être imputé au PAERPA en lui-même mais semble résulter d'un manque de communication entre les différents services dans l'hôpital et entre l'hôpital et la ville, voire d'un défaut de prise de conscience de la fragilité du patient.

« Et ça c'est une prise de conscience globale de tous les professionnels de santé qui manque. » (M6)

« Il y a eu une incompréhension entre l'hôpital et la ville car même le réseau n'était pas au courant de son retour à domicile. » (M11)

2.5.2. Une charge administrative

Le second point négatif mis en avant par les médecins est la charge administrative : rédaction du Plan Personnalisé de Soins, remplissage de documents pour se faire rémunérer. En effet, les médecins estiment être surchargés de travail, notamment administratif.

« Mais nous on est déjà bourré de papiers alors on n'a pas envie de passer trois plombes à faire des papiers. » (M4)

La rédaction des PPS est donc parfois identifiés comme chronophages voire trop compliqués à remplir par le médecin traitant.

« J'essayais de bien faire, de commencer le PPS en identifiant tous les besoins puis ça devenait super chronophage en fait et je me suis rendu compte qu'à cause de ça, une paire de fois je ne l'avais pas fait. » (M10)

« Les faire moi ?! Ah non c'est trop compliqué. » (M5)

« Le support PAERPA.. je trouve ça très lourd. Administrativement. Et c'est le seul obstacle. » (M3)

Toutefois, les médecins reconnaissent éviter cette charge administrative en contactant directement la CTA qui se charge d'établir le PPS avec les renseignements fournis par le médecin traitant.

« J'appelle le réseau Cuny et ensuite le PAERPA est fait dans la foulée. » (M7)

2.5.3. Une coordination qui se faisait déjà naturellement avant le PAERPA

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, les médecins sont globalement très satisfaits de leurs interactions avec le réseau Gérard Cuny. Ils collaboraient déjà régulièrement avant l'arrivée du PAERPA et n'arrivent pas à saisir en quoi cela modifie leurs pratiques.

« Mais finalement, moi dans ma pratique, le fait qu'il y ait le PAERPA n'a pas changé grand-chose par rapport au moment où ça n'existait pas. » (M5)

« Je pense que c'est ce qu'on faisait avant le PAERPA » (M7)

Dans la mesure où certains médecins n'en saisissent pas l'utilité, leur recours à ce dispositif est donc faible.

« Donc le PAERPA j'ai eu du mal à voir ce que ça m'apportait de plus que le réseau. (...) Donc automatiquement je l'intègre très mal dans ma pratique. » (M11)

Néanmoins, cette impression que le projet PAERPA n'a pas ou peu impacté leurs pratiques concernent les médecins qui n'ont pas totalement saisi le continuum de portage des dispositifs de santé publique par des organismes tels que le RGC.

2.5.4. Les attentes

La principale attente des médecins généralistes est qu'on leur simplifie la tâche. Ils attendent de ce dispositif qu'il soit souple, simple d'utilisation et qu'ils puissent obtenir une réponse claire à leur problématique et qui s'adapte selon l'urgence de la situation.

« je veux juste qu'on réponde rapidement et concrètement au problème qui se pose sur le terrain. » (M3)

« Soit c'est urgent et on négocie c'est dans la semaine, soit c'est pas urgent et on fait ça dans le mois » (M1)

« J'aimerais que ça soit simple, qu'on me dise quelles sont les solutions. » (M4)

L'autre attente identifiée est qu'il y ait une meilleure communication autour de ce dispositif. Que certains médecins qui estiment avoir été mal informés, voire pas du tout, concernant ce dispositif, puissent bénéficier d'explications afin de mieux l'appréhender et donc de l'utiliser à bon escient.

« Ou bien on nous fait un bon cours qui fait quoi. » (M4)

« J'aimerais qu'on définisse plus clairement ce que c'est et les outils disponibles. Mieux expliciter à quoi ça sert. Mieux communiquer. » (M11)

Enfin, la dernière attente concerne le retour à domicile après hospitalisation. Plusieurs médecins rapportent ne pas avoir été informés du retour à domicile de leur patient inclus dans le PAERPA, conduisant à des situations compliquées à gérer.

