



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

TITRE DE LA THESE

**Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le
cadre du projet PAERPA.**

THESE

présentée
à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement le 03/06/16
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Camille GUYON
Née le 12/11/87
A Dijon

ANNEE 2016

N°

TITRE DE LA THESE

**Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le
cadre du projet PAERPA.**

THESE

présentée

à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 03/06/16

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Camille GUYON

Née le 12/11/87

A Dijon

Doyen :

M. Frédéric HUET

1^{er} Assesseur :

M. Yves ARTUR

Assesseurs :

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)			
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine Interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYEL	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie

M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE D'URGENCE

M.	Bruno	MANGOLA	(du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	---------	-------------------------------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOU	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVEY-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Patricia	MERCIER	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Catherine	AUBRY	Médecine Générale
M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire
Mme	France	MOUREY	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres :

- Monsieur le Professeur Jean-Francis MAILLEFERT
- Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA
- Monsieur le Docteur Yannick BLEY
- Madame le Docteur Marion PELLETIER.

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Jean-Noël BEIS, c'est un honneur de vous voir présider mon jury de thèse. Je souhaitais également vous remercier pour avoir fortement contribué à l'enseignement universitaire que j'ai reçu de notre merveilleuse spécialité qu'est la Médecine Générale.

A monsieur le professeur Jean-Francis MAILLEFERT, pour avoir accepté de vous joindre aux membres de mon jury de thèse. Vous aurez marqué mon externat lors de mes passages dans votre service de Rhumatologie, et je ne saurais assez vous remercier pour votre dévouement et votre bienveillance lors de ma préparation aux ECN.

A monsieur le professeur Patrick MANCKOUNDIA, pour m'avoir transmis un peu de vos compétences gériatriques, spécialité passionnante à mes yeux. Je me souviendrai longtemps de mon semestre au Cours séjour gériatrique de Champmaillot, qui aura été une très belle période de mon internat.

A monsieur le Docteur Yannick BLEY, merci d'avoir donné de ton précieux temps pour la réalisation de cette thèse. Et bien entendu, merci également pour ton accueil chaleureux dans votre jolie ville de Clamecy, et pour tout ce que tu as pu m'apprendre au cours des séances de debriefing de mes journées de SASPAS.

A madame le Docteur Marion PELLETIER, ça a été un réel bonheur d'apprendre la médecine d'urgence à tes côtés. Merci pour ta bonne humeur, ta compétence et ton écoute en toutes circonstances...J'espère devenir un médecin avec autant de qualités humaines que tu en as.

A tous mes seniors qui m'ont appris le métier dans leurs spécialités respectives :

Aux docteurs Christine LEMONNIER, Kaldoun HAKIM et Valentin COSTEANT pour leur enseignement en pneumologie/oncologie. J'ai énormément appris à vos côtés et je suis persuadée que ces connaissances, en pneumologie au sens strict du terme ou dans la prise en charge de fins de vies, me serviront beaucoup pour la suite.

Au docteur Caroline TOMA, ma bouffée d'oxygène en pédiatrie. Merci de m'avoir appris les rudiments de ta spécialité.

A messieurs les docteurs DESCHAMPS, LACHARME et ROMAIN qui ont su me faire découvrir des pratiques relativement différentes de médecine générale en milieu rural avec tout ce que ça a pu inclure (les visites à domicile, l'exercice en EHPAD et en Maison d'Accueil Spécialisé, les bases de l'homéopathie...). Un grand merci également pour votre convivialité.

A mesdames les docteurs Agnès CAMUS, Hélène SORDET- GUEPET et Amélie LOCTIN pour tout ce que vous m'avez appris au contact des personnes âgées. Un grand merci pour votre bonne humeur !!

Au docteur Hélène MAZET, toujours présente au circuit court, tu as illuminé un certain nombre de mes gardes. Merci pour tout ce savoir que tu m'as transmis.

A messieurs les docteurs Pierre-Yves BILLIARD, Olivier FORNAS et David TAUPENOT pour vos conseils avisés, aussi bien au plan médico-psycho-social, qu'au plan humain ou organisationnel. J'ai vraiment aimé découvrir la Nièvre et sa population à vos côtés.

A mes co-internes: Elo, Broc, Chacha et Mathou (les drôles de dames), pour nos partages de connaissances, votre soutien, nos sushis-time plus que réguliers et tous ces fou rires que l'on a pu avoir ensemble. Les liens que l'on a pu tisser dans ces services sont et resteront à mes yeux, quelque chose de très important.

Aux Auxerrois qui ont rendu mon premier semestre, oh combien mémorable... : Maëva, Cam', Bruno, Alex, PYD, Beber, Suzanne, Thib, Pepe, Charles, Camille C., Oliv'...sans oublier Bernard! Même si quelques centaines de kilomètres nous séparent dorénavant, j'espère que l'on continuera de trouver des occasions comme celle-ci pour se retrouver...Un grand merci pour ces grands, grands, moments passés ensemble.

A mes amies Sophie, Amel et Laura que j'ai l'impression de connaître depuis toujours et sans qui rien n'aurait été pareil. Un grand merci en particulier à Sophie pour m'avoir incitée toutes ces années d'externat à ouvrir mes KB, et à Amel, mon institutrice préférée qui a corrigé les fautes d'orthographe de mes travaux de mémoire de DES et de thèse !!

Et à tous les autres,

Les copains de fac: Xav, Didine, Benjamou, Melissa, Pina, Buch, Nath, Claire, Hadrien G., Hadrien F., Mathilde M.

Les copains champenois qui m'ont accueillie dans leur région les bras ouverts : Flavien, Eloïse, Clément, Mathou, Pili, Laura, Lulu, Juju et tous les autres.

A ma moitié, celui qui partage ma vie depuis quelques années maintenant et qui me comble de bonheur un peu plus chaque jour. Je suis très fière de pouvoir vivre à tes côtés (même si ça m'a obligée à quitter ma Bourgogne...). Ce jour tant attendu marque pour moi le point de départ à la concrétisation de plusieurs de nos projets.

A toi Papa, qui a toujours répondu présent. Je pense que tu as largement réussi ton pari au vu de ce que nous sommes tous les quatre aujourd'hui... A toi Maman qui m'a donné goût aux études. Je suis persuadée que tu continues de veiller sur moi de là où tu es. Je ne vous remercierai jamais assez pour l'éducation que vous m'avez donnée et qui a contribué à façonner celle que je suis devenue.

A mes trois frères, merci d'être comme vous êtes, avec vos personnalités très différentes. Vous savez combien vous êtes importants pour moi. Je vous souhaite le meilleur de ce que la vie peut apporter. Je serai toujours là pour vous, et je sais également que la réciproque est vraie. Un grand merci tout particulier à Maxime, qui a admirablement bien joué son rôle d'aîné avec moi en me transmettant sa passion pour la médecine.

A toi mémé, pour tout ce que tu as pu m'apporter. Je pense notamment que le côté obstiné des Trimaille m'a beaucoup aidé dans ma réussite professionnelle...

Aux Gaitey, Chantal et Christian qui ont été là pour nous quand nous en avions le plus besoin. A Jean Nicolas, mon parrain et à Stéphanie qui est bien plus qu'une cousine pour moi... Merci de nous avoir entourés comme vous l'avez fait.

A Arlette, pour ton écoute et ton soutien infailible. Merci infiniment d'avoir cru en moi...

A Ghislaine et Dominique, merci de m'avoir accueillie ainsi dans vos familles respectives. J'espère pouvoir prochainement contribuer à l'agrandissement de celles-ci.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

ABREVIATIONS

AGGIR= Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ALD= Affection de longue durée

APA= Allocation personnalisée d'autonomie

APL= Accessibilité potentielle localisée

ARS= Agence régionale de la santé

CARSAT= Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCP= Coordination clinique de proximité

CLIC= Centres locaux d'information et de coordination

CNAMTS= Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM= Conseil national de l'Ordre des médecins

CNPG= Conseil national professionnel en gériatrie

CPAM= Caisse primaire d'assurance maladie

CTA= Coordination territoriale d'appui

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

EMG= Equipe mobile de gériatrie

ETP= Education thérapeutique patient

FIR= Fonds d'intervention régional

GIR= Groupe iso-ressource

GISAPBN= Groupement interprofessionnel de santé et de l'autonomie du pays Bourgogne

Nivernaise

HCAAM= Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HID= Handicaps, incapacités, dépendances

IC= Intervalle de confiance

IDE= Infirmier diplômé d'Etat

LFSS= Loi de financement de la sécurité sociale

MAIA= Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSA= Mutualité sociale agricole

MSP= Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS= Organisation mondiale de la santé

PAERPA= Personne âgée en risque de perte d'autonomie

PBN= Pays Bourgogne Nivernaise

PMSI= Programme de médicalisation des systèmes d'information

PPS= Plan personnalisé de santé

RIAP= Relevé individuel d'activité et de prescriptions

RSHN= Réseau de santé du haut nivernais

RSI= Régime social des indépendants de France

SFGG= Société française de gériatrie et de gérontologie

SNIIRR-AM= Système national d'informations inter-régime de l'assurance maladie

URPS= Union régionale des Professionnels de santé

1 TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	13
1 TABLE DES MATIERES	15
2 INTRODUCTION	165
2.1 Pré requis	165
2.2 Situation démographique française	16
2.3 Concept de fragilité et de dépendance	18
2.4 Problème organisationnel du système de santé français.....	20
2.5 Problème financier du système de santé français	23
2.6 Le projet PAERPA	25
2.7 Le territoire PAERPA bourguignon	27
2.7.1 Une population cible	27
2.7.2 Des financements pré-existants	32
2.7.3 Un dispositif de projet pilote	33
2.8 La mise en œuvre du projet PAERPA	34
2.9 Problématique	35
2.10 Objectifs.....	36
3 MATERIEL ET METHODE	37
3.1 Caractéristiques de l'étude.....	37
3.2 Population à l'étude	37
3.3 Les thèmes abordés.....	37
4 RESULTATS	39
4.1 Résultats de l'enquête de pratique	39
4.2 Résultats de l'enquête d'opinion	41
4.3 Résultats des tests	42
5 DISCUSSION	44
5.1 Résultats de l'enquête de pratique	44
5.2 Résultats de l'enquête d'opinion	47
5.3 Résultats des tests	48
5.4 Les limites de l'étude.....	49
6 CONCLUSION.....	51
7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
8 ANNEXES	54

2 INTRODUCTION

2.1 Pré-requis

Du fait de l'avancée en âge des générations de l'après-guerre, la population française va subir d'importants remaniements avec un « Papy-boom » devenu maintenant inéluctable.

A cette évidence, se surajoutent les problèmes de creux démographique et d'hétérogénéité de répartition des professionnels de santé survenus de manière simultanée, engendrant de véritables « déserts médicaux ».

Cette évolution sociétale induit de fait, de profonds changements dans les politiques sanitaires et sociales, au cœur desquelles se trouvent, entre autres professionnels, les médecins généralistes.

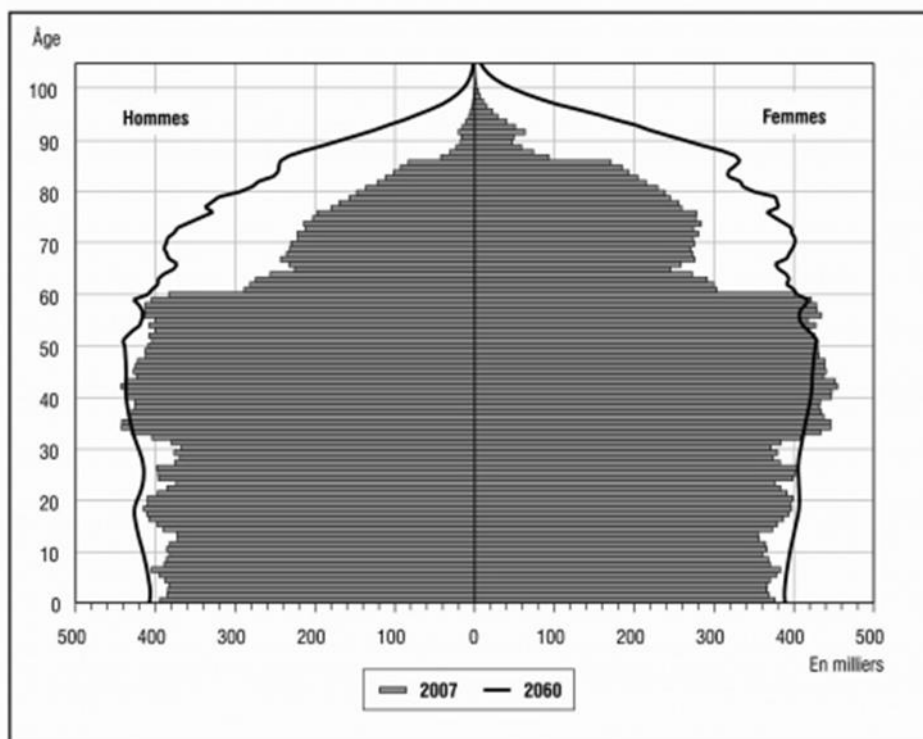
Pour reprendre les critères de l'OMS, l'exercice de la Médecine générale consiste à essayer de répondre aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. (1) Cette avancée en âge, notamment en milieu rural, rend d'autant plus difficile cette pratique de la médecine qui se doit de prendre en charge le patient dans sa globalité.

C'est sur cette proximité au patient que nous devons nous appuyer dans les années à venir afin que ces personnes en risque de perte d'autonomie reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et le tout au meilleur coût.

2.2 Situation démographique française

Le « Papy-boom » correspond à l'avancée en âge des générations nées dans la période d'après-guerre, soit entre 1945 et le milieu des années 70. Ce phénomène est d'autant plus important que l'espérance de vie augmente régulièrement depuis la fin du 19ème siècle en France (à l'exception des périodes de guerre et de quelques années particulières) (2). Tout ceci tend à complexifier la situation démographique française dans les années à venir, de par l'ascension fulgurante de la population gériatrique.

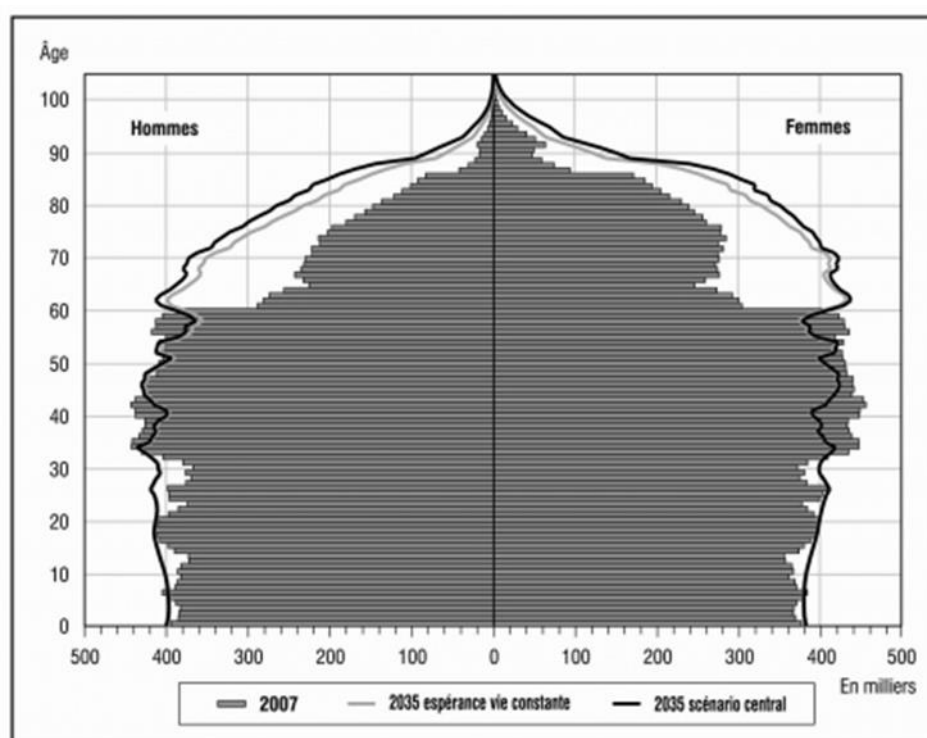
D'après l'Insee, « Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73.6 millions d'habitants en janvier 2060, soit 11.8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans. » (3).



Pyramide des âges en 2007 et en 2060, France métropolitaine (2)

(Source : Insee, estimations de population et projection de population 2007-2060)

En 2035, toutes les générations du « Baby-boom » auront plus de 60 ans. Un scénario simulant une stagnation de l'espérance de vie au niveau de celle de 2007 a été effectué. Celui-ci démontre que, même si l'espérance de vie tendait à stagner, le « Papy-boom » serait d'ores et déjà inévitable.



Pyramide des âges en 2007 et en 2035 : Scénario central et d'espérance de vie constante, France métropolitaine (2)

(Source : Insee, Estimations de population et projection de population 2007-2060)

Cet allongement de l'espérance de vie est en partie dû au fait que les progrès constants de la médecine moderne permettent de mieux soigner les pathologies autrefois létales. Il faut cependant faire la distinction entre espérance de vie et espérance de vie sans morbidité.

2.3 Concept de fragilité et de dépendance

D'après le volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé de 2008, 13% des personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant à domicile, sont en situation de dépendance, définie ici à partir de l'appartenance aux groupes iso-ressources 1 à 4. A l'inverse, 79% sont tout à fait autonomes (GIR 6) et les 8% restantes sont en GIR 5 : ce sont les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules, mais ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.(4)

Si la grille AGGIR est l'outil de référence pour mesurer la dépendance (ANNEXE 1), de nombreux travaux de recherche sont en cours pour tenter de trouver l'outil adapté et un langage commun d'évaluation de la fragilité. (5)

En 2001, Fried et al. ont proposé des critères objectifs permettant un diagnostic clinique de la fragilité. Malgré leurs imperfections, ce sont actuellement les plus communément utilisés dans les travaux de recherche. Ces derniers définissent la fragilité comme : « une vulnérabilité liée à l'avancée en âge, due à une altération des réserves homéostatiques de l'organisme qui devient incapable de surmonter un quelconque stress »(6).

En 2005, Rockwood établit un autre modèle de la fragilité qui prend en compte des critères fondés sur l'intégration des facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine », intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités. (6)

La médecine de la fragilité est davantage une médecine multidimensionnelle et fonctionnelle que ne l'est l'examen médical standard. Une attention à tous les organes ainsi qu'à des détails de la vie courante est nécessaire: la personne peut-elle faire ses courses ? A-t-elle des difficultés pour marcher ? Le logement est-il adapté ? Son appareil dentaire ne la blesse-t-il pas ?

Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse inspiré du modèle de Fried et al. est celui retenu par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires. (ANNEXE 2)

Repérer les critères de fragilité nous amènerait à prévenir les facteurs de risque/syndrômes gériatriques favorisant la perte d'autonomie. Si elle est déjà installée, notamment à la suite d'une hospitalisation, ces critères nous permettraient d'intervenir avant que cet état ne s'aggrave. Cette perte d'autonomie, qui est par définition réversible, constitue le premier pas vers la dépendance et le reste de la cascade gériatrique pouvant conduire jusqu'au décès de la personne. (7)

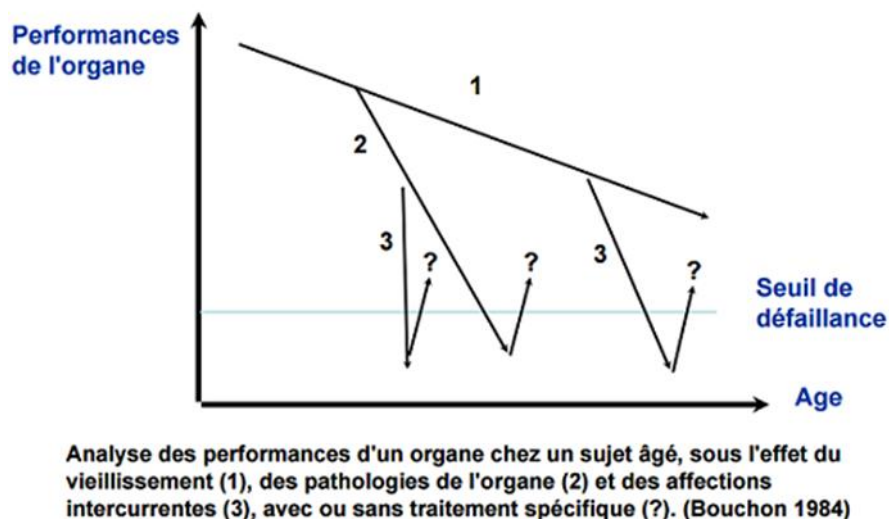
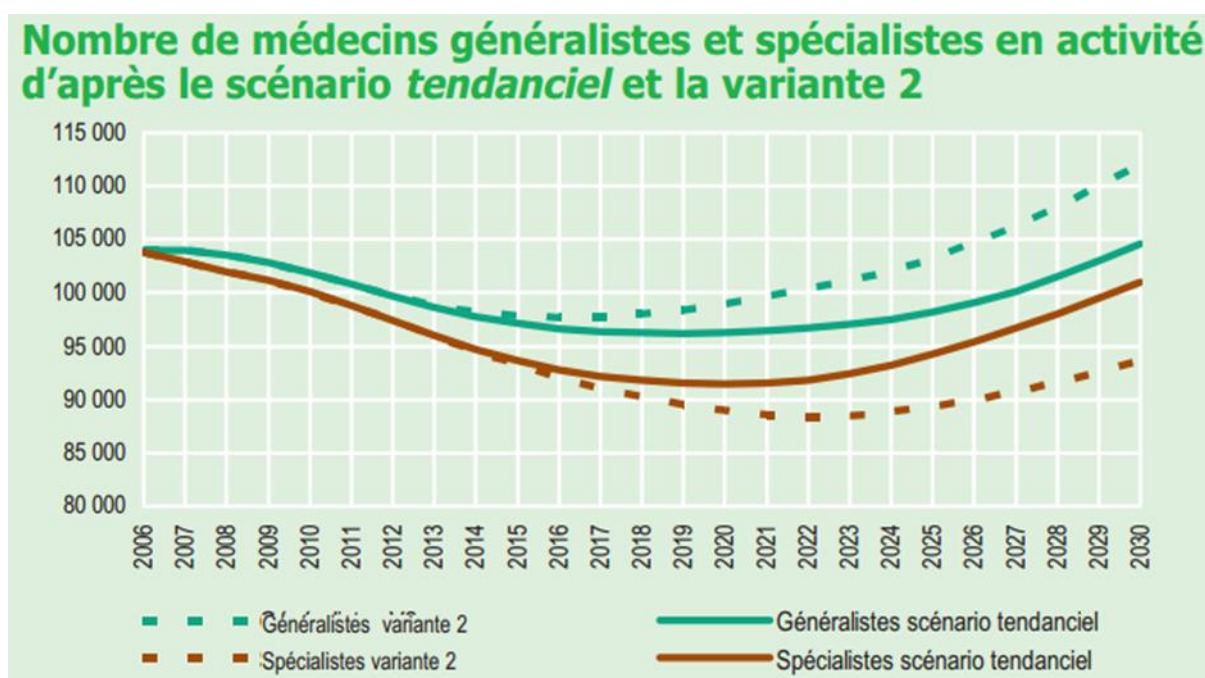


Schéma 1+2+3 (8)

Cette « bombe démographique gériatrique » est susceptible de faire exploser le système de santé français hospitalo-centré, à la fois du point de vue organisationnel, mais aussi financier.

2.4 Problème organisationnel du système de santé français

A ce problème de vieillissement de la population se surajoute le problème de la baisse de l'effectif médical sur l'ensemble du territoire français. En effet, des changements démographiques et sociologiques des professions médicales ont été opérés ces dernières années. En 2012, 9.5% des médecins dits « entrants » ont choisi d'exercer la médecine en libéral, alors que 69% ont choisi le salariat d'après le CNOM 2012. Le vieillissement croissant des professionnels médicaux recrutés grâce à l'ouverture généreuse du *numerus clausus* dans les années 1970 risque d'entraîner de nombreux départs en retraite dans les années à venir. Ces professionnels sont d'autant plus difficiles à remplacer qu'ils étaient installés dans les zones rurales ou défavorisées. Enfin, les changements de mœurs des jeunes médecins pèsent également dans la balance. En effet ils étudient désormais, avant toute installation, leur future charge de travail, l'offre locale, et la compatibilité de l'exercice de leur profession avec celle de leur conjoint. (9)



Projections d'effectifs de médecins, toutes spécialités confondues (10)

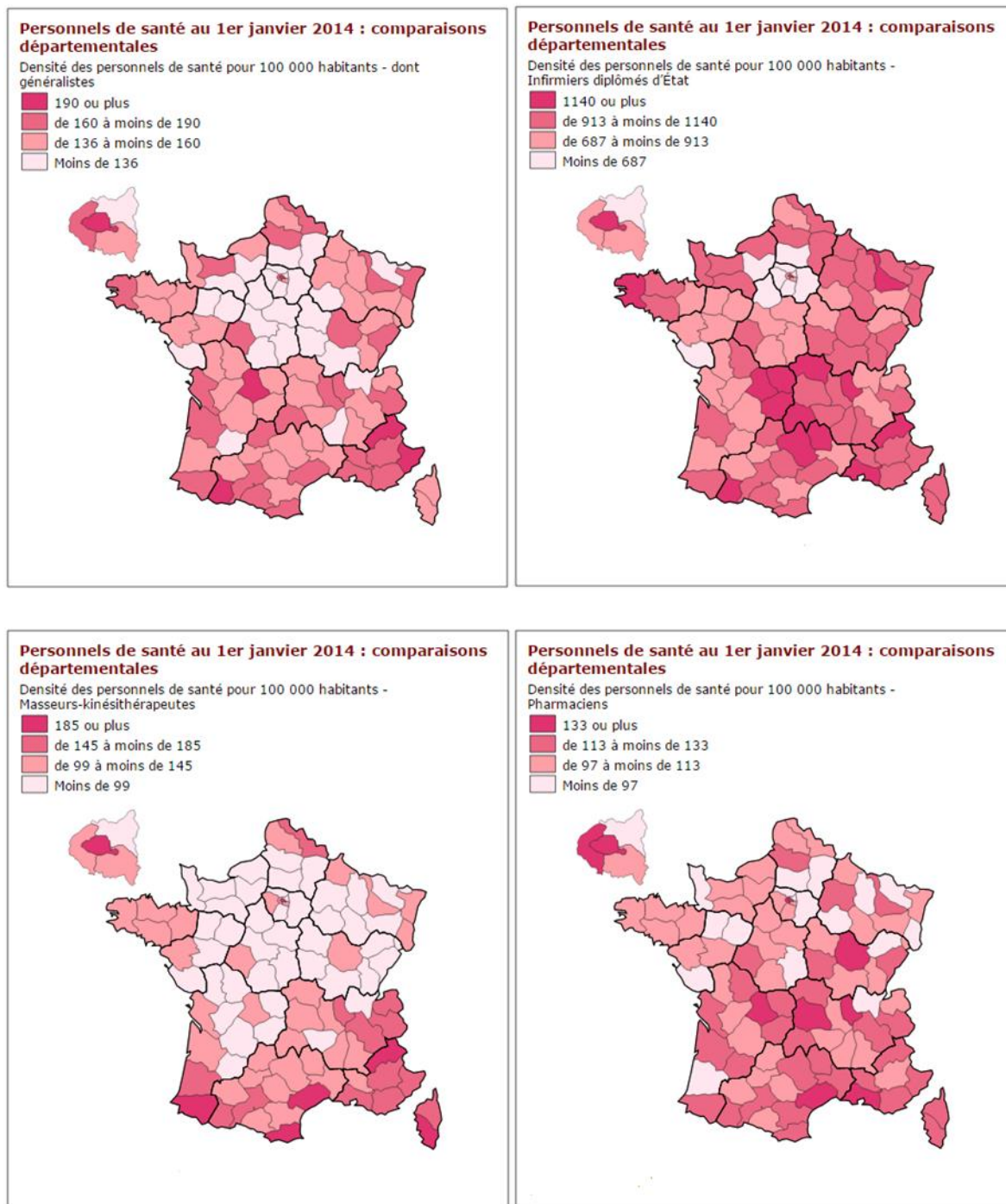
(Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière)

(Sources : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins de l'année 2006(traitement DREES), projections DREES)

Le scénario de référence, dit tendanciel, estime que le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau de 2009 qu'à partir de 2030 et ce, malgré la forte augmentation du numéros clausus qui a eu lieu en 2011. Celui-ci suppose un maintien des choix individuels des médecins à long terme.