La difficulté et la complexité de la prise en charge de ces patients à domicile ne semblaient pas avoir été identifiées par les acteurs de santé hospitaliers.

Le dispositif PAERPA est principalement à destination des médecins traitants et des gériatres et de ce fait le monde hospitalier n'a pas ou peu bénéficié d'informations autour de ce dispositif. Il semblerait donc opportun qu'ils soient également formés afin d'éviter de « passer à côté » de ces situations fragiles.

2.5.5. Pour l'avenir

Dans un futur proche, les médecins interrogés souhaitent pouvoir faire appel à une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) qui puisse intervenir pour tout âge et tous types de situations.

« Moi ce que je veux c'est une seule PTA qui fait du sol au plafond. Qui fait nourrissons et personnes âgées. » (M1)

« Moi j'attends que ça soit une vraie PTA pour les gens de tout âge. » (M6)

« (...) la PTA doit devenir une aide systématique pour les soins de premiers recours, pour les prises en charges et les problématiques sociales, quand on a des choses chronophages à mettre en place ou qu'on ne sait pas par où commencer. » (M10)

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1. Forces de l'étude

Ce travail porte sur un sujet d'actualité très mouvant. La prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée fragile est au cœur de débats nationaux lancés par la ministre de la santé. (6) (24) De plus, cette étude a été menée dans un des 9 territoires pilote du PAERPA ce qui a permis d'avoir un recul de 4 ans depuis le lancement de ce projet.

La méthode qualitative s'avérait être la plus adaptée pour évaluer le ressenti des médecins et balayer l'ensemble de leurs idées sans restriction. Les entretiens individuels ont été privilégiés, ainsi les médecins ont pu s'exprimer plus librement.

Le recrutement des médecins s'est fait de manière à varier les profils sur le sexe, l'âge et le nombre de patients inclus dans le PAERPA sur la base d'une liste de médecins fournie par la CTA. La taille de l'échantillon n'était pas déterminée à l'avance. Les entretiens furent arrêtés à saturation des données.

Le codage des données a été fait par deux investigateurs permettant de croiser deux approches et d'augmenter la validité des résultats.

Enfin, l'échelle COREQ est une liste de 32 items de validité en recherche qualitative.(25) Ce travail remplit 30 des 32 items. Les items 25 et 27 n'ont pas été remplis. L'arbre de codage n'a pas été décrit et aucun logiciel n'a été utilisé pour le codage.

1.2. Faiblesses de l'étude

Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative de l'investigateur qui était également l'interviewer. Son manque d'expérience a pu influencer négativement la conduite des premiers entretiens.

Par ailleurs, les entretiens ont été conduits au cabinet des médecins, sur un créneau de consultation ce qui entraînait des interruptions fréquentes et parfois un certain empressement à réaliser l'entretien.

2. RESULTATS PRINCIPAUX

Ce travail montre en premier lieu qu'il existe une connaissance variable du dispositif PAERPA par les médecins. Il apparaît ensuite que les médecins généralistes interrogés souhaitent être aidés et soutenus dans les prises en charge souvent complexes et chronophages des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette étude permet également de dégager les points positifs et négatifs du PAERPA. Comme premier point positif on retrouve des outils inédits qui permettent de prolonger le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Ensuite, la bonne réputation dont jouit le réseau Gérard Cuny ainsi que la facilité pour entrer en contact avec les intervenants a permis d'appuyer le déploiement du dispositif PAERPA.

Comme points négatifs on retrouve tout d'abord un manque d'information lors du retour à domicile de patients hospitalisés. On retrouve ensuite une certaine charge administrative lors de l'établissement de PPS par le médecin traitant seul et enfin une impression d'un apport modeste de ce dispositif en termes de coordination par rapport à ce qui existait déjà sur le territoire.

Cette étude montre qu'une méconnaissance du dispositif est un premier frein important à son recours. Une étude montréalaise publiée dans le BMC Health Services Research en 2009 faisait déjà ce constat. (11) Elle mettait en avant que la participation des médecins généralistes à un nouveau projet est un phénomène complexe qui dépend d'une multitude de facteurs professionnels et organisationnels et dépend souvent de la perception du bénéfice que peut apporter ce changement de pratique. Un manque de communication ou une mauvaise présentation des avantages du projet apparaissent donc comme un frein majeur à son recours.