La variante 2 est une simulation supplémentaire qui a pour hypothèse que 55% des postes ouverts à l'Examen classant national soient des postes d'internes en médecine générale, contre 53.4% des postes en 2007. A noter que cette modification confère une baisse beaucoup plus contrastée pour les médecins généralistes que pour les spécialistes d'organes.

A ce manque d'effectif, se cumule le problème de répartition des professionnels de la santé avec de grosses disparités entre les différents départements français.



Personnels de santé au 1er janvier 2014 : comparaisons départementales (11)

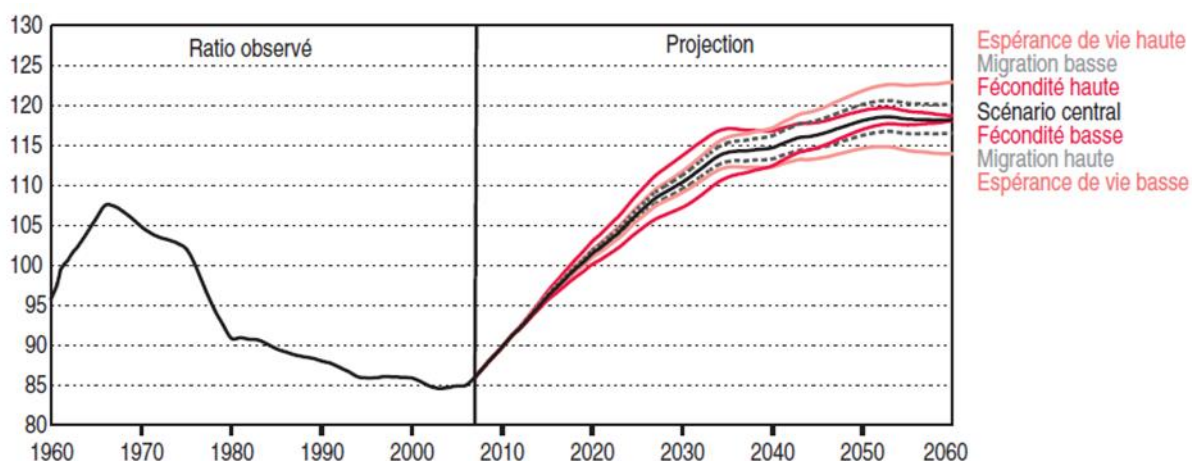
(Source : DREES—ARS-ADELI-FINESS-ASIP-RPPS, traitement DREES, INSE-estimations de population)

Il est aisé de remarquer sur cette cartographie que la démographie des médecins généralistes s'appauvrit énormément et notamment en région centre, avec moins de 136 médecins pour 100 000 habitants. La démographie des masseurs-kinésithérapeutes est également très précaire, et en moindre mesure, celle des Infirmiers diplômés d'Etat et des pharmaciens.

La désertification médicale s'est largement établie dans certains bassins de vie.

2.5 Problème financier du système de santé français

Si la population âgée de plus de 60 ans présente un fort taux d'accroissement, celle des jeunes actifs, elle, n'augmente que très sensiblement. (cf pyramide des âges) Cette constatation risque de créer un déséquilibre important en terme de pouvoir d'achat.

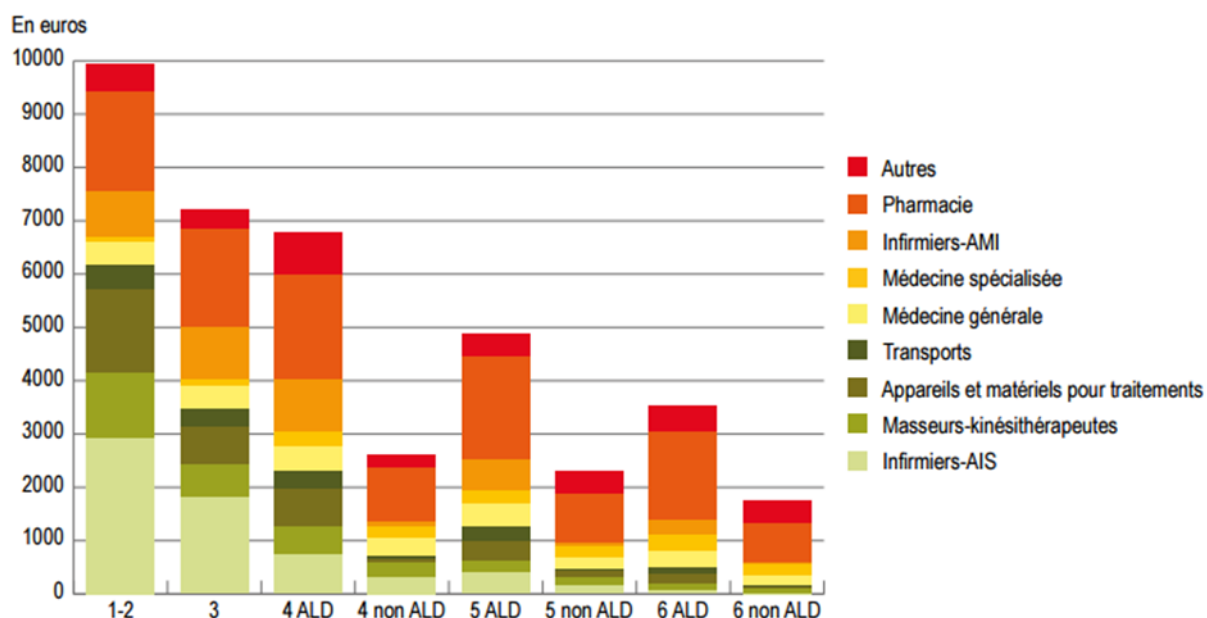


Evolution du ratio de dépense économique, France métropolitaine (3)

Lecture : il y a, en 2007, 86 personnes d'âge « inactif », (c'est-à-dire de moins de 20 ans ou de plus de 60 ans) pour 100 personnes d'âge « actif » (de 20 à 59 ans). Selon le scénario central de la projection, ce ratio atteindrait 118 en 2060.

(Source : Insee, estimations de population et projection de la population)

Les progrès médicaux et sociétaux ont permis l'allongement de l'espérance de vie en transformant les maladies autrefois létales en maladies chroniques. Au-delà de 75 ans, la polypathologie est un phénomène fréquent : on estime en effet, qu'entre 40 et 70% des personnes de 75 ans et plus sont traitées pour plusieurs pathologies. Les plus fréquentes sont les pathologies cardiaques, le diabète, l'asthme et la maladie d'Alzheimer. (4) Ces dernières génèrent un coût non négligeable pour la société et par conséquent le vieillissement de la population entraîne une dépense de soins plus importante. (12)



Dépenses annuelles moyenne selon le niveau de dépendance et le fait d'être ou non en ALD des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile, France métropolitaine (4)

Note : Il n'a pas été possible de distinguer en GIR 1 à 3 les personnes en ALD et hors ALD car environ 90% des personnes les plus dépendantes sont également en ALD.

Lecture : en 2008, les personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 4 et en ALD ont dépensé en moyenne 6800euros pour leurs soins de ville. Les personnes en GIR 4 sans ALD ont dépensé un peu moins de la moitié (2600 euros).

(Source : INSEE 2007-2008_appariement enquête Handicap-Santé Ménages_SNIIRAM)

Nous pouvons, grâce à cette figure, visualiser l'importance considérable des dépenses générées par la dépendance et les maladies chroniques en soins de ville sur une année.

2.6 Le projet PAERPA

L'amélioration des pratiques professionnelles est un objectif fixé par les politiques depuis le début des années 2000. Nous avons alors vu se mettre en place la notion de « médecin traitant », la création de réseaux de santé, l'exercice regroupé, la mise en place de filières gériatriques, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)...

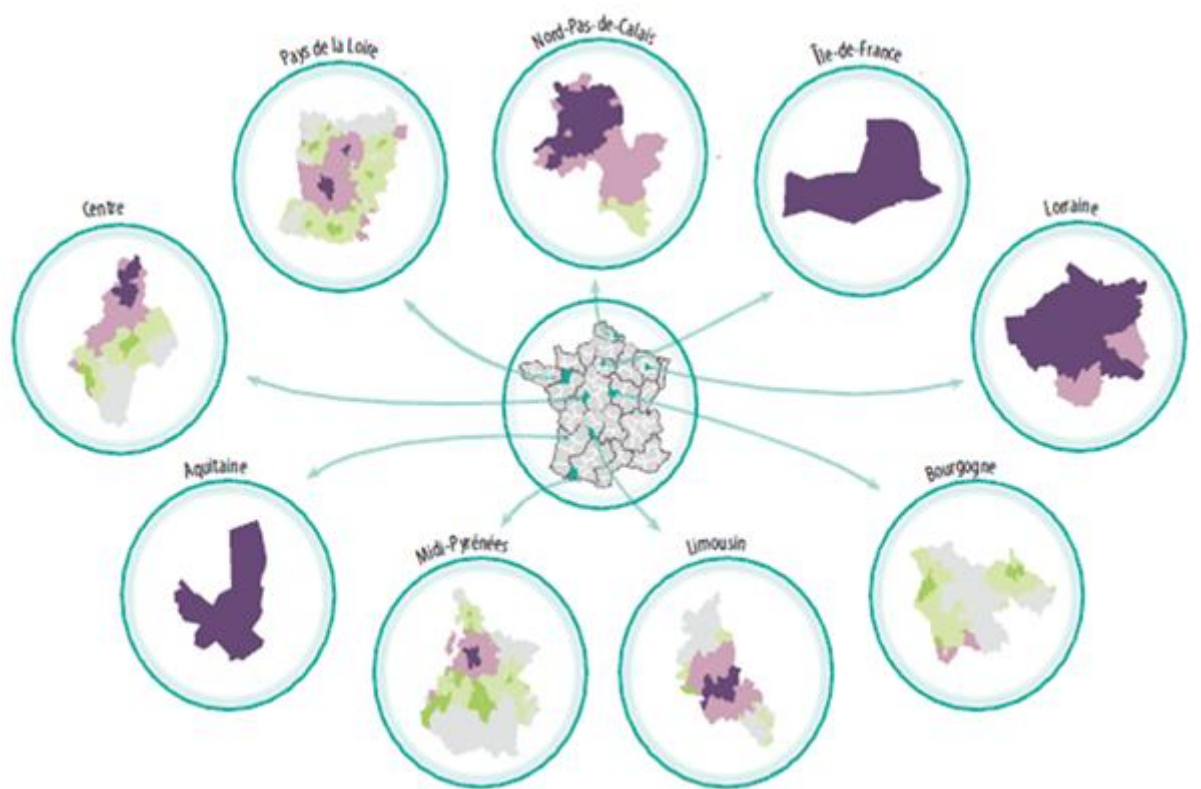
Plus récemment, deux rapports ont été rendus à un an d'intervalle par le HCAAM afin de tenter de pallier les différents problèmes que nous venons d'évoquer. La solution qui en ressort serait de décloisonner la prise en charge en médecine de ville, en hôpital et dans les établissements médico sociaux.

En 2011, le HCAAM estime que sur l'ensemble des dépenses consacrées à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie (9 à 21 milliards d'euros), 2 milliards d'euros sont engendrés par l'insuffisante coordination de leur parcours de santé, marqué par des ruptures de parcours. (13)

Le 22 mars 2012 le HCAAM rend son avis à l'unanimité proposant des options pour l'avenir de l'assurance maladie. (14) En améliorant la coordination en ambulatoire, certaines hospitalisations pourraient parfois être écourtées voire évitées. Nous pourrions ainsi améliorer la prise en charge des personnes âgées à leur domicile, diminuer les risques de perte d'autonomie induits par l'hospitalisation, tout en faisant faire des économies à l'Assurance maladie.

L'objectif général du projet PAERPA est d'engager le virage ambulatoire nécessaire afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées dans les années à venir. Pour ce faire, une redéfinition des rôles, des tâches et des pratiques de chacun sera effectuée pour coordonner ces actions qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie des patients et d'utiliser au mieux les ressources hospitalières et médicamenteuses.

Le rapport rendu par le HCAAM préconise de recourir d'abord à la mise en place d'un dispositif « prototype », raison pour laquelle le projet PAERPA n'a d'abord été mis en place que dans 9 territoires. En septembre 2013, le dispositif est déployé dans les 5 premiers territoires pilotes que sont: les Pays-de-la-Loire, les Midi-Pyrénées, le Centre, l'Ile-de-France et la Lorraine, puis en janvier 2014 dans 4 autres territoires : l'Aquitaine, le Limousin, le Nord-Pas-de-Calais et la Bourgogne. Ces territoires, regroupent 190 000 personnes âgées de plus de 75 ans et environ 7000 professionnels de santé. (13)



Les 9 territoires PAERPA (15)

Une évaluation de l'état de santé des personnes âgées de plus de 75 ans des différents bassins de vie proposés par les ARS a au préalable été effectuée par la DREES et la CNAMTS. Pour ce faire, ils ont recoupé les données de l'étude Handicap et santé de 2008 et 2009 évaluant la dépendance de la population en « ménage ordinaire » et en institution (16), les PMSI pour les dépenses hospitalières et les données du SNIIR-AM portant sur les dépenses de ville.