Parmi les médecins qui étaient les plus réticents à recourir à ce dispositif on retrouve des médecins installés depuis de nombreuses années et ayant connu au cours de leur carrière de nombreux dispositifs dont ils considèrent qu'ils ont eu peu d'impact sur leurs pratiques. On retrouve à ce sujet dans la littérature que même si les médecins promeuvent l'innovation et les nouvelles expérimentations, leurs expériences passées leur donnent peu de raisons de croire qu'un nouveau dispositif va impacter de manière positive la qualité des soins qu'ils délivrent et leur vie professionnelle (12).

Un autre point mis en avant par ce travail est qu'il apparaît que les médecins généralistes souhaitent être soutenus dans leur travail. En effet la prise en charge des patients âgés se fait souvent à domicile et est souvent complexe, chronophage. Un rapport de la DREES publié en février 2014 rapporte qu'en 2010 35% des actes chez les plus de 70 ans avaient eu lieu à domicile. Pour les personnes âgées dépendantes ce taux atteint les 84%. (13) De plus, la législation française met le médecin généraliste au centre de la prise en charge des PAD et lui confie la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients. » (15) Cette charge de travail entraîne donc chez les médecins une volonté de pouvoir déléguer certaines tâches (11).

Les entretiens menés au cours de cette étude ont permis de dégager plusieurs points positifs. On retrouve parmi eux l'utilisation d'outils inédits que les médecins considèrent comme bénéfiques pour prolonger le maintien à domicile. Parmi eux, plusieurs médecins citaient l'activité physique adaptée à domicile « Siel Bleu ». En effet, une enquête de l'Inpes de 2012 rapportait qu'une activité physique régulière permettait de favoriser le maintien de la mobilité chez les personnes âgées et de prévenir la survenue de chutes qui sont une cause très fréquente d'hospitalisation et de grabatisation chez ces sujets (16).

En l'absence de ce dispositif, il serait compliqué de mettre en place une activité physique adaptée à domicile. En effet, il ne remplace pas les séances de kinésithérapie qui peuvent se dérouler au domicile du patient mais en est complémentaire.

Comme autre principal point positif on retrouvait une bonne collaboration et communication avec le réseau gériatrique Gérard Cuny, chargé du déploiement du dispositif PAERPA sur le Grand Nancy. Il apparaît que meilleure est la communication entre ces deux acteurs de la prise en charge du patient âgé fragile, meilleur et plus fréquent est le recours au PAERPA qui vise à améliorer cette prise en charge. Le rapport final PAERPA publié en 2017 par la DREES mettait en avant la présence d'une équipe renforcée sur le Grand Nancy jouissant d'une « visibilité historique » ayant mené de front la mise en place de PAERPA tout en apportant un appui fort aux professionnels de santé (17).

De plus, le réseau Gérard Cuny fait office de « référence » pour les médecins traitants lorsqu'ils rencontrent des situations complexes à domicile. Ce contact privilégié facilite le recours au PAERPA car le réseau est identifié comme un « point d'entrée unique » dans le programme comme le confirme l'article paru en 2003 sur le projet PRISMA (18). C'est la raison pour laquelle le RGC a souhaité garder son identité pour porter le projet PAERPA, et ce afin d'éviter toute rupture de confiance avec les médecins traitants.

Ce programme autour des personnes âgées crée donc un partenariat entre les acteurs de santé et favorise l'intégration des soins pour éviter une rupture dans leur prise en charge. L'intégration des soins consiste à « modifier les organisations existantes pour qu'elles trouvent ensemble des solutions. » (19). Il s'agit d'un processus complémentaire à la coordination.

Concernant les points négatifs, le manque d'information et de communication autour du retour à domicile d'un patient hospitalisé est une lacune rapportée par les médecins interrogés. Ce manque est dû à la difficulté d'impliquer l'ensemble des intervenants hospitaliers. En effet les centres hospitaliers sont des structures trop importantes avec un très grand nombre d'intervenants, la communication autour de PAERPA s'est donc concentrée sur les services d'urgences et les équipes mobiles de gériatrie. (17)

La charge administrative de ce dispositif, notamment lors de la rédaction des PPS, est critiquée par les médecins interrogés.