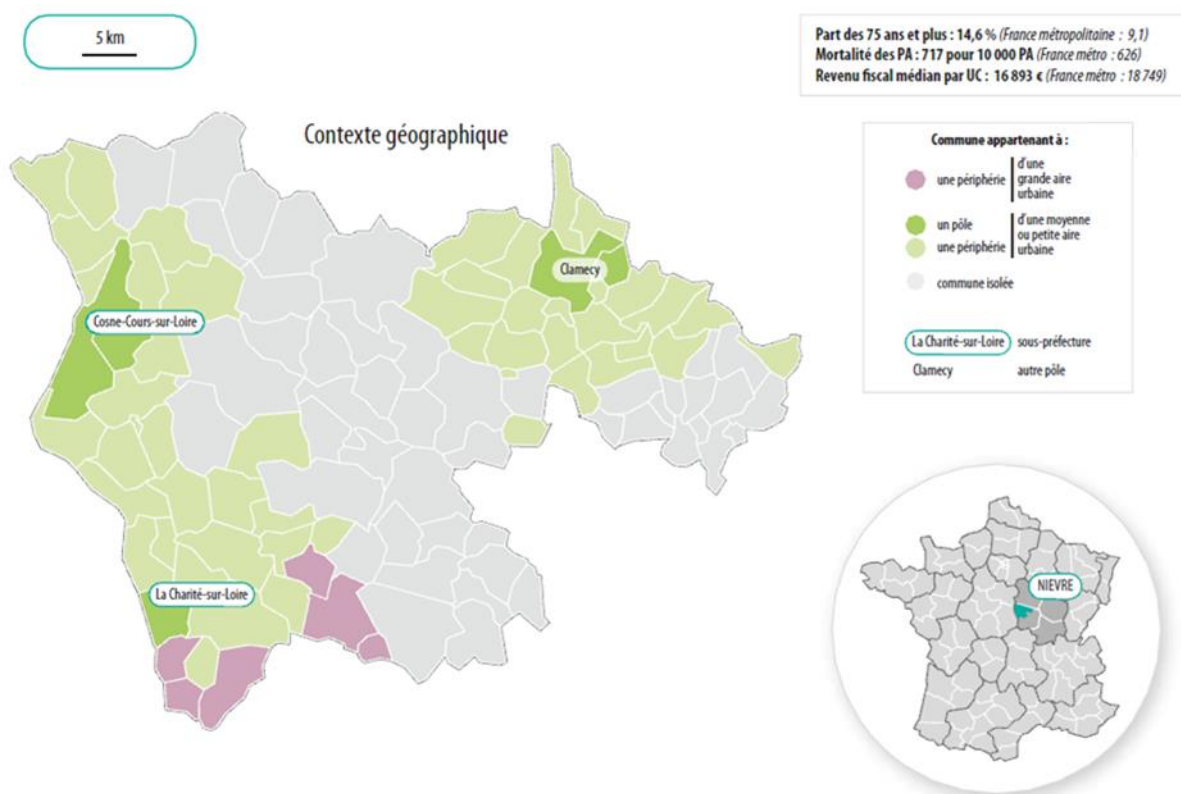
C'est ensuite, en fonction de cette étude préliminaire, que la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a choisi les territoires pilotes énoncés ci-dessus, qui représentent une photographie de la population cible PAERPA et répondent aux critères du cahier des charges national publié en janvier 2013. (17)

2.7 Le territoire PAERPA bourguignon

Le schéma général des territoires pilotes du dispositif PAERPA proposé dans le cahier des charges national reprend trois grandes idées.

2.7.1 Une population cible

Le territoire pilote de la Bourgogne, situé au Nord de la Nièvre, est composé des 108 communes du territoire Bourgogne nivernaise et des 6 communes qui composent le canton de Saint-Amand-en-Puisaye.



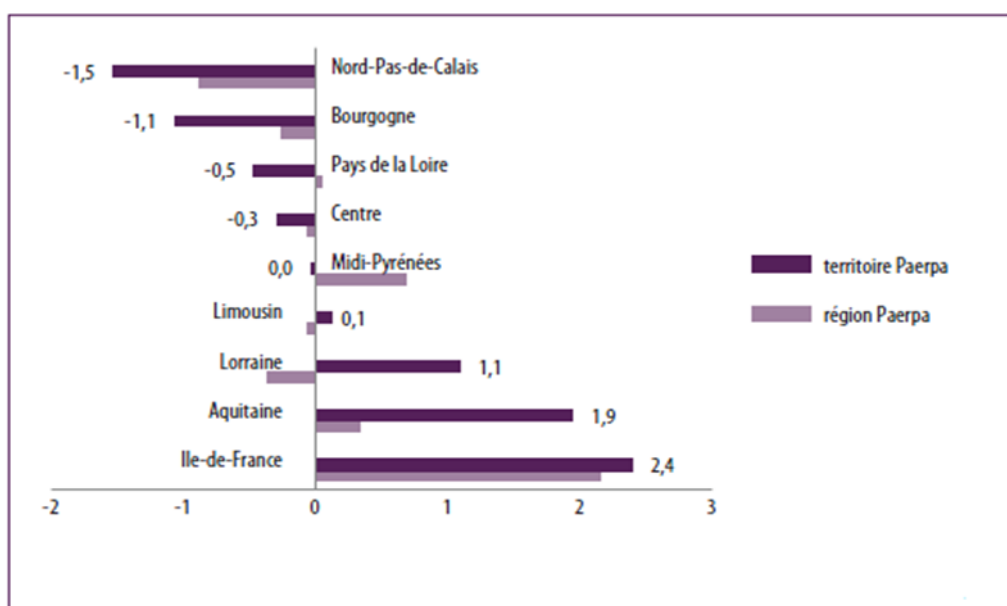
Territoire pilote PAERPA de la région Bourgogne (15)

(Source: IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2012; Irdes, 2014)

Cette zone est avant tout caractérisée par son aspect rural et excentré, et des indicateurs démographiques, sanitaires, et socio démographiques défavorables par rapport aux autres territoires de la région.

En 2011, les 8703 personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 14,6% de sa population, ce qui en fait le territoire pilote démographiquement le plus âgé de tous les territoires de l'expérimentation. Parmi ces dernières, la part vivant en institution ou seule à domicile est supérieure à la moyenne nationale. A noter également que 9.2% des 60 ans et plus de ce département PAERPA sont bénéficiaires de l'APA (moyenne nationale en 2011-2012 à 8%), et donc présentent un degré de perte d'autonomie correspondant aux GIR 1, 2, 3 ou 4. (15)

Enfin, le Pays Bourgogne Nivernaise et le canton de Saint-Amand-en-Puisaye présentent un indice de favorisation sociale à -1.1 par rapport à la moyenne des communes de France métropolitaine. Cet indice est calculé en fonction du revenu médian, du pourcentage d'ouvriers, du pourcentage de bacheliers et du taux de chômage à l'échelle des communes. Le territoire PAERPA bourguignon se trouve donc être la deuxième région ayant le contexte socio-économique le plus défavorable.



Indice de favorisation sociale (15)

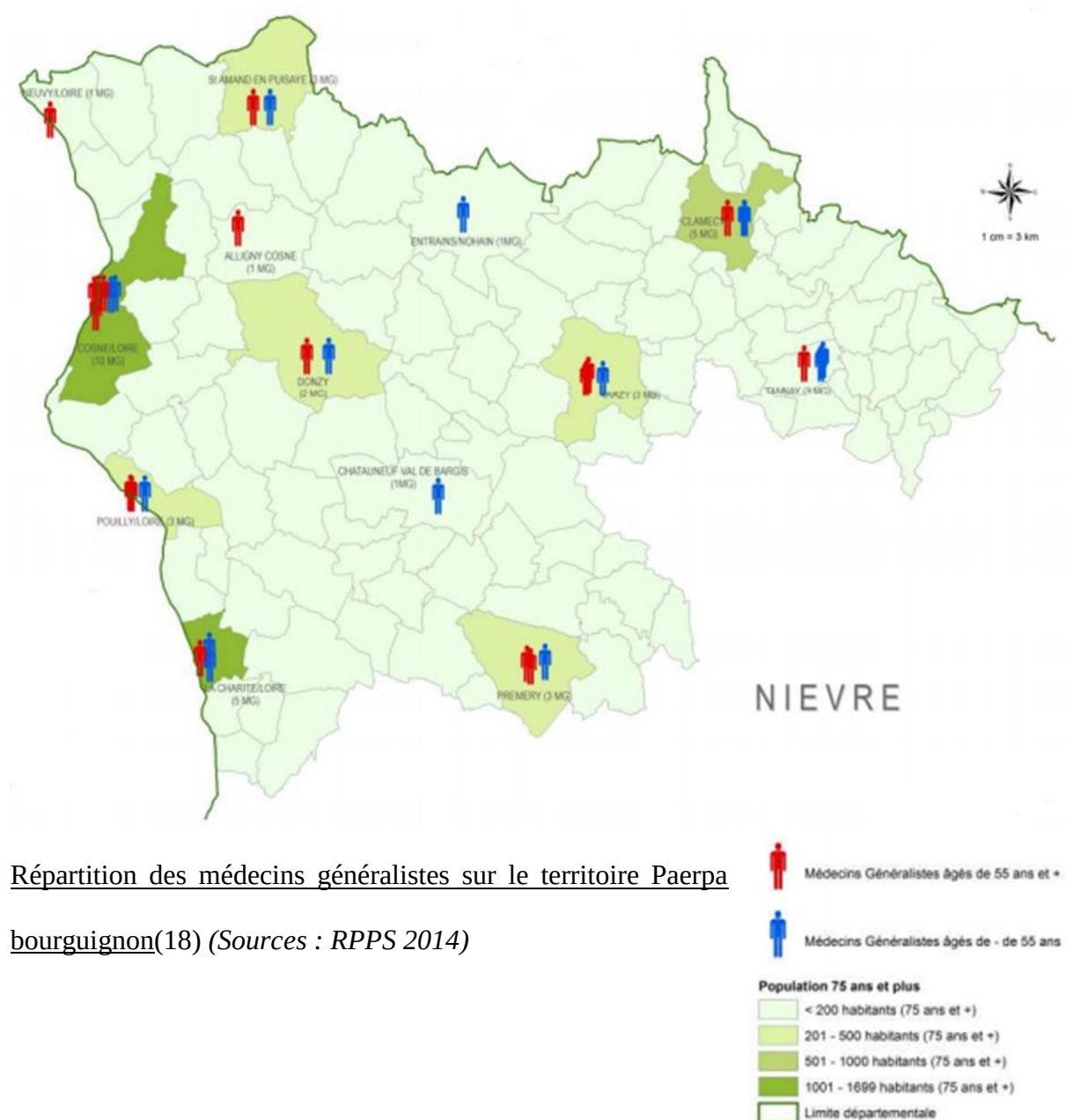
(Source: Insee/DGFiP, Revenus fiscaux localisés des ménages, 2011; Insee-RP, 2011)

Nous pouvons donc observer que la population du bassin nivernais correspond à la population cible PAERPA, avec un pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans élevé, en risque de perte d'autonomie et dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médicale, sociale ou médico/sociale.

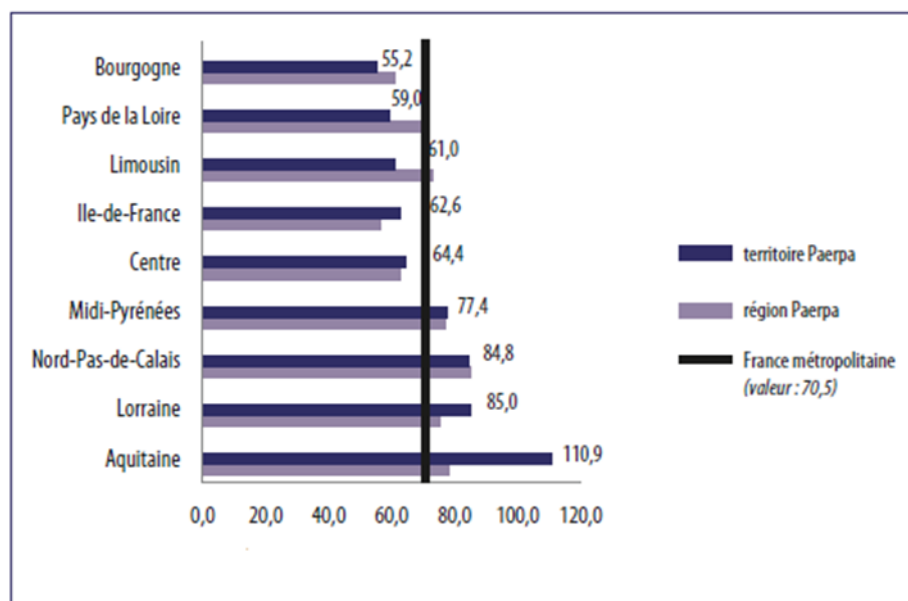
Cette zone géographique dispose de trois centres hospitaliers dans les villes d'appui que sont Clamecy, Cosne-Cours-sur-Loire, et la Charité-sur-Loire, ainsi qu'une multitude

d'offres de soins hospitaliers et de services médico sociaux. La Nièvre dispose également depuis peu d'une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Toutes ces structures sanitaires et sociales font de ce territoire un endroit relativement bien équipé dans la prise en charge hospitalière et/ou en institution par rapport à la moyenne nationale.

Malheureusement le territoire bourguignon, ne fait pas exception à la tendance actuelle d'une population de médecins généralistes vieillissante et en perte d'effectifs.



On peut ainsi se rendre compte que les communes d’Alligny-Cosne, de Neuvy-sur-Loire, de Chateauneuf-Val-de-Bargis, et d’Entrains-sur-Nohains sont particulièrement menacées par la perte de leur unique médecin généraliste, notamment les deux premières communes évoquées du fait de l’âge de leur médecin.



APL aux médecins généralistes pour 100 000 habitants (15)

(Source : CnamTS-DCIR, 2010 ; Insee-RP, 2008)

L’accessibilité potentielle localisée est un indice de densité de médecins généralistes libéraux qui permet de définir l’offre en tenant compte du niveau d’activité des médecins généralistes libéraux et de la structure d’âge de la population dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence). En territoire PAERPA Nivernais, cette APL est de 55.2 pour 100 000 habitants, soit la plus faible de l’ensemble de ces 9 territoires. (15)

Le territoire bourguignon constitue donc une projection assez fidèle de la situation nationale dans les décennies à venir avec : une population vieillissante, une désertification

médicale qui risque de s'étendre prochainement et donc des besoins grandissants en ressources sanitaires et sociales.

2.7.2 Des financements pré-existants

Le principe des expérimentations est fixé à l'article 48 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2013.(17) Les projets pilotes doivent s'appuyer sur des financements pré-existants et distribués dans le cadre du parcours de santé des aînés dans la zone géographique en question.