Une étude observationnelle réalisée en Pays de la Loire en 2008 met en avant que 46% des médecins interrogés rapportaient être totalement épuisés en fin de journée (20) (22). Un rapport émanant de la DREES rapporte quant à lui que sur 10 médecins interrogés, 9 affirment avoir été sollicités au cours du trimestre précédent pour remplir un certificat médical pour obtenir l'APA(13). L'augmentation de la charge de travail est entre autres corrélée à une baisse du nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet libéral. (14) Cette importante sollicitation, notamment sur le plan administratif, n'incite pas les médecins à remplir eux-mêmes des PPS comme le soulignait déjà un bilan de l'HAS à 6 mois. (21) Ces médecins rapportent néanmoins pour la plupart éviter cette surcharge en exposant directement leur problématique à l'interlocuteur du réseau Gérard Cuny qui se charge alors d'établir lui-même le PPS. Cela est confirmé par une étude transversale descriptive réalisée à Nancy qui

rapporte que 15 des 16 médecins traitants interrogés n'ont jamais réalisé de PPS sans l'aide de la CTA.(17)

L'établissement d'un PPS est toutefois indispensable lors de l'intégration d'un patient dans le dispositif PAERPA. En effet, il permet de définir clairement les problématiques du patient afin d'y répondre au mieux. Il donne lieu à un suivi régulier et est réévalué à minima une fois par an. Il permet aux intervenants de se connaître, de pouvoir se contacter, en incluant dans l'équipe de soins des intervenants traditionnellement exclus de tout partage d'informations (exemple : aides à domicile, ergothérapeute, ...)

Malheureusement la finalité de cet outil n'a pas été explorée au cours des entretiens.

Certains médecins soulignent enfin que l'arrivée du dispositif PAERPA n'a pas ou peu impacté leur pratique, la coordination se faisant déjà naturellement entre les différents intervenants, avec le soutien du réseau Gérard Cuny au besoin. On retrouve dans la littérature que pour faire adhérer les médecins à un nouveau projet, les résultats devaient être concrets et rapidement visibles, ce qui pourrait expliquer le manque d'adhésion à ce dispositif de certains médecins, ne comprenant pas comment ce projet pouvait impacter leur pratique. (12) (21) car la plupart des services étaient déjà délivrés par le réseau Gérard Cuny.

Ainsi, nous pourrions proposer plusieurs pistes d'amélioration. En premier lieu, augmenter la communication autour de ce projet surtout auprès des médecins installés depuis de nombreuses années et ceux récemment installés afin, d'une part, de lever la confusion entre les différents réseaux existants et d'autre part d'expliquer les avantages qu'apportent le recours à ce dispositif. Il existe un continuum de portage des dispositifs d'évolution de santé publique mais souvent accompagnés de nombreux sigles qui se succèdent et qui sont peu compréhensibles sauf pour les initiés. Pour ce faire, il faudrait probablement augmenter le nombre d'intervenants au sein du RGC et simplifier le mode de communication autour de ces dispositifs.

En deuxième lieu, il faudrait mettre en place des interventions de la CTA auprès des services hospitaliers où sont fréquemment hospitalisés des patients âgés en risque de perte d'autonomie afin de les informer de l'intérêt du PAERPA qui pourrait permettre d'améliorer le retour à domicile de ces patients. Cela pourrait-être rendu possible en impliquant plus les cadres infirmiers et les assistantes sociales de ces services hospitaliers.

Enfin, une adaptation des PPS permettrait de diminuer la charge administrative de ce projet et inciterait plus les médecins à les remplir eux-mêmes. Une autre solution serait d'utiliser un système d'information interopérable avec le SI des médecins qui éviterait les ressaisies chronophages d'informations. Cependant, les logiciels métiers des médecins généralistes étant nombreux et très différents, il paraît difficile de mettre cette mesure en place pour le moment.

CONCLUSION

L'optimisation de la prise en charge du sujet âgé en perte d'autonomie est un enjeu de santé publique qui a été au centre de nombreux débats au cours de la dernière décennie. Ce sujet est actuellement au cœur d'une vaste concertation ministérielle (7).