En matière d'exercice coordonné, le futur territoire PAERPA bourguignon a connu de nombreuses avancées depuis une vingtaine d'années. (19)

- En 1995, le Réseau de santé du haut nivernais (RSHN) est créé pour défendre la maternité de l'hôpital de Clamecy. Puis est développé un réseau périnatal de proximité pour améliorer le suivi des femmes enceintes.
- En 2004, la branche gériatrique permet une meilleure prise en charge des personnes âgées pour favoriser le maintien à domicile et mettre en place des évaluations gériatriques de proximité.
- En 2005, la première maison de santé pluri-professionnelle ouvre ses portes à Saint-Amand-en-Puisaye. Cette dernière sera retenue en 2012 pour le Module 1 de l'expérimentation de la LFSS (mise en place d'ETP, évaluations gériatriques standardisées, travail en réseau entre les médecins de la MSP et la secrétaire, réunions mensuelles pour la formation continue des professionnels...).
- En 2011, sont mises en place des séances d'Education thérapeutique du patient (ETP) pour la prise en charge du diabète et le haut risque cardio vasculaire.

- En 2012, le GISAPBN est financé par l'ARS dans le but de prévenir et d'améliorer l'hospitalisation des personnes âgées, de favoriser le lien ville-hôpital et d'assurer un meilleur retour à domicile post hospitalisation.
- En avril 2013, une convention est signée par le centre hospitalier de Clamecy avec le réseau Emeraude dans le cadre des soins palliatifs.
- En 2013, suite aux propositions faites par le HCAAM, les membres du GISAPBN accompagnés des élus du Pays Bourgogne Nivernaise (PBN) et de l'ARS Bourgogne signent le contrat local de santé afin de tenter d'intégrer l'expérimentation PAERPA.
- En novembre 2014, le Pays Bourgogne Nivernaise et le canton de Saint-Amand-en-Puisaye deviennent le 9ème territoire d'expérimentation du parcours PAERPA.

A ces financements pré-existants seront ajoutés une partie du Fonds d'intervention régional (FIR), distribué aux ARS des régions abritant un territoire test, afin d'accompagner les innovations dans le cadre du projet PAERPA.

2.7.3 Un dispositif de projet pilote

La réalisation de ce projet s'appuie sur les deux socles du projet PAERPA que sont :

- **La Coordination clinique de proximité (CCP)**, qui est orchestrée par le médecin traitant, en association avec un Infirmier diplômé d'état (IDE) en charge du patient, un pharmacien d'officine, plus ou moins d'autres professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute,...). Leur rôle est de formaliser la mobilisation autour du patient en risque de perte d'autonomie, le plus tôt possible dans le parcours. Le but est de favoriser le maintien à domicile en shuntant des hospitalisations évitables, en prévenant les risques de chute, de

dépression, de dénutrition ou de iatrogénie. A noter que le libre choix par le patient des professionnels de santé intervenant à son domicile est conservé.

- **La Coordination territoriale d'appui (CTA)**, qui constitue une plateforme d'aide pour les usagers, les aidants ou encore pour les différents professionnels de santé. Elle n'intervient d'ailleurs que sur sollicitation de leur part. Elle repose sur une structure d'information déjà ancrée sur le territoire (CLIC, MAIA, réseaux, filières...). C'est pourquoi cette mission a été confiée au GISAPBN qui jouait déjà un grand rôle de coordination au sein de ce territoire PAERPA bourguignon. Leur fonction première est d'informer et orienter les personnes ou leurs aidants vers les bonnes structures sanitaires, médico-sociales, ou sociales du territoire. (20)

2.8 La mise en œuvre du projet PAERPA

Le principe de ce projet va être le repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la CCP afin de les intégrer au dispositif le plus précocement possible.

En s'inspirant des échelles de fragilités citées supra, une grille de repérage des risques de chute, de dénutrition, de dépression ou liés à la iatrogénie a été établie pour aider les soignants à la systématisation du repérage de ses problématiques pourvoyeuses d'hospitalisation. (ANNEXE 3)

Lorsqu'un patient présente un des critères de cette grille, il est alors inclus dans le dispositif après obtention de son consentement libre et éclairé. (21)

Un PPS est alors établi (ANNEXE 4) par la Coordination clinique de proximité (CCP) pour identifier les moyens à mettre en œuvre. La Coordination territoriale d'appui (CTA) peut alors être sollicitée pour fluidifier le parcours en organisant les interventions autour de la personne âgée.

Une expertise gériatrique peut par exemple être demandée par tout professionnel de santé si nécessaire dans le cadre de ce dispositif grâce à une équipe mobile de gériatrie, contactée via un numéro unique. Une évaluation gériatrique est alors menée afin de repérer les critères de fragilité. On peut ainsi sécuriser le maintien à domicile de la personne âgée en mettant en place un plan d'action et éviter une hospitalisation quand c'est encore possible.

Pour finir, le projet PAERPA prévoit la mise en œuvre d'actions d'éducatives thérapeutiques du patient (ETP) ciblées sur ces quatre grands risques d'hospitalisation évitables que sont : la dépression, la iatrogénie, la dénutrition et les chutes. Cette éducation peut être menée par une équipe pluridisciplinaire de ville formée à cet exercice.(13)

Ce projet PAERPA est donc actuellement en cours d'expérimentation dans plusieurs zones géographiques sélectionnées selon leurs critères socio-démographiques et une décision ministérielle doit prochainement être prise quant à son élargissement à l'ensemble du territoire national.

Nous allons donc nous intéresser à travers cette étude aux déterminants de l'adhésion au dispositif PAERPA des médecins généralistes.

2.9 Problématique

Quels sont les déterminants de la mise en œuvre du projet PAERPA dans l'exercice de la médecine générale libérale dans le territoire PAERPA bourguignon ?

2.10 Objectifs

- Etudier les déterminants de l'adhésion des médecins généralistes à travers leur pratique
- Etudier l'opinion des médecins généralistes concernant le projet PAERPA

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 Caractéristiques de l'étude

Etude observationnelle descriptive de pratique et d'opinion transversale pratiquée sur une cohorte de médecins généralistes. Ce travail a été réalisé sur un seul territoire des 9 prototypes du projet PAERPA.

3.2 Population à l'étude

La population incluse dans cette étude devait répondre aux critères d'inclusions suivants :

- médecin généraliste,
- exerçant sur le territoire PAERPA bourguignon (Pays Bourgogne Nivernaise et canton de Saint-Amand-en-Puisaye), y compris les médecins généralistes libéraux n'adhérant pas au projet PAERPA,
- en activité libérale,
- au cours du mois de février 2016.

Le critère d'exclusion était le suivant :

- l'ensemble des médecins généralistes exerçant une activité autre que libérale.

3.3 Les thèmes abordés

Les thèmes qui nous paraissaient les plus pertinents à aborder auprès des médecins généralistes afin de répondre à nos objectifs étaient :

- leur pratique actuelle,
- la coordination en ambulatoire,
- la facette organisationnelle du projet PAERPA,
- la rémunération du PAERPA,
- le consentement du patient,
- la coordination territoriale d'appui.

Ces thèmes particuliers avaient été choisis en raison de leurs caractères polémique et/ou contraignant pouvant faire obstacle au développement du PAERPA.

Nous avons utilisé l'auto-questionnaire (ANNEXE 5) en raison de sa simplicité d'envoi et de recueil des données.

Nous avons prévu 1 mois d'attente entre la date supposée de la réception du questionnaire et la date de clôture des inclusions.

Sur demande, la CTA avait transmis l'ensemble des coordonnées de médecins généralistes du territoire afin que le questionnaire puisse leur être envoyé.

Le questionnaire avait été réalisé et transmis via le logiciel Google Forms®.

Le traitement des données était réalisé de façon anonyme et confidentielle.

Les analyses statistiques étaient composées:

- de calcul des intervalles de confiance de chaque pourcentage,
- de l'étude de liaison entre les différentes variables par test de Chi².

4 RESULTATS

2 des 41 médecins du territoire PAERPA avaient été exclus dès le début de l'étude, en raison de leur mode d'exercice salarié en établissement de Soins de suite et de réadaptation. Le territoire PAERPA bourguignon dénombrait donc 39 médecins généralistes en activité libérale en février 2016. Ces derniers avaient été inclus dans notre étude. Parmi ces 39 médecins, 13 avaient répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 33.33%.

4.1 Résultats de l'enquête de pratique

L'âge des médecins inclus dans cette étude correspondait à la tranche d'âge des 30-49 ans pour 46.15% IC95[0.19 ;0.73], et à celle des 50-65 ans pour 46.15% IC95[0.19 ;0.73]. 7.69% IC95[-0.08 ;0.22] des médecins répondants avaient plus de 65 ans.

69.23% IC95[0.44 ;0.94] des médecins généralistes interrogés déclaraient intuitivement, ou en se référant à leur RIAP, que leur patientèle de 75 ans ou plus représentait moins de 50%. 23.08% IC95[0.01 ;0.46] estimaient que 50 à 70% de leur patientèle avait 75 ans ou plus et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] avaient entre 70 et 80% de leur patientèle de 75 ans et plus.

Parmi les médecins du pays Bourgogne nivernaise et du canton de Saint-Amand-en-Puisaye interrogés, 69.23% IC95[0.44 ;0.94] déclaraient travailler plus de 60 heures par semaine. 15.38% IC95[-0.04 ;0.35] travaillaient 50h à 60h par semaine, 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] travaillaient 40 à 50h par semaine et autant travaillaient moins de 40h par semaine. A noter que les temps de comptabilité, administratifs et de visite hors du cabinet étaient inclus dans ces heures.

L'exercice en maison, pôle ou centre de santé pluridisciplinaire était le choix de 46.15% IC95[0.19 ;0.73] de ceux-ci, l'exercice en cabinet seul était celui de 38.46% IC95[0.12;0.65] et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] exerçaient en cabinet de groupe.

38.46% IC95[0.12 ;0.65] des médecins inclus dans l'étude déclaraient qu'ils n'avaient que des échanges informels (appels téléphoniques, discussions au secrétariat, dans les couloirs etc...) avant la mise en place du dispositif PAERPA. 15.38% IC95[-0.04 ;0.35] n'avaient aucun système de coordination avec les autres professionnels de santé et seuls 23.08% IC95[0.01 ;0.46] déclaraient avoir des échanges formalisés avec des temps de réunions pluridisciplinaires dédiés à l'étude de cas, avec compte-rendu au décours. Les rencontres pluri-professionnelles au domicile du patient concernaient 15.38% IC95[-0.04 ;0.35], et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] avaient des temps d'échanges dédiés sans compte-rendu.

Concernant la réalisation du projet PAERPA, 92.31% IC95[0.78 ;1.07] des médecins remplissaient moins de deux PPS par semaine et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] en remplissaient plus de sept par semaine.

Le remplissage d'un PPS leur prenait plus de 10 min pour 46.15% IC95[0.19 ;0.73] d'entre eux, 5 à 10min pour 23.08% IC95[0.01 ;0.46] d'entre eux et 2 à 5 min pour 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] de ces médecins. 53.85% IC95[0.27 ;0.81] des médecins inclus déclaraient les remplir à des moments aléatoires de la journée et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] les complétaient respectivement lors d'une consultation avec le patient, au cours d'un moment dédié ou encore entre deux consultations.

46.15% IC95[0.19;0.73] pensaient dédier moins de 15 minutes par semaine à la facette organisationnelle du projet depuis sa mise en place. 30.77% IC95[0.06 ;0.56] mettaient entre 15 et 30 minutes par semaine, 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] estimaient passer entre 30 minutes et 2 heures par semaine et 15.38% IC95[-0.04 ;0.35] disaient passer plus de 2h par semaine en

réunions, lectures de mails, appels téléphoniques avec la CTA ou les autres professionnels de santé, en remplissage de formulaires de satisfaction, etc...

38.46% IC95[0.12 ;0.65] de ces médecins laissaient la gestion de la rémunération des PPS au pôle administratif de la CCP. Les feuilles de soin papier retrouvaient leur usage pour 15.38% IC95[-0.04 ;0.35] d'entre eux, et 15.38% IC95[-0.04 ;0.35] déclaraient ne pas se faire rémunérer. Plus de 15 jours étaient nécessaires pour que la rémunération soit effectuée par la caisse d'assurance maladie du patient selon 38.46% IC95[0.12 ;0.65] des médecins. 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] disaient avoir été rémunérés en 5 à 10 jours et autant l'avaient reçu en 10 à 15 jours.

Parmi les médecins cherchant le consentement du patient, indispensable à son inclusion dans le dispositif PAERPA, 53.85% IC95[0.27 ;0.81] n'avaient jamais eu affaire à un refus, tandis que 23.08% IC95[0.01 ;0.46] y avaient déjà été confrontés.

61.54% IC95[0.35 ;0.88] de ces praticiens n'avaient jamais pris contact avec la Coordination territoriale d'appui, contrairement aux 38.46% IC95[0.12 ;0.65] restants.

4.2 Résultats de l'enquête d'opinion

Le travail en coordination était considéré comme indispensable pour 38.46% IC95[0.12 ;0.65] des médecins répondants, et utile pour 61.54% IC95[0.35 ;0.88] d'entre eux dans le cadre de l'exercice de la médecine générale en milieu rural.

D'après 69.23% IC95[0.44 ;0.94] des médecins répondants, les dispositions prises dans le cadre du projet PAERPA rendaient plus efficaces la coordination autour du patient en ambulatoire. 23.08% IC[0.01 ;0.46] étaient en désaccord avec ce point de vue.

La communication entre les professionnels de santé de ville, et les hospitaliers était déjà efficace avant la mise en place du dispositif PAERPA selon 46.15% IC95[0.19 ;0.73] des médecins interrogés. Seuls 23.08% IC95[0.01 ;0.46] estimaient que ce projet améliorerait cette communication hors les murs.

30.77% IC95[0.06 ;0.56] des médecins étaient très satisfaits quant à la réactivité des membres de la CTA et 7.69% IC95[-0.07 ;0.22] étaient satisfaits. Aucune réponse à type d'insatisfaction n'a été relevée à cette question.

La rémunération dans le cadre du projet PAERPA était considérée comme insuffisante pour 61.54% IC95[0.35 ;0.88] des médecins inclus dans l'étude. Seuls 7.69% IC95[-0.07;0.22] étaient satisfaits par la tarification en vigueur.

7.69% IC95[-0.07 ;0.22] des répondeurs étaient très satisfaits du système organisationnel découlant du réseau PAERPA, autant n'étaient pas du tout satisfaits. 46.15% IC95[0.19 ;0.73] se déclaraient peu satisfaits et 23.08% IC95[0.01 ;0.46] étaient quant à eux satisfaits.

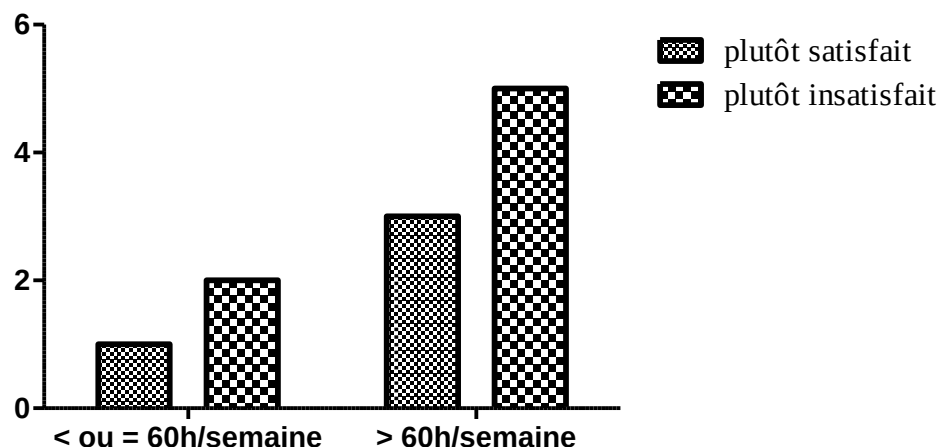
In fine, 30.77% IC95[0.06 ;0.56] des médecins interrogés estimaient que le projet PAERPA constituait une avancée significative à la gestion de leur patientèle âgée dans les années à venir, contrairement à 23.08% IC95[0.01 ;0.46] d'entre eux.

4.3 Résultats des tests

Nous avons cherché à établir des liens entre différentes variables afin d'essayer de mettre en évidence une liaison entre ceux-ci à l'aide d'un test du Chi². La petite taille des effectifs ne le permettant pas, la correction avec le test exact de Fisher avait donc été utilisée.

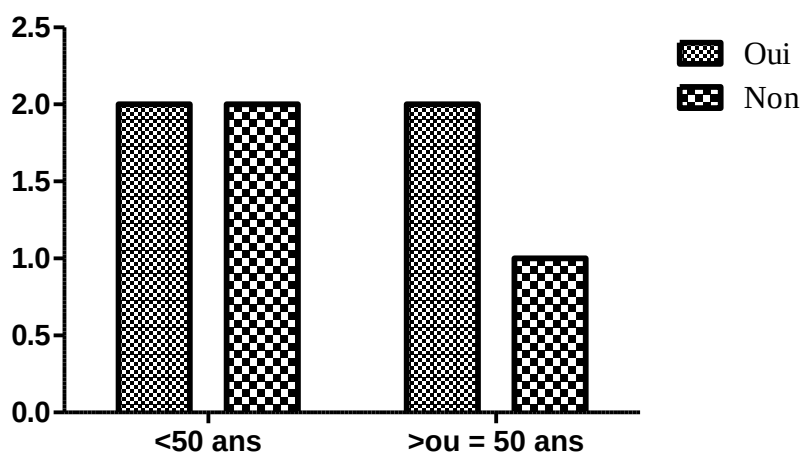
Le test de Chi² modifié par le test exact de Fisher n'avait pas permis de démontrer une liaison significative entre les variables « heure de travail hebdomadaire » et « niveau de satisfaction quant au système organisationnel découlant du dispositif PAERPA ».

Heures de travail/ semaine et niveau de satisfaction organisation du PAERPA



Le test du Chi² modifié par le test exact de Fisher n'avait pas non plus permis de mettre en évidence de liaison significative entre les variables « âge des médecins » et « adhésion au dispositif PAERPA ». On pouvait toutefois observer une tendance à une meilleure adhésion de la part des médecins de 50 ans ou plus que des moins de 50 ans.

Âge des médecins et adhésion au dispositif PAERPA



5 DISCUSSION

Globalement, les avis des médecins généralistes du territoire PAERPA bourguignon concernant ce projet sont assez contrastés, mais certains points pourraient être améliorés afin de faciliter leur adhésion.

5.1 Résultats de l'enquête de pratique

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'âge des médecins est assez homogène sur le territoire Bourgogne Nivernaise et le canton de Saint-Amand-en-Puisaye, avec une population de jeunes médecins presque aussi conséquente que la population de médecins de plus de 50 ans. L'âge du médecin joue certainement un rôle important dans le niveau d'investissement à un tel projet.

Les médecins généralistes interrogés déclarent avoir moins de 50% de personnes âgées de 75 ans et plus dans leur patientèle. Les réponses concernant le pourcentage de personnes âgées dans la patientèle des médecins généralistes interrogés apparaissent cependant peu fiables. Le choix des tranches d'âges a certainement dû induire en erreur. De plus les réponses ont probablement été données selon l'appréciation approximative des médecins et non en se fixant à leur RIAP.

L'activité hebdomadaire des médecins libéraux sur ce territoire est de l'ordre du surmenage, ceux-ci déclarant pour une grande majorité travailler plus de 60 heures par semaine en totalisant le temps de travail au cabinet, mais également en visites, en temps de comptabilité et en temps administratif.

Le travail en maison, pôle, centre de santé, ou en cabinet de groupe est privilégié dans la population étudiée. Cet élément peut nous amener à penser que la coordination peut-être plus aisément mise en place avec des médecins déjà tournés vers le travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

La coordination avec les autres professionnels de santé avant l'instauration du projet PAERPA correspondait davantage à des échanges informels ou des rencontres pluri-professionnelles au domicile de la personne âgée. Quelques médecins déclarent qu'aucun système de coordination n'avait été mis en place dans leur pratique jusque-là. Très peu de médecins avaient des échanges formalisés au cours de réunions avec études de cas et compte-rendus.

Concernant le projet PAERPA, 3 des médecins répondants déclarent spontanément ne pas remplir de PPS et ne pas s'investir dans son cheminement. La grande majorité de la population étudiée remplit moins de 2 PPS par semaine, à des moments aléatoires de la journée et estime mettre plus de 10 minutes au remplissage de l'un d'eux. Leur surcharge de travail journalier, et leur exercice libéral avec les imprévus que ça comporte, n'aident certainement pas la mise en place de ce projet. Faciliter le remplissage des PPS pourrait être envisagé afin de le rendre moins chronophage. Les médecins en rempliraient certainement davantage et le projet PAERPA pourrait alors prendre de l'ampleur.

L'investissement des médecins généralistes de ce territoire est assez hétérogène. La plupart estiment passer moins de 15 minutes par semaine en réunions, lectures de mails, appels téléphoniques avec les coordinatrices de réseau et/ou avec les autres professionnels de santé, en remplissage de formulaires, etc... Mais d'autres déclarent dédier jusqu'à plus de 2h de leur temps hebdomadaire à ce dispositif. Diminuer davantage la surcharge administrative de ces médecins semble être un point essentiel à améliorer dans le but de faciliter leur adhésion. Pour

ce faire, une diminution en terme de quantité de mails envoyés, d'appels téléphoniques passés et une optimisation des temps de réunions de coordination pourraient être nécessaires.

La gestion de la rémunération par PPS rempli est pour une grande partie effectuée via le pôle administratif de la CCP, ou par des feuilles de soin papier. A noter que des médecins déclarent ne pas se faire rémunérer. Nous ne connaissons malheureusement pas la raison de cette démarche. Il aurait été intéressant pour notre étude d'obtenir une réponse à cette question en suspens. Le règlement par PPS rempli serait effectué après plus de 15 jours par la Caisse d'assurance maladie du patient. Cependant, la majorité des demandes de rémunération étant effectuées par le pôle administratif de la CCP, on ne sait si les médecins répondent ont tenu compte de cette étape dans leur réponse. Si l'imputabilité de ce délai revient aux caisses d'assurance maladie, il serait utile d'essayer de le diminuer.

Le consentement du patient est indispensable à son inclusion dans l'étude. Ce dernier nous autorise par ce biais à la transmission d'informations le concernant dans le cadre du dispositif PAERPA. Peu de médecins déclarent avoir déjà eu des refus de la part de patients. Le niveau d'implication des médecins dans la mise en place de ce projet étant très fluctuant, nous ne pouvons évaluer son impact sur la décision de leurs patients. Mieux informer les patients et les aidants sur ce parcours PAERPA via les médias ou la distribution de fiches d'information permettrait sans doute de diminuer cette proportion de refus.

La plupart des médecins à l'étude n'a jamais fait appel à la coordination territoriale d'appui pour la prise en charge d'un(e) de leur patient(e). Il s'agit là d'un changement dans leurs habitudes de pratique qui semble être difficile à amorcer. Les résultats sont tout de même assez contrastés, ce qui semble présager qu'un changement est possible.

5.2 Résultats de l'enquête d'opinion

Les médecins interrogés sont unanimes pour dire que la coordination dans le cadre de l'exercice de médecin généraliste en milieu rural est utile, voire indispensable. Une majorité d'entre eux estime que les dispositions prises dans le cadre du projet PAERPA rendent plus efficiente la coordination autour du patient en ambulatoire. Il n'en est pas de même avec l'amélioration de la traçabilité de la communication entre les professionnels de ville et hospitaliers. La plupart des répondeurs considèrent que la communication lors des sorties d'hospitalisation était déjà efficace auparavant. L'opinion de ces professionnels de santé est donc assez mitigée concernant les progrès en terme de coordination que confère le projet PAERPA. Les concepteurs de ce projet pourraient tenter de s'inspirer de la coordination ville/hôpital en place actuellement afin de l'intégrer dans le cahier des charges PAERPA 2013.

L'opinion de la population à l'étude vis-à-vis de la réactivité des membres de la Coordination territoriale d'appui est plutôt positive puisqu'ils déclarent pour une grande partie être très satisfaits. Celle-ci étant effectuée par le GISAPBN, un groupement déjà bien ancré sur le territoire, les médecins ont certainement plus de facilité à faire appel à ses membres. Il s'agit donc d'un atout pour faciliter l'adhésion des médecins généralistes au dispositif PAERPA, la CTA étant mise à disposition des professionnels pour fluidifier les étapes du parcours de leurs patients âgés et ainsi diminuer leur charge de travail. Promouvoir davantage l'utilisation de cette plateforme d'appui pourrait amener les médecins récalcitrants à faire appel à eux, et ainsi faire changer progressivement leurs habitudes de pratique.

La rémunération des médecins dans le cadre du parcours PAERPA est effectuée par un forfait de 100 euros annuel par ouverture de PPS versés directement à la structure si l'exercice du médecin est en maison, pôle ou centre de santé. Sinon, la répartition de ce forfait est effectuée entre les différents professionnels intervenants auprès du patient. Le médecin traitant est alors rémunéré 40 euros si la coordination est effectuée avec au moins deux autres professionnels de santé, 60 euros si seulement un autre professionnel de santé est concerné. Au-delà du fait que la satisfaction d'une rémunération est très subjective, la grande majorité des médecins du territoire PAERPA bourguignon jugent cette somme comme insuffisante au prorata temporis. Au vu de leur surcharge de travail, et du côté chronophage de ce dispositif, cet élément risque d'entraîner un désinvestissement de leur part. Une majoration du forfait annuel par PPS devrait être envisagée par la suite, en partant du principe que l'adhésion de ces professionnels de santé est indispensable au bon fonctionnement de ce dispositif.

Pour conclure sur l'opinion de ces médecins vis-à-vis du système organisationnel découlant du dispositif PAERPA, beaucoup sont peu à pas du tout satisfaits, mais certains se disent satisfaits à très satisfaits. La majorité d'entre eux choisissent de ne pas se prononcer sur l'éventuelle avancée que ce projet pourrait induire dans la gestion de leur patientèle âgée dans les années à venir. Mais une fois de plus, parmi ceux qui répondent à cette question, les avis sont très mitigés et quasiment un tiers de la population à l'étude considère qu'il s'agit d'un projet utile à mettre en place pour améliorer les conditions de prise en charge de la patientèle âgée grandissante dans les années à venir.

5.3 Résultats des tests

Un lien a été recherché entre les heures de travail hebdomadaires effectuées par les médecins généralistes et leur niveau de satisfaction quant au système organisationnel découlant du

dispositif PAERPA. Ce lien aurait permis d'observer si les médecins du territoire PAERPA bourguignon, en surcharge de travail, considéraient que ce dispositif leur apportait un avantage en terme de gain de temps dans cette prise en charge spécifique, mais celui-ci n'a pu être établi.

On a également cherché à établir un lien entre l'âge des médecins généralistes et leur niveau d'adhésion dans le projet PAERPA. Contrairement à ce que nous pourrions penser, cette étude tend à démontrer que les médecins de 50 ans et plus adhèreraient davantage à ce projet que les médecins de moins de 50 ans.

5.4 Les limites de l'étude

Cette étude a été menée sur un seul des 9 territoires PAERPA en cours d'expérimentation. Ce choix porte sur le fait que les actions menées dans le cadre de ce projet sur chacun des 9 territoires ne sont pas les mêmes. Les indices démographiques de la population à l'étude dans chacun de ces territoires ne sont également pas similaires.

Seuls les médecins généralistes libéraux ont été questionnés sur leurs habitudes de pratiques et leurs opinions concernant ce dispositif PAERPA. Les autres professionnels de santé participant à ce projet prototype, tels que les IDE, les masseurs-kinésithérapeutes et autres, auraient également pu être inclus dans cette étude. Les PPS étant des questionnaires standardisés, et les pratiques en terme de taux horaire et d'exercice étant sensiblement similaires, on ne s'attend pas à une différence importante dans les réponses entre les différents corps de métiers. De plus, ce travail constitue une première approche de ce que sera la pratique des médecins généralistes libéraux en milieu rural dans les décennies à venir.

Un biais de sélection est présent dans cette étude en raison du fait que 2 médecins généralistes du territoire PAERPA bourguignon ont été exclus dès le début de par leur activité salariée. La

question de la représentativité de la cohorte incluse par rapport à la population de départ peut donc se poser. De plus, 1 des 39 médecins interrogés est parti en retraite au moment de la réalisation de ce travail. Les résultats étant anonymes, on ne peut savoir si sa réponse a été comptabilisée dans l'étude. Enfin, parmi les 39 médecins de la cohorte, 2 médecins sont de nationalité néerlandaise et ont quitté les Pays-Bas pour leur rejet de l'accroissement du temps de travail administratif inhérent à un exercice ressenti non seulement coordonné mais aussi protocolisé voire standardisé.