La population française connaît un important vieillissement démographique. Cette tranche de la population rencontre de nombreuses problématiques, tant sur le plan médical que social et médico-social. (26) Cela aboutit souvent à un défaut de coordination, une rupture de parcours et de fréquents passages aux urgences qui pourraient être évités.

Il est donc nécessaire, pour y remédier, d'accompagner la personne âgée dans sa globalité en prenant en compte sa fragilité et sa vulnérabilité mais aussi de ses représentations et désirs, avec pour finalité de fluidifier son parcours de santé.

L'écosystème PAERPA est un dispositif national qui a été créé et déployé sur des territoires pilotes en 2014 pour venir en appui des outils préexistants et aller au-delà d'une simple coordination entre les différents acteurs de santé. Il s'intègre dans une démarche territoriale structurée et met le médecin traitant au cœur de son action.

L'objectif de ce travail était d'analyser les ressentis et les attentes des médecins généralistes du Grand Nancy afin de proposer des pistes d'amélioration du dispositif PAERPA.

Nos résultats semblent montrer que les médecins qui connaissent le mieux ce projet sont ceux qui y ont le plus souvent recours. Le premier axe d'amélioration semble donc être une augmentation et une simplification de la communication concernant cet écosystème.

Ils montrent ensuite que les outils inédits d'aide au maintien de l'autonomie apportés par cet écosystème représentent le principal apport de ce projet. Ils ont permis de diminuer le nombre d'hospitalisation évitables ainsi que les ré-hospitalisations précoces.

L'analyse des résultats met également en avant que le travail en équipe entre le réseau Gérard Cuny et les médecins traitants a très nettement permis d'augmenter le recours au dispositif PAERPA, notamment en se chargeant de la partie administrative.

Enfin, pour remédier au ressenti de manque d'informations reçues par les services hospitaliers, des interventions au sein des services où sont fréquemment hospitalisés les patients âgés fragiles semblent être un autre axe d'amélioration. Leur apprendre à se sentir concerné par « l'après-hôpital », à identifier les patients âgés fragiles afin d'anticiper, préparer et organiser leur sortie d'hospitalisation permettrait de diminuer le taux de ré-hospitalisations précoces. (26)(27) Malheureusement, cela semble peu réalisable en pratique compte tenu du nombre très important d'intervenants et du turn over des professionnels.

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE THEMATIQUE

Élaboré dans le cadre d'une étude qualitative constituant une thèse pour l'obtention d'un doctorat de Médecine Générale

1/ PROFIL MEDECIN

- Age
- Sexe
- Date d'installation
- Structure

2/ ENTRETIEN

- 1. Avez-vous déjà eu recours au dispositif PAERPA pour vos patients âgés fragiles ?**
 - Si OUI, pour quel type de problématique ?
 - Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?
- 2. (Relance) Comment cela se passe-t-il lorsque vous devez faire face à une situation urgente ?**
- 3. (Relance) Et concernant l'accès aux soins ? (Entrée/Sortie d'hospitalisation)**
- 4. Vous faites appel à la structure d'appui dans l'accès aux prestations (aides, adaptation du domicile, financements, mesures de protection juridiques ...) ?**
- 5. Comment entrez-vous en contact avec la CTA ? Quel numéro composez-vous ? Demandez-vous quelqu'un en particulier ?**
- 6. Quelles sont vos attentes, vos besoins en tant que médecin généraliste ? (Relance) Souhaiteriez-vous que cela soit étendu à un autre public que les personnes âgées ? Bénéficiaire d'un suivi plus rapproché ?**
- 7. Au total, que pensez-vous du dispositif PAERPA ?**