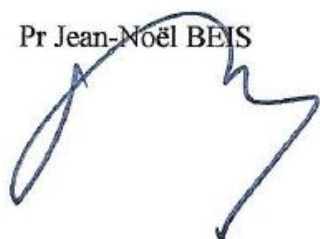
La puissance de cette étude est faible du fait du petit effectif de médecins généralistes inclus au départ, et du faible taux de réponse obtenu qui est de l'ordre du tiers. Dans un objectif d'exhaustivité des réponses, le choix de discrétiser certaines variables a été pris afin de favoriser l'adhésion des médecins généralistes. Enfin, le questionnaire étant moins fastidieux à compléter, nous avons fait ce choix afin de faciliter la réponse des médecins interrogés, et d'obtenir ainsi le plus de réponses possibles.

6 CONCLUSION

L'évolution de la pratique des médecins généralistes libéraux vers un exercice collaboratif est un enjeu majeur dans le contexte démographique annoncé pour les décennies futures. Les médecins du territoire PAERPA bourguignon estiment pour la plupart que le projet PAERPA constitue une avancée dans la prise en charge des personnes âgées. Un aménagement du temps de travail administratif semble cependant être une condition indispensable pour ces professionnels de santé. Promouvoir le rôle de la Coordination territoriale d'appui pourrait constituer une des solutions à l'extension de ce dispositif. Ce travail appelle également des études complémentaires, multi-territoriales (dans les 8 autres territoires tests du projet PAERPA), incluant d'autres professionnels de santé concernés (Infirmiers diplômés d'Etat, Masseurs-kinésithérapeutes, etc), ce qui permettrait d'apporter davantage de puissance à ses résultats.

Le président de Thèse,

Pr Jean-Noël BEIS



Vu et permis d'imprimer

A Dijon, le 10 Mai 2016

Le Doyen,

Pr Frédéric HUET



7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WONCA Europe. la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
2. Blanpain N, Chardon O. Un papy-boom aura lieu, même si l'espérance de vie ne progressait plus. mars 2011;617-37.
3. Blanpain N, Chardon O. Projection de Population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. oct 2010;(1320).
4. Le Garrec M-A, Bouvet M. Comptes nationaux de la santé 2012 [Internet]. 2013 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2012.pdf
5. Gleize F, Zmudka J, Lefresne Y, Serot JM, Berteaux M, Jouanny P. Evaluation de la fragilité en soins primaires: quels outils pour quelle prédiction? sept 2015;13(3):289-97.
6. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? [Internet]. 2013 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
7. Saleh P-Y, Marechal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliart L. Représentation des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées: une étude qualitative. sept 2015;13(3):272-8.
8. Legrain S. Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet âgé? [Internet]. 2008 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/justificatif_pmsa_et_cheminements_cliniques_080708.pdf
9. Chasles V, Denoyel A, Vincent C. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise. 26 mars 2013; Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>
10. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. févr 2009 [cité 8 janv 2016];(679). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Personnel de santé au 1er janvier 2014: comparaisons régionales et départementales [Internet]. [cité 8 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_068#col_1=8
12. Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques: tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. 2015;189-97.

13. Ecole des hautes études en santé publique. L'expérimentation PAERPA: accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de santé. 2015.
14. Serin M. Qu'est-ce que le PAERPA? Retour d'expérience du PAERPA en Bourgogne. Rev Francoph Gériatrie Gérontologie. sept 2015;(217):706-12.
15. Or Z, Bourgueil Y, Combes J-B, Le Guen N, Le Neindre C, Lecomte C, et al. Atlas des territoires pilotes Paerpa, situation 2012 [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>
16. Cambois E, Lièvre A. Les passages de l'autonomie à la dépendance. févr 2007;(121):85-102.
17. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. 2013.
18. ARS. Diagnostic territorial: Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/STATS_ET_ETUDES/PAERPA/Diagnostic_PAERPA_VF_CL.pdf
19. Bontron JC. L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural, problématiques et expériences. mars 2013;(146):153-71.
20. Frattini M-O, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. 2015;87-94.
21. Miguel-Chamoin L. Protection des données de santé mises en partage: la médecine de parcours. mars 2014;65:63-80.

8 ANNEXES

ENCADRÉ 2 • La grille AGGIR, un outil pour mesurer la dépendance

La grille AGGIR (autonomie gérontologique et groupe iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée. Ce degré est évalué sur la base de dix critères¹, mesurant l'autonomie physique et psychique. En fonction de leur degré de difficulté pour réaliser ces actions, les personnes sont classées en 6 groupes, dits « iso-ressources » (GIR), de la dépendance la plus légère, le GIR 6, à la plus grave, le GIR 1. Le classement s'opère en fonction du besoin en aide humaine, exprimé en temps d'intervention par jour : GIR 1 : 3 h 30, GIR 2 : 3 h, GIR 3 : 2 h 30, GIR 4 : 1 h 45, GIR 5 : 53 min, GIR 6 : 15 min.

Cette grille d'évaluation est utilisée par les conseils généraux comme outil d'éligibilité pour l'octroi de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), entrée en vigueur en 2002.

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes : d'une part, celles qui n'assument pas seules leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage (la grande majorité d'entre elles s'alimente seule) ; d'autre part, celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les résultats présentés dans cet article sur le niveau de dépendance sont issus des enquêtes Handicap-Santé réalisées en ménage (2008) et en institution (2009). Dans le volet « ménage » les niveaux de dépendance sont des pseudo-GIR², dans le volet « institution » il s'agit du vrai GIR.

1 • Les critères sont : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance (téléphone, alarme, sonnette...).

2 • Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », Document de travail, Série Sources et méthodes, DREES, n° 26, septembre.

Annexe 1 : Grille AGGIR

Personne à prévenir pour le RDV : Nom : Lien de parenté : Tél : Nom du médecin traitant : Tél : Email : Nom du médecin prescripteur : Tél :	 	Informations patient Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Tél : Adresse :
---	--	---

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL $\geq$ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : ☐ OUI ☐ NON	
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u> Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures). Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE

(Urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial)

Nom de la personne aidée : âge : ans

Signalement fait par : en date du : / /

Son environnement habituel

Vit seule	☐ oui	☐ non
Isolée	☐ oui	☐ non
Passage d'une IDE	☐ oui	☐ non
Portage des repas	☐ oui	☐ non

Son environnement a changé

☐ Vit seule	☐ Aidant(e) familial(e) fatigué(e)
☐ Est isolée	
☐ Arrêt des passages d'une IDE	
☐ Dysfonctionnement / repas	

D'habitude

J'interviens chez la personne pour :	
Le lever	☐
Le coucher	☐
La toilette	☐ haut ☐ bas
Donner son traitement	☐
Préparation repas	☐ matin ☐ midi ☐ soir
L'aide au repas	☐ matin ☐ midi ☐ soir
Le ménage	☐
Le repassage	☐
Les sorties	☐
Autres	☐
La personne accepte l'intervention facilement	
	☐ oui ☐ non

Ce n'est plus comme d'habitude

Je passe plus de temps pour ces interventions :	
☐	
☐	
☐ haut ☐ bas	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐ C'est plus difficile	☐ Refuse
☐ J'observe que certaines activités qu'elle fait seule sont plus difficiles	

D'habitude quand j'interviens, elle :

Est d'humeur gaie	☐ oui ☐ non
Communique facilement	☐ oui ☐ non
Me reconnaît	☐ oui ☐ non
Sait quand je passe	☐ oui ☐ non

Ce n'est plus comme d'habitude, elle :

☐ Semble plus triste	
☐ Est parfois agressive	☐ Est plus distante
☐ Me reconnaît plus difficilement	
☐ Oublie parfois mes passages	

À remplir par le responsable de secteur du SAAD

Nom du responsable du secteur :	Coordonnées ☎ :
Fiche de modifications remplie par un : ☐ Agent à domicile ☐ Employé à domicile ☐ AVS Nombre de passage par semaine : Intervient au domicile depuis le : / /	Coordonnées ☎ :

Nature des modifications à domicile

Nutrition	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Diminution autonomie	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Trouble du comportement	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Trouble de la mémoire	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Difficulté de l'aidant	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Rupture intervention extérieure	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Problème financier	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave
Autres	☐	☐ Récent	☐ S'aggrave

Identification de la problématique au domicile : le / /

Acteurs alertés autour de la problématique : le / /

Entourage : ☐ Familial ☐ Personne de confiance ☐ Curateur/Tuteur

Professionnels : ☐ Médecin traitant ☐ IDE libérale

☐ Ergothérapeute de l'AMSAV ☐ SSIAD AMSAV ☐ Espoir et santé centre de soins

☐ SSIAD autre ☐ Kinésithérapeute ☐ Service social

☐ Autre (précisez :)

Professionnels intervenant suite à l'alerte : le / /

☐ Médecin traitant ☐ IDE libérale

☐ Ergothérapeute de l'AMSAV ☐ SSIAD AMSAV 6 ☐ Espoir et santé centre de soins 1

☐ SSIAD autre 1 ☐ Kinésithérapeute ☐ Service social

☐ Autre (précisez : réseau paris nord.....)

Nature des interventions proposées : le / /

Interventions :

Résultats :

Suivi :

Réactualisation :

Annexe 2 : Grille de repérage de la fragilité adoptée par la HAS

REPERAGE DES RISQUES D'UNE PERSONNE de 75ans et plus : perte d'autonomie, hospitalisation, ré-hospitalisation...

<u>Informations patient :</u>	<u>Observations :</u>
NOM :	Date :/...../.....
Prénom :	Nom :
Date de naissance :/...../.....	Fonction :
Téléphone :	Structure :
Adresse :	Téléphone :
Personne à contacter :	Une structure intervient-elle au domicile ? ☐ Oui ☐ Non
Médecin traitant :	Si oui, laquelle ? :
	La personne a-t-elle un plan d'aides ? ☐ Oui ☐ Non
	Si oui, précisez :

Critères de risques (de perte d'autonomie, d'hospitalisation, de réhospitalisation ...):

- ☐ La personne vit de façon isolée et/ou dans un logement inadapté
- ☐ La personne a perdu du poids au cours des trois derniers mois et/ou a changé son comportement alimentaire (ne mange plus ...)
- ☐ La personne a chuté
- ☐ La personne a des problèmes de gestion de médicaments
- ☐ La personne a des problèmes dans la gestion courante (papiers, démarches, téléphone...)
- ☐ La personne semble ou se dit être déprimée
- ☐ La personne a des troubles du comportement et/ou de la mémoire
- ☐ La personne a des difficultés de déplacement
- ☐ La personne connaît un évènement déstabilisant (décès/hospitalisation d'un proche...)

Observations particulières :

.....

.....

.....

- ☐ Consentement de la personne à la transmission des informations relatives au(x) risque(s) repéré(s).

Si un critère est repéré, merci de transmettre cette fiche :

- au médecin traitant
- **et à la Coordination Territoriale d'Appui (GISAPBN : Fax 03 86 27 61 17)**

Pour plus d'informations veuillez contacter le GISAPBN au : 03 86 27 60 14.

Annexe 3 : Grille de repérage des critères de fragilité PAERPA

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

LA PERSONNE

Consentement de la personne à l'échange d'informations contenues dans le PPS: ☐ Oui ☐ Non

Information sur la personne

Coordonnées: Voie: CP: Commune: Téléphone: Courriel:

Aidant(s)/Référénts familiaux ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas Si oui, Nom(s): Téléphone: Courriel:

Tutelle/curatelle ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas Si oui, Nom(s): Téléphone: Courriel:

Personne de confiance ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas Si oui, Nom(s): Téléphone: Courriel:

ALD ☐ Oui ☐ Non Motif(s) d'ALD: Mutuelles ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas

Recherche d'hébergement en cours ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours Dispositif de sortie d'hospitalisation ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas

Existence d'aides ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas Directives anticipées ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas

Existence de pensions ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Caisse de retraite ☐ Pension(s) de réversion ☐ Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

Contacts Utiles

	Nom Prénom	Téléphone	Courriel	Membre de la CCP		Nom Prénom	Téléphone	Courriel	Membre de la CCP
Médecin traitant:				☐	Coordonnateur SSIAD				☐
Infirmier libéral				☐	Gérialre				☐
Pharmacien d'officine				☐	SAD				☐
Kinésithérapeute				☐	Travailleur social				☐
Autres Professionnels (Neurologue, psychologue, diététicien, ...)				☐	Structure en charge de ETP				☐
				☐	Coordonnateur d'appui (réseau, groupement, ...)				☐
				☐	Autres acteurs				☐

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > Check-List 3 > PPS > Conclusion

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

CHECK-LIST 1/3

1. Problèmes liés aux médicaments: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 1.1. Accident iatrogène
- ☐ 1.2. Automédication à risque
- ☐ 1.3. Prise de traitement à risque de iatrogénie grave
 - ☐ Diurétique
 - ☐ Psychotrope
 - ☐ Antithrombotiques
 - ☐ Insuline
- ☐ 1.4. Problèmes d'observance
- ☐ 1.5. Adaptation par la personne des traitements (AVK, Diurétique, Hypoglycémiants)
- ☐ 1.6. Autre

Actions retenues:

- ☐ Sécurisation de l'adaptation thérapeutique (génériques, galéniques, posologie journalière)
- ☐ Contrôle de l'armoire à domicile et du stock de médicaments
- ☐ Education thérapeutique sur la iatrogénie (situations à risque/signes d'alerte/stratégie pour diminution du risque)
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Mise en place d'un pilulier intelligent
- ☐ Prise sécurisée de médicaments par un tiers
- ☐ Si adaptation des traitements, éducation thérapeutique ciblée sur les modalités d'adaptation des traitements
- ☐ Conciliation médicamenteuse à l'hôpital

3. Problèmes d'incapacité dans les activités de base de la vie quotidienne: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 3.1. Soins personnels/toilette
- ☐ 3.2. Habillage
- ☐ 3.3. Aller aux toilettes
- ☐ 3.4. Contenance
- ☐ 3.5. Locomotion
- ☐ 3.6. Repas
- ☐ 3.7. Autre

Actions retenues:

- ☐ Aide à la préparation des repas
- ☐ Aide à la personne non médicalisée (auxiliaire de vie, famille ...)
- ☐ Aide au transport
- ☐ Aide à la personne sur prescription médicale (SSIAD, HAD, Visite de l'IDE à domicile, ESA, ...)
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Aide technique
- ☐ Aide aux courses
- ☐ Portage de repas

2. Trouble de l'humeur et du comportement ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 2.1. Agressivité
- ☐ 2.2. Dépression
- ☐ 2.3. Addiction
- ☐ 2.4. Comportement inadapté
- ☐ 2.5. Autre

Actions retenues:

- ☐ Intervention psychiatrique
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Intervention Equipe mobile gériatrique
- ☐ Intervention de l'IDE au domicile
- ☐ Orientation vers une structure adaptée

4. Douleurs non soulagées (persistantes): ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 4.1. Ressenties
- ☐ 4.2. Autre

Actions retenues:

- ☐ Diagnostic de l'origine de la douleur
- ☐ Evaluation de la douleur
- ☐ Soins de support: intervention réseau EMERAUDE

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > Check-List 3 > PPS > Conclusion

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

CHECK-LIST 2/3

5. Troubles nutritionnels/difficultés à avoir une alimentation adaptée: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 5.1. Troubles bucco-dentaires
- ☐ 5.2. Dénutrition
- ☐ 5.3. Précarité
- ☐ 5.4. Dépression
- ☐ 5.5. Démence
- ☐ 5.6. Isolement
- ☐ 5.7. Autre

Actions retenues:

- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Intervention de l'IDEL pour hydratation sous cutanée
- ☐ Orientation vers une diététicienne, une psychologue, une psychiatre
- ☐ Orientation vers un programme d'action bucco-dentaire : en EHPAD ou au domicile
- ☐ Mise en place/adaptation des aides au domicile
- ☐ Surveillance du contenu du frigo et gestion des périmés
- ☐ Surveillance du poids
- ☐ Si la cause est de l'ordre de l'isolement ou de la précarité => veuillez remplir les onglets 6 et 8

7. Problèmes de mobilité ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 7.1. Risque de chute
- ☐ 7.2. Chute(s)
- ☐ 7.3. Phobie post-chute
- ☐ 7.4. Problème de mobilité à domicile
- ☐ 7.5. Problème de mobilité à l'extérieur
- ☐ 7.6. Autre

Actions retenues:

- ☐ Bilans podologiques/soins par un pédicure-podologue
- ☐ Activités physiques adaptées (type SIEL BLEU,...)
- ☐ Adaptation du logement : visite à domicile de l'ergothérapeute (libéral, CARSAT, CG, d'hôpital de jour,...)
- ☐ Aide technique adaptée sans prescription
- ☐ Correction des troubles sensoriels
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Matériels médicaux sur prescription médicale
- ☐ Mise en place d'aides (pour les courses et le ménage)
- ☐ Rééducation par masseur-kinésithérapeute à domicile, en hôpital de jour,...

6. Problèmes liés à la précarité: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 6.1. Financière
- ☐ 6.2. Habitat
- ☐ 6.3. Énergétique
- ☐ 6.4. Autre

Actions retenues:

- ☐ Accompagnement social
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Recherche d'aides financières
- ☐ Soutien par association caritative
- ☐ Diagnostic énergétique ou conseil
- ☐ Adaptation du logement
- ☐ Aides à l'entretien du logement
- ☐ Diagnostic d'insalubrité
- ☐ Aide pour habitat indigne

8. Problèmes d'isolement: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 8.1. Faiblesse du réseau familial ou social
- ☐ 8.2. Isolement géographique
- ☐ 8.3. Isolement ressenti
- ☐ 8.4. Isolement culturel
- ☐ 8.5. Autre

Actions retenues:

- ☐ Actions de socialisation : orientation vers les actions de loisirs...
- ☐ Adaptation/mise en place d'aides
- ☐ Avis gériatrio-psychiatrique
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Correction des troubles sensoriels
- ☐ Mise en place d'un accompagnement social
- ☐ Prise en charge d'une dépression

La Personne > Check-List 1 > **Check-List 2** > Check-List 3 > PPS > Conclusion

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

CHECK-LIST 3/3

9. Problèmes d'organisation du suivi: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 9.1. Pas de déplacement au domicile du médecin traitant
- ☐ 9.2. Multiples intervenants
- ☐ 9.3. Investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes
- ☐ 9.4. Autre

Actions retenues:

- ☐ Coordination des intervenants (réseau, groupement...)
- ☐ Education thérapeutique sur la iatrogénie (situations à risque/signes d'alerte/stratégie pour diminution du risque)
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Hôpital de jour : Elaboration, accompagnement projet de vie
- ☐ Révision des plans d'aides (APA, CARSAT, ...)
- ☐ Visite à domicile régulière par le médecin traitant
- ☐ Intervention d'une IDE libéral au domicile

11. Difficultés à prendre soin de soi: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

- ☐ 11.1. Difficultés à utiliser le téléphone
- ☐ 11.2. Difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments
- ☐ 11.3. Difficultés à voyager seul
- ☐ 11.4. Difficultés à gérer son budget
- ☐ 11.5. Refus de soins et d'aide
- ☐ 11.6. Situation de maltraitance, quelle qu'en soit la cause
- ☐ 11.7. Autre

Actions retenues:

- ☐ Accompagnement social dont mesure de protection juridique
- ☐ Alerte via n° d'appel national 3977
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Intervention Equipe mobile gériatrique
- ☐ Intervention de l'IDEL au domicile
- ☐ Orientation vers un dispositif d'accompagnement adapté : gestion des cas complexes

10. Aidant en difficulté (fragilité, épuisement): ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Identification des Problématiques:

Actions retenues:

- ☐ Groupe de parole : association Alzheimer, Parkinson...
- ☐ Evaluation médico-psycho-sociale (EGS) en hôpital de jour ou à domicile
- ☐ Soulagement de l'aidant : baluchonnage, plateforme de répit, hébergement temporaire, hôpital de jour

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > **Check-List 3** > PPS > Conclusion

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Projet de vie :

Priorités de la personne :

Plan de Soins

1	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		
2	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		
3	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		

Plan d'aides

1	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		
2	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		
3	Objectif partagé :	Critères d'atteinte des résultats :	Date bilan (jj/mm/aaaa) :
	Libellé de l'action :		Bilan :
	Intervenant :		

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > Check-List 3 > PPS > Conclusion

IDENTIFICATION PERSONNE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Age :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Poids :

Numéro Sécurité Sociale :

PPS PAERPA

Référent PPS (Nom Prénom) : Profession :

Date de rédaction du PPS (jj/mm/aaaa) :

CONCLUSION PPS

Retour d'expérience

Difficultés de mise en œuvre des plans d'action et dysfonctionnements :

Evaluation finale du PPS

Date de l'évaluation : jj/mm/aaaa

Objectif(s) Atteint(s) : ☐ Oui ☐ Non Précisions :

Objectif(s) non Atteint(s) : ☐ Oui ☐ Non Précisions :

Conclusion PPS : ☐ Nouveau PPS à initier ☐ Clôture du PPS

La Personne > Check-List 1 > Check-List 2 > Check-List 3 > PPS > Conclusion > Imprimer > Enregistrer

Annexe 4 : Grille plan personnalisé de santé

Quels sont les déterminants de la mise en œuvre du projet PAERPA dans l'exercice de la médecine générale libérale dans le territoire PAERPA bourguignon ? (Questionnaire réalisé dans le cadre d'une étude constituant une Thèse pour un Doctorat en spécialisation de Médecine générale)

1) Quel est actuellement votre mode d'exercice?*

- ☐ maison, pôle ou centre de santé pluridisciplinaire
- ☐ cabinet de groupe (médecins généralistes uniquement, pas d'autre professionnel de santé)
- ☐ en cabinet, seul
- ☐ Autre :

2) A quel groupe d'âge appartenez-vous?*

- ☐ <30 ans
- ☐ 30-49 ans
- ☐ 50-65 ans
- ☐ >65 ans

3) Selon vous, intuitivement ou en vous référant à votre RIAP (relevé individuel d'activité et de prescriptions), quel pourcentage représente les personnes âgées (> ou égal à 75 ans) dans votre patientèle?*

- ☐ <50%
- ☐ 50-70%
- ☐ 70-80%
- ☐ >80%

4) En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine?*

(Les temps de comptabilité, visites hors du cabinet et administratif sont bien entendu à inclure dans les heures de travail.)

- ☐ <40h
- ☐ 40-50h
- ☐ 50-60h
- ☐ >60h

5) Existait-il au préalable dans votre mode d'exercice, un système de coordination avec d'autres professionnels de santé libéraux?*

- ☐ Echanges formalisés (temps de réunion pluridisciplinaires dédiés à l'étude de cas) avec compte-rendu de réunion
- ☐ Temps d'échanges dédiés mais sans compte-rendu
- ☐ Rencontres pluri-professionnelles au domicile du patient
- ☐ échanges informels (téléphone, secrétariat, couloirs, etc...)
- ☐ aucun
- ☐ Autre :

6) Estimez-vous que les dispositions prises dans le cadre du projet PAERPA rendent plus efficiente la coordination autour du patient en ambulatoire?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

7) Pensez-vous que la mise en place de ce dispositif a amélioré la traçabilité de la communication entre les professionnels de ville et les hospitaliers, notamment lors des sorties d'hospitalisation?

- ☐ Oui
- ☐ Non, il existait déjà une communication efficace auparavant
- ☐ Ne se prononce pas

8) Combien de PPS* remplissez-vous en moyenne par semaine?
(PPS pour Plan Personnalisé de Santé)

- ☐ <2
- ☐ 2-4
- ☐ 5-7
- ☐ >7

9) En moyenne, combien de temps mettez-vous au remplissage d'un PPS?

- ☐ <2 min
- ☐ 2-5 min
- ☐ 5-10 min
- ☐ >10 min

10) A quel moment de la journée remplissez-vous votre PPS?

- ☐ au cours d'une consultation avec le patient concerné
- ☐ lors d'un moment dédié au remplissage de PPS
- ☐ entre deux consultations
- ☐ c'est aléatoire
- ☐ Autre :

11) Combien de temps par semaine, en moyenne, pensez-vous consacrer à la facette organisationnelle de ce projet depuis sa mise en place?

(réunions, lectures de mails, appels téléphoniques avec les coordinatrices de réseau ou les autres professionnels de santé, remplissage de formulaires de satisfaction, études...)

- ☐ <15 min
- ☐ 15-30 min
- ☐ 30 min-2h
- ☐ >2h

12) La rémunération prévue pour le remplissage de PPS vous paraît-elle adaptée au prorata temporis?

(à savoir un forfait de 100€ annuel/ouverture de PPS à la structure (si exercice en maison, pôle ou centre de santé), sinon répartition entre les professionnels (40€ au médecin traitant si coordination avec au moins 2 autres professionnels de santé), 60€ pour le médecin traitant (si seulement 1 autre professionnel de santé concerné).))

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

13) Par quel moyen vous faites-vous rémunérer concernant votre travail dans le cadre du projet PAERPA?

- ☐ Votre logiciel de comptabilité a été adapté pour vous permettre d'envoyer des feuilles de soin électroniques pour vos PPS
- ☐ Vous envoyez des feuilles de soin papier
- ☐ Gestion effectuée par le pôle administratif de la CCP (coordinatrice de la MSP ou autre)
- ☐ Autre :

14) Combien de jours sont nécessaires aux caisses d'assurance maladie pour vous rémunérer pour un PPS remplis?

- ☐ < 5 jours
- ☐ 5-10 jours
- ☐ 11-15 jours
- ☐ > 15 jours

15) Le consentement du patient à la transmission d'informations entre professionnels doit être recueilli. Avez-vous déjà eu des refus de la part de patients?*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

16) Avez-vous déjà fait appel à la coordination territoriale d'appui (CTA) pour la prise en charge d'un(e) de vos patient(e)s?*
CTA= GISAPBN pour ce qui concerne le territoire Bourgogne Nivernais

- ☐ Oui
- ☐ Non

17) Si oui, avez-vous été satisfait quant à la réactivité de ses membres?*

- ☐ très satisfait
- ☐ satisfait
- ☐ peu satisfait
- ☐ ne se prononce pas

18) Selon-vous, le travail en coordination dans le cadre de votre exercice de médecin généraliste en milieu rural est:*

- ☐ indispensable
- ☐ utile
- ☐ inutile
- ☐ Autre :

19) Quel est votre niveau de satisfaction quant au système organisationnel découlant du réseau PAERPA?*

- ☐ très satisfait(e)
- ☐ satisfait(e)
- ☐ peu satisfait(e)
- ☐ pas du tout satisfait(e)

20) In fine, estimez-vous que ce projet constitue une avancée significative à la gestion de votre patientèle âgée dans les années à venir?*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

TITRE DE LA THESE : Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA.

AUTEUR : Guyon C.

RESUME :

Introduction : La conjonction du vieillissement de la population et du creux démographique des professionnels de santé font craindre la mise en tension du système de soins français dans les années à venir. La préfiguration qu'est le PAERPA sur les 9 territoires pilotes a été conçue pour tenter d'améliorer la coordination autour de la personne âgée en ambulatoire et d'optimiser le recours à l'hospitalisation. L'évaluation des déterminants de la mise en œuvre du projet PAERPA dans l'exercice des médecins généralistes libéraux est indispensable afin de favoriser leur adhésion et de donner ainsi davantage d'ampleur à ce dispositif.

Matériel et méthodes : La cohorte étudiée de manière transversale était composée de l'ensemble des médecins généralistes libéraux du territoire PAERPA bourguignon en exercice au cours du mois de février 2016. Une étude de leur pratique et de leurs opinions avait été réalisée.

Résultats : Nous avons inclus 39 médecins dans cette étude et un tiers de ceux-ci ont rendu réponse. La majorité d'entre eux déclaraient travailler plus de 60 heures par semaine. Ils affirmaient remplir moins de deux plans personnalisés de santé par semaine et prendre plus de 10 minutes au remplissage de l'un d'eux. Ces médecins n'avaient pour la plupart jamais contacté la coordination territoriale d'appui. Les résultats de l'enquête d'opinion concernant ce dispositif sont assez mitigés mais une petite majorité pense que le projet PAERPA constitue une avancée dans la gestion de leur patientèle âgée dans les années à venir.

Conclusion : Le prototype PAERPA semble être un dispositif valide pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les prochaines décennies. Certaines facettes de son système organisationnel sont à retravailler afin de ne pas altérer davantage les conditions de travail de ces médecins généralistes et de faciliter son déploiement au niveau national.

MOTS CLES : « Papy-boom », fragilité, « déserts médicaux », dépenses de santé, parcours de santé, coordination.