BIBLIOGRAPHIE

1. Integrated care for older people / ICOPE OMS.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>
2. HCAAM – Rapport sur la perte d'autonomie. 23 juin 2011. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
3. HCAAM – Rapport Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_personnes_agees_-_hcaam_-_22_novembre_2018.pdf
4. ANAP -Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). <https://www.anap.fr/les-projets/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-paerpa/>
Cahier des charges : projet pilote PAERPA. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
5. Concertation grand âge et autonomie. 1^{er} octobre 2018. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-participant-grand-age-def.pdf>
6. Grand âge et autonomie. Rapport de l'atelier 10 : hôpital et personne âgée. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
7. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
8. Paillé, P. (1994) L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. (23) Disponible sur <https://www.erudit.org/fr/revues/crs/1994-n23-crs1517109/1002253ar.pdf>
9. Le Codage d'Entretien – Méthodologie et Exemples. 20.03.2018. Disponible sur <https://www.scribbr.fr/astuces/codage-entretiens/>
10. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines. De Stampa, Vedel, Bergman, Novella, Lapointe. *BMC Health Services Research*. Mars 2009. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-48>
11. Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views. Gollop R, Whitby E, Buchanan D, Ketley D. *BMJ Qual Saf*. 1 avr 2004;13(2):108-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743804/pdf/v013p00108.pdf>

12. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES, février 2014. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>

13. Portrait des professionnels de santé. DREES 2016 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

14. Code la Santé Publique. Article L4130-1

15. L'activité physique de 55 à 75 ans, analyse. Inpes, 2012.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/bien-vieillir/pdf/soins-gerontologie.pdf>

16. Evaluation qualitative PAERPA. Rapport Final. DREES. Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L, n° 135, mai 2017 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>

17. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. Integrated Care. 18 mars 2003.
<http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.73/>

18. Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral Première partie. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2014;12(1):5-12. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-201.htm#>

19. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Juin 2010.
https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2010panel1_v4_rapport.pdf

20. C. Ramez, Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérant au PAERPA, [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Lille 2, 2018. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fbfb18a7-4b51-4dd7-ad49-13143c2e75d0>

21. Anne-Marie Nguyen. Burn out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01704181 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704181/document>

22. Mise en œuvre du PPS PAERPA :
bilan à 6 mois. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf

23. Rapport Concertation Grand âge et Autonomie 28.03.19 <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
24. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Laboratoire ER3S – Université d'Artois. https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/crite__res_COREQ.pdf
25. Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'observatoire des territoires 2017. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
26. HAS - Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées. Points clés et solutions. 28 juin 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

VU

NANCY, le **15 juillet 2019**

Le Président de Thèse

NANCY, le **19 juillet 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10790**

NANCY, le **23 juillet 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pour le Président et par délégation

Le Directeur Général des Services Adjoint

Monsieur Vincent MALNOURY

RESUME

Introduction : PAERPA est un dispositif national visant à organiser et coordonner le parcours de santé des patients âgés en risque de perte d'autonomie. Quatre ans après son déploiement sur le territoire du Grand Nancy, le recours à ce dispositif est très variable d'un médecin à un autre. L'objectif de ce travail est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes concernant ce dispositif afin de proposer des pistes d'amélioration.

Matériel et Méthode : Étude observationnelle par méthode qualitative. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés de janvier à mai 2019. Analyse par théorisation ancrée et triangulation méthodologique.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données. Le recours au dispositif PAERPA varie selon la connaissance que les médecins ont de ce dispositif. La charge administrative était également une raison invoquée pour ne pas y avoir souvent recours mais les médecins se rejoignent pour apprécier l'aide et le soutien apportés par le réseau Gérard Cuny pour la gestion des cas complexes, sans avoir toujours conscience que leur patient a été intégré dans le dispositif PAERPA. Enfin, il semble que le « réflexe » PAERPA ne soit pas encore acquis en milieu hospitalier ce qui empêche le dispositif d'avoir toute sa portée.

Conclusion : Ce travail révèle l'existence d'une très bonne collaboration entre le réseau Gérard Cuny et les médecins traitants qui a nettement contribué à l'implantation du dispositif PAERPA dans le Grand Nancy mais un manque de communication autour de ce dispositif, surtout auprès du personnel hospitalier, ainsi que de nombreux sigles successifs peu compréhensibles sont des freins à son utilisation.

TITRE EN ANGLAIS: The PAERPA's ecosystem. Evaluating the perception among a sample group of general practitioners in the metropolitan community of Grand Nancy four years after its implementation. – Investigation via semi-directed interviews.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2019

MOTS CLEFS : PAERPA – parcours de santé – personne âgée – médecins traitants – coordination territoriale d'appui

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
